

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1948

11 (1.11.1948)

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 Jelitto, Mannheim

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W.

Heft 11

STUTT GART, NOVEMBER 1948

3. Jahrgang

INHALTSVERZEICHNIS

| | Seite |
|---|-------|
| Fred Mielke: Bericht über den 51. Deutschen Ärztetag | 61 |
| Entschließungen des 51. Deutschen Ärztetages | 64 |
| Dr. Dobler: Nach dem Ärztetag | 65 |
| Ärztekammer Nord-Württemberg: Zum „Ärztengespräch“ in der Stuttgarter Zeitung vom 6. 10. 1948 | 67 |
| Dr. Raisch: Erfahrungen mit der Penicillinbehandlung in der Chirurgie | 68 |
| Stimmen zur Lage Dr. Haas: Zur Frage der Änderung der Gebührenordnung | 71 |
| Bekanntmachungen Ärztekammer Nord-Württemberg | 72 |

Bericht über den 51. Deutschen Ärztetag

Von Fred Mielke, Heidelberg

Der am 16. und 17. Oktober in Stuttgart abgehaltene 51. Deutsche Ärztetag — zugleich erster gemeinsamer Württ. Ärztetag seit 1945 — blickte auf eine lange Entwicklung zurück. Seit dem Bestehen der ersten ärztlichen Standesorganisation vom Jahre 1873 fanden sich auf deutschen Ärztetagen die Delegierten aller Ärztevereinigungen zusammen. Stets standen in diesen Beratungen, denen öffentliche Entschließungen folgten, Themen im Vordergrund, die sich aus den zeitlichen Situationen des ärztlichen Berufes ergaben, sich mit Standesaufgaben, den Verhältnissen des Arztes zum Staate und zum Versicherungswesen befaßten.

Im Anschluß an geschlossene Beratungen der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG und des MARBURGER BUNDES wurde im vollbesetzten Württembergischen Staatstheater vor zahlreichen Vertretern der Regierungen der Länder, der Ministerien, der Militärregierungen und etwa 1500 Ärzten die öffentliche Tagung begonnen, zu der die *Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern* geladen hatte.

In der Eröffnungsansprache wies der Ehrenpräsident, Dr. Friedrich Langbein, Präsident der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, auf die Bedeutung Deutscher Ärztetage hin, die besonders aus den Forderungen des letzten, 1931 in Köln abgehaltenen Ärztetages hervorgeht: Die staatliche Anerkennung der ärztlichen Berufsvertretung in der demokratischen Form der Ärztekammern als wirksame Körperschaften öffentlichen Rechtes und die Gleichberechtigung des Kassenarztes innerhalb der Sozialversicherung neben den Versicherungsträgern. Während der letzten Forderung noch 1932 entsprochen wurde, wirklichte die Anerkennung der Ärztekammern als öffentlich-rechtliche Berufsvertretung erst der Nationalsozialismus, jedoch in seinem Sinne: er ersetzte alle freiheitlichen Bestrebungen durch das Führerprinzip und schuf eine Ständediktatur.

Die diesjährige Jahrestagung, die erste seit 17 Jahren, setzte den Gedanken der demokratischen ärztlichen Berufsorganisation fort.

Prof. Erbe, der Rektor der Universität Tübingen, würdigte die Verdienste Dr. Langbeins um die Ärzteschaft und die Krebs-

forschung und sprach die Ernennung zum Ehrensator der Universität Tübingen aus.

Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Dr. Carl Oelemann, Präsident der Landesärztekammer Hessen, begrüßte die anwesenden Gäste, unter anderen den Ministerpräsidenten des Landes Württemberg-Baden, Dr. Reinhold Maier, Innenminister Ulrich, Kultusminister Bäuerle, den Staatspräsidenten von Württemberg-Hohenzollern, Dr. Gebhard Müller, Ministerialdirektor Ernst, als Vertreter des Ministerpräsidenten von Hessen, den Präsidenten Ruscheweyh des deutschen Obergerichtes für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet, den Direktor Stordt des 6. Direktoriums für Arbeit und Sozialversicherung, den Ministerialrat Sauerborn, als gemeinsamen Vorsitzenden der beiden Zonenausschüsse für Ärzte und Krankenkassen, den Staatssekretär Dr. Dr. Grieser vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge und die Vertreter der Militärregierung, Dr. Carl Oelemann gab im Namen aller Delegierten dem ehrlichen Willen Ausdruck „auch in Zukunft gemeinsam mit den Versicherungsträgern und namentlich den Krankenkassen verständnisvoll an der Erfüllung der Aufgaben der deutschen Sozialversicherung mit allen Kräften zu arbeiten“. Grundsätzliche Voraussetzung jeder Reform der Sozialversicherung nannte der Vorsitzende die eine Notwendigkeit: „Das freie Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Kranken muß auch in der Sozialversicherung erhalten bleiben. Es ist die Grundlage wirklicher ärztlicher Hilfe und die Voraussetzung für die Erzielung eines Heilerfolges. — Frei muß der Arzt sein, ohne Zwischenschaltung anderer Kräfte, um in menschlicher Liebe und nie erlahmender Hingabe dem Kranken mit seiner Kunst Helfer und Heiler zu sein.“

Von den Gästen fand besonders Ministerpräsident Dr. Maier tiefe und herzliche Worte für die Ärzteschaft. Er dankte für den unermüdlchen Einsatz in schwerster Zeit und charakterisierte die wirtschaftlichen Verhältnisse der Ärzte als ein Spiegelbild des gesamten deutschen Lebens. Dr. Bumke überbrachte die Grüße der Berliner Ärzte und schilderte die Situation in

der Ostzone, in der freies Arztum aufhören zu bestehen. Es werde dort der in ein Netz von Polikliniken eingespannte „Volksarzt“ geschaffen.

Dr. *Weiler*, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, sprach „Vom Werden des Arztes und der Ordnung seines Berufslebens“. In unserem Zeitalter, das sich vor allem durch den stürmischen Fortschritt der Technik, der Hinwendung des Menschen auf äußere Ziele auszeichnet, ist es gerade der Arzt, der sich in der hereingebrochenen inneren Not neben seinen beruflichen Aufgaben als Menschenbildner und Kulturträger erweisen muß. In der Heranbildung des ärztlichen Nachwuchses erscheint es deshalb geboten, Neuerungen vorzunehmen, in dem Sinne, daß einmal der vorzüglichen theoretischen Ausbildung an den deutschen Hochschulen noch mehr als bisher die persönliche praktische Ausbildung am Krankenbett, die psychologische Unterweisung und Persönlichkeitsbildung zur Seite gestellt wird. Zum anderen erscheint es besonders dringend geboten, den unsinnigen Zustrom zum medizinischen Studium durch strengste Auslese und Verschärfung aller Prüfungen zu unterbinden. Dr. *Weiler* erwähnte weiterhin die Grundsätze der Ordnung des ärztlichen Berufslebens, die in „einem Sittengesetz festgelegt sind, dessen Bestimmung sich die Ärzteschaft selbst auferlegt“. Das Verhältnis von Krankenhausträgern und Ärzten bezeichnete er als eine „Schicksalsgemeinschaft“, in der die Partner „sich der jeweiligen Lage in ehrlichem Bestreben bestmöglichst anzupassen versuchen“ müssen. —

Dr. *Hans Neuffer*, Präsident der Ärztekammer Nord-Württemberg, wies in seinem ausführlichen Referat „Der Arzt, seine Berufung und seine Berufsvertretung“ zunächst darauf hin, daß die ärztliche Tätigkeit nicht unter die „Gewerbe“ gehört, sondern vielmehr „eine durch das Gesetz geregelte öffentliche Aufgabe“ ist. Mit dieser — durch wesentliche Ausführungen erweiterten und begründeten — Hervorhebung der Sonderstellung des ärztlichen Berufes traf der Referent die eigentliche Grundlage aller Bestrebungen der Ärztetage. Denn mit der Herausnahme aus der Gewerbeordnung und der Zuweisung einer öffentlichen Tätigkeit ist der Arzt aber andererseits nicht Beamter oder Angestellter des Staates, sondern er bleibt in seinem Berufe frei. Damit allein ist die grundsätzliche Bedingung ärztlichen Handelns gegeben, die Erhaltung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt. Obwohl Träger einer öffentlichen Aufgabe, steht der Arzt nur im Dienste desjenigen kranken Menschen, dem er gerade Helfer ist. Im Zusammenhang damit ging Dr. *Neuffer* auf das Abrücken von allen jenen Bestrebungen ein, die zu einer Technisierung der Heilkunde führen könnten. Entsprechend der Entwicklung der medizinischen Erkenntnisse (Ricker, Speransky, V. v. Weizsäcker) steht im Mittelpunkt echter ärztlicher Behandlung immer der gesamte Mensch mit seiner leiblichen und seiner seelischen Not. „Ärztlich gesehen, gibt es keinen Krankenbetrieb, kein Krankengut, nicht einmal Krankheiten, sondern nur kranke Menschen in ihren subjektiven Verschiedenheiten.“ — Neben diesen Gedanken vom „inneren Wesen der ärztlichen Berufung“ leitete eine Betrachtung der Honorierungsfrage — „der reiche Arzt ist eine Erscheinung der Vergangenheit“ — über zu dem Problem der ärztlichen Berufsorganisation. Danach beansprucht die Ärzteschaft aus der Eigenart des ärztlichen Berufes heraus für sich das Recht, „Berufskörperschaften zu bilden, die von der Volksvertretung durch das Gesetz anerkannt werden und alle Ärzte umfassen“. Die eigentlichen Aufgaben der Ärztekammern sind ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Art“, so sagte Dr. *Neuffer*, sie allein würden als die demokratische Form der Selbstverwaltung dafür Sorge tragen, daß der Arzt in seinem Berufe frei bleibe und keine Bevormundung durch staatliche Organisationen „ärztliches Handeln in eine falsche Richtung lenken könnte“. Die Ausführungen Dr. *Neuffers* wurden in einer an die Besatzungsmächte und Regierungen gerichteten Entschliebung zusammengefaßt.

Das anschließende Referat von Regierungsmedizinaldirektor Chefarzt Dr. *Dobler* hatte die „Gemeinschaftsaufgaben der deutschen Ärzteschaft auf dem Gebiete des Gesundheitswesens“

zum Thema. Dr. *Dobler* ging davon aus, „daß die Ärzteschaft inmitten des deutschen Volkes in eng verflochtenen Wechselbeziehungen zu anderen Berufen und Ständen steht, denen die Sorge um die Gesundheit und Wohlfahrt unserer Bevölkerung obliegt“. — Trotz des gemeinsamen Zieles habe aber hier und dort der Weg auseinander geführt. Eine besonders „tragische, aber folgerichtige Entwicklung“ sei es gewesen, „daß das große Werk der deutschen Sozialversicherung im Entstehen schon mehr durch politische als durch sozialärztlich-hygienische Kräfte gestaltet, durch den Bankrott des nationalsozialistischen Regimes in seinem Bestehen heute hart bedroht ist“. Es dürfe sich aber nicht wiederholen, daß die deutsche Ärzteschaft bei einer Neuformung der Sozialversicherung — wie einstmal — wieder nicht durch den Gesetzgeber herangezogen wird. „Diese Unterlassung hat der Ärzteschaft“, so sagte Dr. *Dobler*, „und der Sozialversicherung gleichermaßen geschadet und Unfrieden zwischen beiden gestiftet. Die Sozialversicherung in ihrer alten Form trägt dem ärztlichen Denken und Handeln nicht Rechnung und hat deshalb den Arzt vor einen Scheideweg gestellt: Den gewissenhaften führt sie stündlich und täglich in Konflikte zwischen dem Hilfe suchenden Kranken, der sich dem Arzt seines Vertrauens aufschließt, und der Verpflichtung der Kasse gegenüber, Berichte und Beurteilungen über den Patienten zu geben, die ihn zur Preisgabe des Berufsgeheimnisses zwingen. Der unbedenkliche und geschäftstüchtige Kassenarzt aber erniedrigt sich zum Kassenscheinsammler. Der Rentennotiker und der Kassenlöwe, um nur zwei Beispiele zu nennen, sind gleichermaßen Erscheinungen, welche eine vernünftige Form der Sozialversicherung vermeiden muß. Sie kann es nur, wenn sie dem Arzt den Platz einräumt, der ihm die freie, voll verantwortliche Ausübung seines Berufes auch in der Kassenpraxis ermöglicht“. — Diesen — hier mit nur wenigen Worten umgriffenen — Gedanken, deren Absicht es war, für künftige Regelungen eine Atmosphäre des guten Willens und Vertrauens zu schaffen, aber auch klare Linien aufzuzeigen, stellte Dr. *Dobler* Betrachtungen über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zur Seite. Die Mehrzahl aller befindet sich heute in der Situation eines Rekonvaleszenten, den der pausenlose Existenzkampf, die Heße des Alltagslebens, große soziale und seelische Nöte, noch weiter in seiner Widerstandsfähigkeit schwächt. Besorgnis mache die Zunahme der Tuberkulose, aber auch die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten und vor allem jener Erkrankungen, die unter der Bezeichnung „Zivilisationschäden“ zusammenfaßbar sind, wie die Herz- und Kreislaufkrankungen. „Die Fortschritte der Technik, auf die der Mensch des letzten Jahrhunderts noch so stolz war, die zunehmende Beherrschung der Naturkräfte, deren bedrohliche Hybris nun allmählich auch den „modernen“ Menschen aufdämmert, haben sich nicht eben segensreich auf unser Leben ausgewirkt.“ Dr. *Dobler* schloß seinen Vortrag in dem Sinne, daß die Not des Volkes dazu drängt, „unter Zurückstellung aller Kompetenz- und Geltungsfragen eine lebendige Arbeitsgemeinschaft miteinander zu bilden, in der alle für die Gesundheitsfürsorge und Volkswohl-fahrt Verantwortlichen sich zu gemeinsamer, wohl überlegter Planung und Arbeit zusammenschließen“. Der Bedeutung dieser Ausführungen entspricht die zweite Entschliebung des Deutschen Ärztetages.

In der Nachmittagssitzung, die im Auditorium maximum der Technischen Hochschule abgehalten wurde, sprach zunächst Obermedizinalrat Dr. *Griesbach* über „Die Bekämpfung der Volks-seuche Tuberkulose“. Er wies auf die Schwierigkeiten hin, die durch uneinheitliche Maßnahmen der Landesregierungen entstanden seien, wie durch die verschiedenartige Gesetzgebung der Länder in der Tbc-Fürsorge. Dr. *Griesbach* betonte, daß „aus der Defensive der Ansteckungsverhinderung und Heil-fürsorge in die Offensive der Vernichtung von Ansteckungsquellen überhaupt übergegangen werden“ müsse. Die Tuberkulose bleibe trotz der Fortschritte der Chemotherapie ein sozial-hygienisches Problem. Vor einer Überschätzung des Penicillins und Streptomycins sei eindringlich zu warnen. Dagegen scheine sich allgemein die Calmette-Schutzimpfung zu bewähren, die

bereits an 13 000 Kindern im Vereinigten Wirtschaftsgebiet vorgenommen worden ist. Dr. *Griesbach* schlug als den besten Weg wirksamer Behandlung und Verhütung die Aufstellung eines einheitlichen Organisationsplanes aller interessierten Stellen vor. Die Mitarbeit der gesamten freien Ärzteschaft sei dringendes Erfordernis, „da ohne diese die staatliche Tbc-Bekämpfung Stückwerk bleibe“.

Dr. *Ludwig Sievers*, der Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, berichtete über den Verlauf der Konstituierenden Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet, die am Vortage des Ärztetages stattgefunden hatte. Dr. *Sievers* legte die Bereitwilligkeit der durch die Kassenärztliche Vereinigung vertretenen Ärzte dar, mit allen Kräften an der Erhaltung des deutschen Sozialwerkes mitzuarbeiten. Jedoch erwarte die Ärzteschaft, daß ihr eine gebührende Stellung eingeräumt wird, und vertraut dabei auf die Einsicht und die Unterstützung der Sozialversicherungsträger. „Grundsätzlich sollte die Sozialversicherung nur die Kreise erfassen, die ihrer wirklich bedürfen, und vor allem die freiwillige Weiterversicherung auf ein vernünftiges Maß beschränkt werden. Die berufliche, wie materielle Sicherstellung der für die Sozialversicherung tätigen Ärzte ist eine unerläßliche Voraussetzung für eine gesicherte ärztliche Versorgung.“

Um die Sozialversicherungsfragen zentral regeln zu können, sei von der Konstituierenden Hauptversammlung eine Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet gegründet worden (1. Vorsitzender: Dr. *Sievers*, Hannover, 2. Vorsitzender: Dr. *Landauer*, München; Vorstandsmitglieder: Dr. *Thieding*, Hamburg, Dr. *Neuffer*, Stuttgart-Degerloch, und Dr. *Oelmann*, Bad Nauheim). Dr. *Sievers* führte weiterhin aus, wie es auch in der vom Ärztetag angenommenen Entschließung heißt, daß die Kassenärztliche Vereinigung bei der Reform der RVO ihre endgültige Anerkennung als Mitträger der deutschen Sozialversicherung erwarte in der Form „einer eindeutigen gesetzlichen Regelung der Stellung des Arztes in der Sozialversicherung“. Daneben erstrebe die deutsche Ärzteschaft eine Ausdehnung der arbeitsrechtlichen Regelung, wie sie bisher nur in der Krankenversicherung besteht, auch für die Unfall- und Rentenversicherung. In einer Entschließung empfahl der 51. Deutsche Ärztetag „zu diesem Zweck den Ausbau einer echten Selbstverwaltung zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern mit Arbeitsgemeinschaften und Schiedsinstanzen für die Länder und das Vereinigte Wirtschaftsgebiet. Echte Selbstverwaltungskörper erfordern keine Mitwirkung, sondern nur eine auf Innehaltung der gesetzlichen Bestimmungen beschränkte Aufsicht der Behörden“.

Das abschließende Referat hielt Dr. *Rolf Schlöggell*, der Geschäftsführer des Marburger Bundes, über „Die Pflichten und Rechte des Krankenhausarztes“. Der Referent schilderte u. a. jene Entwicklung, die zu dem heutigen Mißverhältnis von freien Arztstellen und Bewerbern geführt hat, und die sich daraus ergebenden Folgen: „Die große Zahl der ausbildung- und stellungsuchender Ärzte ist als Ursprung der heutigen beschämenden Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte anzusehen. Man kann diese Arbeitsverhältnisse mit Fug und Recht als Ausbeutung der Arbeitskraft des jungen Arztes bezeichnen.“ Dr. *Schlöggell* vermittelte einen lebendigen Eindruck von jenen Fakten, die die Vertreter des Marburger Bundes seit seinem kurzen Bestehen unterbreitet haben. Diese Vereinigung umfaßt als Neugründung alle Ärzte im Angestelltenverhältnis (Krankenhaus- und Jungärzte) und vertritt mit großer Entschlossenheit die Forderung, sämtliche angestellten Ärzte unterschiedslos nach den gesetzlichen Richtlinien zu bezahlen. Sie wendet sich dagegen, daß die Krankenhäuser das bestehende Überangebot von Ärzten ausnutzen, indem sie auf tarifmäßiger Vergütung bestehende Assistenten einfach nicht anstellen oder entlassen. Nahezu die Mehrzahl aller in Kliniken und Krankenhäusern angestellten Ärzte erhält keinerlei Gehalt, eine andere Zahl nur ein niedrigstes Taschengeld, eine weitere

Gruppe kann nicht einmal unentgeltlich die Mahlzeiten einnehmen oder wohnen. Besonders nach der Währungsreform ist die Lage dieses Arztkreises, zu dem nicht nur Jüngere, sondern auch Ältere gehören, untragbar geworden. Die Einwände der Krankenhausträger, daß sie die geforderte Anzahl von Ärzten nicht besolden könnten, außerdem sich aber diese Ärzte in der Ausbildung befänden, wurde entkräftet. Der Referent sagte dazu, daß der Krankenhausarzt nicht der Erfüllungsgehilfe der Verwaltung sei, für ein Krankenhaus, „also eine dem Gemeinwohl dienende Anstalt, nicht dasselbe Bilanzmaß gelten dürfe wie für jedes rein wirtschaftliche Unternehmen“. Krankenhäuser aber, die tatsächlich eine Minusbilanz hätten, dürften diese Bilanz nicht günstiger gestalten, indem sie „alleinstehenden Ärzten kündigten und sich damit beruhigten, daß es ja Hunderte von Ärzten gäbe, die unter den schlechtesten Bedingungen arbeiteten, wenn sie es überhaupt nur könnten“. Aufgabe dieser Krankenhausträger wäre es hingegen, den zwar wesentlich unbequemeren Weg der Verhandlung mit den mächtigen Vertretern der Sozialversicherung zu gehen und für eine Erhöhung untragbar niedriger Tagespflegesätze zu sorgen. „Denn der Tagespflegesatz beinhaltet die ärztliche Leistung.“ Der Marburger Bund, arbeitsrechtlich als eine Gewerkschaft und als die tariffähige Vereinigung der Krankenhausärzte anzusehen, hat zur Einstellung einer entsprechenden, für die friedensmäßige Versorgung der Patienten notwendigen Anzahl von Ärzten den „Gleitenden Bettenschlüssel“ geschaffen, der z. B. auf 30 Krankenhausbetten die Anstellung eines Assistenzarztes und eines Hilfsarztes vorsieht. Im übrigen ist dieses Verhältnis gleitend der Eigenart einzelner Krankenhäuser angepaßt. Hinter die Forderungen des Marburger Bundes stellten sich sämtliche Delegierten des Deutschen Ärztetages und der Verband der leitenden Krankenhausärzte. In einer Entschließung riefen sie die maßgeblichen Stellen zur Beseitigung des unhaltbaren Zustandes auf und betonten, daß neben der Regelung einer selbstverständlichen Vergütung und der Zahl der eingestellten Ärzte zur Entlastung der augenblicklich Tätigen, die Zulassung zum Medizinstudium für die Dauer mehrerer Semester erheblich beschränkt werden sollte. Nur durch beide Maßnahmen könne verhindert werden, daß Tausende von angestellten Krankenhausärzten und Tausende von Medizinstudenten in eine soziale Verelendung geraten.

In der geschlossenen Sitzung des Sonntags wurden ausführlich alle behandelten Fragen diskutiert, Entschlüsse zur Frage der Flüchtlingsärzte und der freien Niederlassung gefaßt, deren gleichzeitige Einführung für die drei Westzonen gefordert wird. — Prof. Dr. *Heinz Lossen*, Mainz, legte Leitsätze zur Frage der Neuordnung der Chefarztverträge vor, die die Delegierten annahmen.

Abschließend wurde über das Ergebnis der Bearbeitung des gesamten Materials berichtet, das dem Nürnberger Ärzteprozeß zugrunde lag. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern war im Dezember 1946 eine Kommission nach Nürnberg entsandt worden, die dem Prozeß gegen 20 SS-Ärzte, Wissenschaftler und 3 hohe Staatsbeamte bewohnte und in 18monatiger Tätigkeit alle Dokumente und Aussagen bearbeitete. Der Referent (*Mielke*) erklärte, daß man von zwei verschiedenen Gesichtspunkten an das Nürnberger Verfahren herantreten könne. Einmal formalkritisch im Hinblick auf die Nürnberger Institution als solche, eine Kritik also, die sich mehr oder weniger auf dem Boden des Juristischen bewegt, sich mit der Problematik der Rechtsgrundlagen befaßt oder denen der Verfahrensweise. Der Kommission der Deutschen Ärzteschaft sei es jedoch vordergründig um einen ganz anderen Aspekt gegangen: Um die Bearbeitung der in Nürnberg vorgelegten zeitgenössischen Fakten im Sinne eines historischen Quellenstudiums. Man habe also auch keinen Prozeßbericht schaffen wollen, sondern ein Teilstück einer Zeitchronik. Damit sei die Deutsche Ärzteschaft die erste Ständesorganisation, die sich bemüht habe, in Nürnberg aufgedeckte Tatsachen zu nutzen. — Die Delegierten des Ärztetages beschlossen, den

Abschlussbericht, eine dokumentarische Zusammenstellung, drucken zu lassen und zu einer freien Meinungsbildung zu unterbreiten.

Zu einem rechten Verstehen und Umgreifen dieses Deutschen Ärztetages führt jene Anschaulichkeit vom „Wege nach Innen“, aus dem allein das rechte Verhältnis zur Welt sich bildet, denn:

Selbstbesinnung und Selbsterkenntnis waren Ziel und Bedeutung solchen Zusammentreffens der Ärzteschaft. Ihnen zugehörig entwickelten sich Bekenntnis und natürliche Forderungen nach außen. Beides vermochte, Regierungen und Öffentlichkeit übermittelt, ein richtiges Bild von Problemen und Bestrebungen des ärztlichen Standes zu geben.

Entschlüsseungen des 51. Deutschen Ärztetages

Entschliebung zum Referat Dr. Neuffer:

„Der Arzt, seine Berufung und seine Berufsvertretung“

- I. Der 51. Deutsche Ärztetag hält es für die Pflicht der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen, die *ärztliche Berufsfreiheit um des Kranken und des Arztes willen* auch weiterhin zu schützen. Die Ärzteschaft erblickt in der demokratischen beruflichen Selbstverwaltung des ärztlichen Standes die einzige Gewähr für die Erfüllung der Aufgabe, dem Volke einen sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Arztstand zu erhalten. Die auch an der Ärzteschaft nicht spurlos vorübergegangene Beeinträchtigung einwandfreier Lebens- und Berufsauffassung macht die Erhaltung der Einrichtungen zur Überwachung des beruflichen Verhaltens notwendiger denn je.

Die Ärzteschaft beansprucht daher für sich das Recht,

1. *Berufskörperschaften* zu bilden, die von der Volksvertretung durch Gesetz anerkannt werden und alle Ärzte umfassen,
2. sich selbst eine vom Staate zu genehmigende *Berufsordnung* zu geben und unter Mitwirkung aller Berufsangehörigen die Erfüllung der öffentlichen Aufgaben sicherzustellen, die der ärztliche Dienst erfordert.
3. Sie betont erneut die Unentbehrlichkeit ärztlicher *Berufsgerichte*, um jeden Arzt zur gewissenhaften und uneigennütigen Berufsausübung anhalten zu können.

Der deutsche Arzt lehnt es ab, sich behördlicher Überwachung und Disziplinierung zu unterwerfen, und wendet sich mit Entschiedenheit gegen die in letzter Zeit bemerkbar gewordenen Versuche, das freie Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und den Kranken durch obrigkeitliche Regelungen zu stören und den Trägern der Gesundheitsverwaltung die Aufgaben der ärztlichen Berufsvertretungen zu übertragen.

- II. Der 51. Deutsche Ärztetag bittet die *Besatzungsmächte* dringend, von einem Eingreifen in die organisatorischen Verhältnisse der Ärzteschaft Abstand zu nehmen, die sich mit überwältigender Mehrheit für die Erhaltung der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer bisherigen Form ausgesprochen hat. Der Beruf des Arztes ist nach deutscher Tradition und Gesetzgebung kein Gewerbe; der Arzt erfüllt vielmehr eine öffentliche Aufgabe, seine Berufsverhältnisse bedürfen daher einer gesetzlichen Regelung, die den Beruf sinnvoll in den Organismus des Gesundheitswesens eingliedert, ohne die Berufsfreiheit des einzelnen Arztes aufzuheben und ohne ihn zum Beamten oder Angestellten des Staates oder zum Arbeitnehmer der Versicherungsträger zu machen. Wenn der 51. Deutsche Ärztetag diese Forderungen den Besatzungsmächten und den deutschen Behörden gegenüber erhebt, so bekennt er sich damit zu den auf den Deutschen Ärztetagen der Jahre 1924, 1926 und 1931 gefaßten Beschlüssen, die dem einmütigen Willen der freien deutschen Ärzteschaft entsprachen und heute noch entsprechen.

- III. Der 51. Deutsche Ärztetag fordert eine *einheitliche deutsche* Ärzteordnung, in die die wesentlichen Bestimmungen der Reichsärzteordnung übergehen. Er richtet an die künftige Westdeutsche Regierung die Bitte, dazu Richtlinien aufzustellen, die für die Gesetzgebung der einzelnen Länder maßgebend sind. Der 51. Deutsche Ärztetag hält es für die vordringliche Pflicht der ärztlichen Berufsvertretungen und des Gesetzgebers, einer Rückwärtsentwicklung entgegenzu-

treten, die den Arzt wieder zum Gewerbetreibenden machen würde. Nur auf diese Weise können die in der deutschen Ärzteschaft vorhandenen Kräfte und Fähigkeiten für die Gesundheitspflege des deutschen Volkes zur richtigen Geltung gebracht werden.

Entschliebung zum Referat Dr. Dobler:

„Gemeinschaftsaufgaben der deutschen Ärzteschaft auf dem Gebiet des Gesundheitswesens“

Die soziale Not und gesundheitliche Gefährdung unseres Volkes erfordert dringend, seine Lebens- und Arbeitskraft, das einzig uns verbliebene Kapital, mit allen Kräften zu wahren, zu mehren und hierbei jede Zersplitterung zu vermeiden.

Die deutsche Ärzteschaft ist berufen und bereit, neben den scitherigen Aufgaben der Heilbehandlung die vorbeugende und soziale Medizin in Forschung und Praxis durch planmäßige Zusammenarbeit mit allen übrigen Einrichtungen des Gesundheitswesens auszubauen zu einer umfassenden Gesundheitsfürsorge für alle Bevölkerungsschichten.

Die Entwicklung der Sozialversicherung und der öffentlichen Gesundheitspflege darf dabei nicht zu einer weiteren Entpersönlichung des Verhältnisses zwischen Arzt und Kranken führen.

Die notwendige Reform der Sozialversicherung muß bei der bedrohlichen Gefährdung der Gesundheit breiterer Schichten unseres Volkes die Erweiterung der Versicherungsleistungen und eine vorbeugende Gesundheitspflege erstreben. Hierbei ist die Mitwirkung der freiberuflichen Ärzte unentbehrlich. Die umfassenden öffentlichen Aufgaben und die hohe Verantwortung, die der Arztstand für die Gesundheit unseres Volkes zu erfüllen hat, erfordern die Erhaltung seiner Leistungsfähigkeit im Rahmen der Selbstverwaltung und eine seiner Leistung entsprechende Honorierung.

Die Erfahrung und Sachkunde der organisierten Ärzteschaft ist bei der Neugestaltung der Sozialversicherung und der Weiterentwicklung der Gesundheitsfürsorge durch den Gesetzgeber maßgeblich in Anspruch zu nehmen.

Die ärztlichen Berufskörperschaften ihrerseits werden das Verständnis der Ärzte für die Notwendigkeit vertiefen, mit den Trägern der Sozialversicherung, der öffentlichen Fürsorge und mit den Gewerkschaften fruchtbar zusammenzuarbeiten.

Sie werden an der Lösung der gemeinsamen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge tatkräftig mitarbeiten im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft für soziale Medizin und Hygiene.

Entschliebung zum Referat Dr. Sievers I:

„Die Stellung des Arztes in der Sozialversicherung“

Der 51. Deutsche Ärztetag faßt nach dem Bericht über den Verlauf der Konstituierenden Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen für das vereinigte Wirtschaftsgebiet vom 15. Oktober 1948 folgende Entschliebung:

Die deutsche Ärzteschaft erstrebt eine Ausdehnung der arbeitsrechtlichen Regelung, wie sie bisher nur in der Krankenversicherung besteht, auch für die Unfall- und Rentenversicherung. Die im Jahre 1932 abgeschlossene Entwicklung des Arztrechts in der Krankenversicherung hat bis heute den Arbeitsfrieden zwischen Ärzten und Krankenkassen gesichert. Die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung als gleichberechtigte Vertragspartner in der Form der Körperschaft öffentlichen Rechts haben in eigener Verantwortung und im Wege

einer echten Selbstverwaltung in Gemeinschaftsinstanzen und — wo diese nicht ausreichen — durch Schiedsinstanzen die gegenseitigen Beziehungen so regeln können, daß eine enge Verbundenheit entstanden ist, die sich in erster Linie zum Wohle der Versicherten auswirkte. Die gleichen guten Beziehungen werden zu den übrigen Trägern der Sozialversicherung erstrebt.

Der 51. Deutsche Ärztetag empfiehlt zu diesem Zweck den Ausbau einer echten Selbstverwaltung zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern mit Arbeitsgemeinschaften und Schiedsinstanzen für die Länder und das Vereinigte Wirtschaftsgebiet. Echte Selbstverwaltungskörper erfordern keine Mitwirkung, sondern nur eine auf Innehaltung der gesetzlichen Bestimmungen beschränkte Aufsicht der Behörden.

Die Ärzteschaft kommt zu dieser Stellungnahme im berechtigten Stolz auf ihre bisherigen Leistungen, insbesondere in der deutschen Sozialversicherung und im vollen Bewußtsein ihrer Verantwortung für die Krankheitsbeseitigung, die Erhaltung der Gesundheit und endlich in der Überzeugung der Notwendigkeit eines Aufbaus vorbeugender Maßnahmen zur Bekämpfung der Volksseuchen. Die deutsche Ärzteschaft erklärt sich zur aktiven Mitwirkung an solchen sozialhygienischen Aufgaben zum Wohle des deutschen Menschen, der deutschen Sozialversicherung und unseres deutschen Vaterlandes bereit.

Entschließung zum Referat Dr. Schlögl:

„Die Pflichten und Rechte des Krankenhausarztes“

Der 51. Deutsche Ärztetag hält eine schleunige grundlegende Änderung der zum großen Teil unwürdigen und völlig unzureichenden Anstellungsbedingungen und die Behebung der daraus folgenden ideellen Notlage der angestellten Ärzte für dringend erforderlich. Im Interesse einer geordneten Fürsorge für die Kranken unterstützt er namens der deutschen Ärzteschaft die vom „Marburger Bund“ aufgestellten Richtlinien und richtet in der Erkenntnis, daß eine Beibehaltung der jetzigen Anstellungsverhältnisse ernste Gefahren für die ordnungsgemäße Behandlung der in Krankenanstalten zu versorgenden Kranken heraufbeschwört, an die zuständigen Stellen die Aufforderung, folgende Maßnahmen sobald wie möglich durchzuführen:

1. Die Anstellungsverhältnisse der Krankenhausärzte nach dem vom „Marburger Bund“ ausgearbeiteten gleitenden Bettenschlüssel, der eine Regelung der Arbeitslast der angestellten Ärzte durch die Beschäftigung einer bestimmten Anzahl von Ärzten auf eine festgelegte Zahl belegter Betten vorsieht, zu regeln.
2. Die Zulassung zum Medizinstudium für die Dauer mehrerer Semester drastisch zu beschränken. Nur so kann verhindert werden, daß die Notlage der Krankenhausärzte sich noch weiter verschlimmert und damit zu einer Gefährdung des gesamten Krankenhauswesens führt.

Nur die gleichzeitige Durchführung beider Maßnahmen kann eine wirkungsvolle, im Interesse der Versorgung des Kranken dringend notwendige Besserung bringen.

Nach dem Ärztetag

Von Dr. Th. D o b l e r, prakt. Arzt

Der 51. Deutsche Ärztetag ist vorüber. Er war eine eindrucksvolle Kundgebung der Leistung und der Forderung der deutschen Ärzteschaft. Würdig eingeleitet durch eine innerpolitisch bedeutende Rede des württembergischen Ministerpräsidenten, welcher die verdienstvolle und entsagungreiche Arbeit der Ärzte im Werk unserer Sozialversicherung anerkennend hervorhob, wurden die Aufgaben und Rechte der ärztlichen Berufsvertretung der Öffentlichkeit dargelegt.

Die Bereitschaft und der Wille, an der Neugestaltung unserer Sozialeinrichtungen verantwortlich und tatkräftig mitzuarbeiten, wurde mit der Forderung verknüpft, als unmittelbar beteiligter Berufsstand maßgeblich bei der Neuordnung der Sozialversicherung gehört und eingebaut zu werden, um eine Entwicklung zu

Entschließung zur Frage der Flüchtlingsärzte

Der 51. Deutsche Ärztetag faßt zur Frage der Flüchtlingsärzte folgende Entschließung:

Der 51. Deutsche Ärztetag in Stuttgart würdigt die Notwendigkeit einer baldigen Lösung des Problems des ärztlichen Einsatzes der Flüchtlingsärzte, die schuldlos Heimat und Arbeitsplatz verlassen mußten und rein menschlich und vom Standpunkt der ärztlichen Gemeinschaft Anspruch auf Arbeit und Gleichberechtigung haben. Der Ärztetag fordert deshalb die eheste Eingliederung der Gruppe der Flüchtlingsärzte, wie sie nach den geltenden Flüchtlingsgesetzen gefordert und begünstigt wird. Danach ist ihre verhältnismäßige Vertretung in allen Berufsvertretungen, Niederlassungs- und Zulassungsausschüssen zur vollständigen Verschmelzung mit den alteingesessenen Ärzten durchzuführen. Von den Flüchtlingsärzten wird erwartet, daß sie sich den ärztlichen Berufsvertretungen standesbewußt eingliedern und jede Zersplitterung vermeiden. An die alteingesessenen Kollegen wird die Bitte gerichtet, dem Schicksal der Flüchtlingsärzte durch die Tat Verständnis entgegenzubringen. Die Ärztekammern werden bemüht sein, den noch nicht niedergelassenen Flüchtlingsärzten durch zweckmäßige Verteilung im gesamten Westzonengebiet Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen.

Entschließung auf Antrag Dr. Britz zur Niederlassungsfrage

Der 51. Deutsche Ärztetag hält an dem durch die Approbation erworbenen *Recht auf freie Niederlassung* unverrückbar fest. Wenn in den letzten Jahren Niederlassungsbeschränkungen bestanden haben, so geschah dies auf Grund von ministeriellen oder gesetzlichen Vorschriften als vorübergehend notwendige Maßnahmen. Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hat sich bereits in Stuttgart im Mai dieses Jahres zur freien Niederlassung bekannt. Der 51. Deutsche Ärztetag schließt sich diesen Forderungen vollinhaltlich an und empfiehlt die Freigabe der Niederlassung für die in den Westzonen beheimateten Ärzte, jedoch unter der Voraussetzung, daß die Freigabe gleichzeitig in den drei Westzonen erfolgt, die Vorschriften der Reichsärzteordnung über die Sperrung überbesetzter Bezirke weiter angewendet und Vorkehrungen dagegen getroffen werden, daß die Freigabe der Niederlassung einen weiteren Zuzug aus der Ostzone bewirkt. Der Ärztetag fordert gleichzeitig mit aller Entschiedenheit schleunige und wirksame Maßnahmen der Länderregierungen zu einer drastischen Einschränkung des Medizinstudiums, um der drohenden Proletarisierung des Arztstandes vorzubeugen.

Entschließung nach Antrag Dr. Rodewald

Der 51. Deutsche Ärztetag beschließt, bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern einen Sonderausschuß zur Bearbeitung sozialhygienischer Probleme zu bilden, in den Dr. Rodewald, Prof. Lossen und Dr. Dobler berufen wurden.

verhindern, wie sie sich an das Bismarcksche Werk angeschlossen und in der Folge zu einer Reihe von Irrwegen und Sozialisierungsschäden geführt hat.

Das Wesentliche einer Kundgebung, wie sie die öffentliche Tagung im Großen Haus des Staatstheaters darstellte, sind nun aber nicht schöne Reden und wohlgesetzte Referate, die gehört und vergessen, bestenfalls kritisiert werden. Wichtiger ist die Gesamtatmosphäre, die sich dabei herausbildet und deren Eindruck jeder Teilnehmer bewußt oder unbewußt mit nach Hause nimmt. Aus ihr können neue Möglichkeiten und fruchtbare Entwicklungen entstehen. Daß die Mitglieder der Regierungen, die Träger der Sozialversicherung und politisch führende Männer das, was die Ärzteschaft leistet und fordert, was sie in ihrer Berufsentfaltung

bedrückt und hindert und was sie sich als Ziel ihrer Arbeit setzt, einmal nicht von ihrem eigenen Schreibtisch aus, im Blickwinkel ihrer Doktrin, sondern von der ärztlichen Perspektive aus gezeigt bekamen, hat das Verständnis für unsere Situation, den Willen zu gemeinsamer Lösung großer sozialhygienischer Aufgaben gefördert. Wenn der Arztetage so als Saatkorn auf guten Boden gefallen ist, war er nicht umsonst.

Neben der Erhaltung der inneren und äußeren Freiheit unserer Berufsausübung mußte als Forderung und Voraussetzung der Selbsterhaltung das Anrecht auf eine angemessene Entlohnung der geleisteten Berufsarbeit, insbesondere in der Tätigkeit für die Sozialversicherung, geltend gemacht werden.

Die Entwicklung der Nachkriegszeit hat hier zu Verhältnissen geführt, welche die Leistungsfähigkeit des Arztes, vor allem des Kassenzarzes, auf das Schwerste gefährden. Die wirtschaftliche Lage auch des gutbeschäftigten Kassenzarzes hat sich durch das Ansteigen der Lebenshaltungskosten in den letzten beiden Jahren rapid verschlechtert und droht, seine Arbeitskraft, seine ärztliche Leistung und Existenz zu vernichten. Ich brauche hier nicht zu wiederholen, was ich in meinem Referat auf dem Arztetag schon hierüber und insbesondere über die Kasseneinkommen der süd-württembergischen Ärzte ausgeführt habe.

Hinzu kommt, daß die Altersversicherung der Ärzte durch den rücksichtslosen Währungsschnitt vernichtet, ihr Einkommen durch die Geldverknappung weiterhin scharf abgesunken ist. Die Steuerbilanz vieler fleißig arbeitender Ärzte wird in diesem Jahr mit Verlust und Schulden abschließen. Daran ändert nichts, daß einzelne besonders begünstigte Ärzte da und dort noch hohe Einkommen haben, die zu Unrecht dem Stand immer wieder vorgehalten werden. Gerechterweise fordert man für die Bevölkerungsschicht des Arbeiters eine dem Lebensstandard sich anpassende Erhöhung seines Lohnes. Man kann dem Kassenzarzes nicht verübeln, wenn er die gleiche Forderung erhebt, um seine gefährdete Leistungsfähigkeit auch im Interesse der Krankenversicherung zu erhalten. Tag und Nacht steht er in Arbeit, Sorge und Verantwortung um seine Kranken und weiß dazu bald nicht mehr, woher er die Reifen für sein Berufsfahrzeug nehmen, womit er sein Instrumentarium erhalten und am Monatsende das Geld für seine Hilfskräfte und Versicherungen herbeikommen soll. Denn die ihm aus der Krankenversicherung zufließenden Beträge reichen häufig schon nicht mehr zur Deckung der Lebenskosten seiner Familie.

Wir wissen wohl, daß wir die wirtschaftliche Lage der Ärzteschaft nur im Rahmen unseres allgemeinen Lebensstandards beurteilen können, daß auch das Einkommen des Arbeiters, des Angestellten und Beamten mit den davonlaufenden Lebenshaltungskosten nicht Schritt hält. Und doch liegen für die Ärzteschaft ganz besondere Verhältnisse vor:

Die Privathonorare können sich innerhalb der Gebührenordnung noch einigermaßen dem Niveau der steigenden Ausgaben angleichen. Durch die immer weitere Einbeziehung breiter Volksschichten in die Sozialversicherung, auch als freiwillige Mitglieder, ist die Zahl der Privatpatienten aber dauernd gefallen und spielt für die meisten Ärzte keine wesentliche Rolle mehr. Dabei ist es keine Seltenheit, daß der Direktor oder Betriebsleiter eines Industrieunternehmens heute seinem behandelnden Arzt einen RVO-Krankenschein auf den Tisch legt, ohne in seinen Ansprüchen gleiche soziale Bescheidenheit zu zeigen. (Ich glaube nicht, daß die Kassen durch diese freiwilligen Mitglieder viel Gewinn haben!)

Bei der Einführung der Sozialversicherung, die zunächst ja nur einen kleinen, besonders gefährdeten Kreis der Arbeiterschaft umfaßte, hat die Ärzteschaft sich in vorbildlicher Bereitschaft, an den Soziallasten mitzutragen, mit einer dem Armentarif entsprechenden Bezahlung einverstanden erklärt. Sie konnte es damals auch, da ihr ja zur wirtschaftlichen Sicherung der große Kreis der Nichtversicherten verblieb. Das hat sich grundsätzlich geändert. Geblieben ist die Armentaxe, mit der nun der größte Teil der ärztlichen Leistung bezahlt wird.

Das Kassenhonorar wird als Kopfpauschale von den Kassen an die Kassenzärztlichen Vereinigungen gezahlt, wie es im Jahre 1930

nach den damaligen tatsächlichen Ausgaben der RVO-Kassen für die ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder errechnet wurde. Von diesem Kopfpauschale ist die Kasse berechtigt, sogar noch Abzüge zu machen, die ihr in der damaligen wirtschaftlichen Depression zugesprochen waren.

Heute noch gelten für die Entlohnung der kassenärztlichen Tätigkeit die Verträge über das Honorarabkommen von 1932: gemäß der Preußischen Gebührenordnung, die in ihren Mindestsätzen auf das Jahr des Heils 1815 zurückgeht, soll eine Beratungsgebühr mit einer Mark „honoriert“ werden. Tatsächlich bleibt aber heute, wenn man das Kopf- und Fallpauschale auf die Einzelleistung umrechnet, ein Betrag, für den kein Barbier arbeitet. Die Gründe hierfür sind in der in gleicher Nummer unseres Blattes veröffentlichten Stellungnahme zum „Ärztegespräch“ ausführlich dargelegt.

Entsprechend den Fortschritten ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist die gesamtärztliche Leistung heute auch in der Kassenpraxis ungleich höher und für den Arzt an Zeit- und Materialaufwendung kostspieliger als vor 20 Jahren. Der Kassenzarzes erhebt aber mit Recht Anspruch auf Anwendung aller in Diagnostik und Therapie möglich gewordenen Leistungen, auch wenn sie durch das Kopfpauschale aus dem Jahre 1930 überhaupt nicht abgegolten werden.

Trotz der gesteigerten ärztlichen Leistung in der Krankenversicherung ist der Anteil, den die Krankenkassen als Vergütung für die Ärzte aus ihrem Gesamtetat ausgeben, fast überall kleiner geworden. In der britischen Zone sind die Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche Behandlung von 25,2 Prozent der Gesamtausgaben im Jahre 1932 auf 17,2 Prozent im Jahre 1947 gefallen. Die Bilanz der Krankenkassen ist heute wieder flüssig; eine Reihe von ihnen hat schon wieder beträchtliche Reserven ansammeln können. Leistung und Entlohnung auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit haben sich zu einem auch von Kassen-seite nicht mehr zu rechtfertigenden Mißverhältnis entwickelt, die den 1933 geschlossenen Vertragsfrieden ernstlich gefährdet und große Unruhe in die Kreise der Kassenzärzte trägt.

Um diesen unhaltbaren Zustand zu ändern und aus der verzweifelt Lage der Kassenzärzte drohende Entwicklungen zu verhüten, haben die Kassenzärztlichen Vereinigungen alle Schritte unternommen, mit den Verwaltungsorganen der Krankenkassen eine Verbesserung des Honorarabkommens zu erreichen und auch Verständnis hierfür gefunden. Liegt es doch auch im vitalen Interesse der Kassen, einen leistungsfähigen Arztstand sich als Vertragspartner zu erhalten, der ihren Mitgliedern sachgemäße und sorgfältige Beratung und Behandlung sichert. Wenn eine wirklich ungenügende Bezahlung den Kassenzarzes zu flüchtiger Behandlung seiner Patienten verleitet (um wenigstens durch die Anzahl der Krankenscheine seine Existenz zu erhalten), wenn er seine länger bettlägerigen Kranken lieber ins Krankenhaus verlegt, statt sie zu Hause zu behandeln, weil ihm die Zeit hierzu fehlt, so ist dies alles für die Kasse sehr viel teurer, als wenn sie dem Kassenzarzes ein gerechtes und auskömmliches Honorar gibt und dem Arzt damit eine ihn selbst und den Kranken befriedigende Behandlung ermöglicht. Es ist schon so, daß der beste und gewissenhafteste Arzt für die Krankenversicherung auch der wirtschaftlichste ist, ganz abgesehen davon, daß der heute hart um sein Fortkommen ringende Sozialversicherte besonderen Anspruch auf sorgsame ärztliche Betreuung hat. Man soll diese aber auch dem Kassenzarzes nicht fast unmöglich machen.

Die eingeleiteten Vertragsverhandlungen werden die Notlage der Kassenzärzte nur mildern, nicht beheben können. Auch wenn unserer Honorierung, was wir zum mindesten fordern müssen, der ungekürzte Grundlohn der Versicherten als Ausgangspunkt zugestanden wird. Eine grundsätzliche Änderung kann nur durch eine Neugestaltung der Sozialversicherung erfolgen, welche die in den letzten Jahrzehnten aufgetretenen Fehlentwicklungen und Sozialisierungsschäden vermeidet, eine weitere Proletarisierung des Arztstandes und damit der Krankenbehandlung verhindert und eine vorbeugende Gesundheitspflege einführt, die sich in der Folge auch wirtschaftlich für die Versicherungsträger vielfach bezahlt machen wird.

Der einfachste und sicherste Weg, die Leistungsfähigkeit der Kasse zu heben, das geben auch die Kassenleiter zu, wäre: das persönliche Interesse des Versicherten an seiner Kasse dadurch zu steigern, daß er, wenigstens bei Bagatellfällen, an ihren Leistungen mitbeteiligt wird, wie dies in der neuen französischen Sozialversicherung mit Erfolg geschehen ist. Wahrscheinlich wird sich aber in Deutschland keine politische Partei finden, welche die Courage hat, diesen in Wirklichkeit sozialsten Weg zu gehen, der am einfachsten die heute weitverbreitete Ausnützung der Sozialeinrichtungen durch unsoziale Elemente verhütet.

Man wird also aus Angst, für unsozial gehalten zu werden, wohl die alten, ausgetretenen Pfade weitermarschieren und lieber einmal wieder die Sozialisierung des Arztstandes in irgendeiner Form empfehlen, obgleich man weiß, daß mit der Einschränkung persönlicher Freiheit und Verantwortung des Arztes auch seine Leistung zur Mittelmäßigkeit sinkt: Was wir aus England seit der Einführung der Sozialisierung der Ärzte hören, ermutigt zunächst nicht zu weiteren Sozialisierungsexperimenten: „seit es nichts mehr kostet“, hat die unnötige Inanspruchnahme der britischen Ärzte ein Übermaß angenommen, das diesen kaum mehr zu gewissenhafter und gründlicher Arbeit Zeit läßt. Ob wir aber je aus Fehlern anderer lernen?

Auf dem Ärztetag ist gesagt worden, daß die Sozialversicherung zur Schicksalsfrage des deutschen Arztstandes geworden ist. Wir Ärzte bejahen die Sozialversicherung als einen heute notwendigen, möglichst umfassenden Schutz des arbeitenden, um seine wirtschaftliche und soziale Existenz kämpfenden Menschen (nicht aber als eine bequeme Einrichtung für Wohl situierte, ihren Arzt um sein ihm zustehendes Honorar zu prellen).

Wenn politische Behutsamkeit der Parteien schon nicht wagt, den *Versicherten* durch Beteiligung an seiner Kasse zu interessieren, warum wollen wir Ärzte aus unserer seitherigen Defensivstellung nicht übergehen zu einer konstruktiven Partnerschaft in der Krankenversicherung, wie wir sie durch unsere ärztliche Mitarbeit ja tatsächlich beanspruchen können? Es ist gar nicht einzusehen, warum nicht in den Verwaltungsorganen der Kassen die Ärzte als wesentlich Mitbeteiligte auch ein entsprechendes Wort mitzureden haben sollen. Kassenverwaltung und kassenärztliche Organisation sollen ja beide nicht Selbstzweck sein, sondern nur Mittel und Weg, den Versicherten eine bestmögliche

ärztliche Versorgung zu gewähren. Warum wollen wir also bei einer Neuordnung der Sozialversicherung nicht Recht und Stimme in der Verwaltung fordern, die uns zusteht, statt uns wieder in die unwürdige Rolle schlechtbezahlter Handlanger drängen zu lassen. *Nostra res agitur!* Nehmen wir doch alle ärztlichen Belange innerhalb der RVO selbst in die Hand!

Dann werden wir ja auch dafür sorgen können, daß jeder einzelne Kassenarzt weiß und spürt, daß von seinem Verhalten, seiner Gewissenhaftigkeit, seiner Mühewaltung nicht nur das Wohl seiner Kassenpatienten, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Kasse selbst und damit seine eigene Existenz abhängt. Interessieren wir, wenn wir den *Kassenpatienten* schon nicht an den Ausgaben der Kasse beteiligen können, jeden *Kassenarzt* persönlich daran, daß in der Krankenversicherung keine Verschwendung irgendwelcher Art getrieben wird, da er sie unmittelbar an seinem Honorar spürt. Ich bin überzeugt, daß die Kasse dabei gut fährt und in ihrem Gesamtetat mehr einspart, als sie an Mehrausgaben für ein angemessenes Kassenhonorar ausgibt; und daß sie in Bälde auch für ihre Versicherten mehr leisten kann, als es ihr jetzt trotz all ihrer Kontrollmaßnahmen möglich ist.

Wenn man uns eine wirklich gewissenhafte und sorgfältige Arbeit am Kranken ermöglicht, wenn wir nicht mehr bloß Reparaturwerkstätte für den Versicherten sind, sondern eine vorbeugende und umfassende Gesundheitspflege und Krankheitsverhütung treiben können, wird sich dies für den Sozialversicherten, für seine Kasse und den Staat vielfach bezahlt machen. Und der Kassenkranke wird sich nie mehr als Patient minderer Klasse fühlen.

Hören wir doch auf mit allem Flickwerk; machen wir die Krankenversicherung, des eigenen Risikos bewußt, in Gemeinschaftsaufgabe mit den Trägern ihrer Verwaltung zu unserer eigenen Sache, zu unserem Schicksal. Nicht mehr als notwendigerweise geduldete Arbeitnehmer und „Erfüllungsgehilfen“ der Kassen, sondern als für die Gesundheit und Lebenskraft unseres ganzen Volkes im Rahmen der Krankenversicherung verantwortliche Ärzteschaft.

Schaffen wir uns eine *deutsche soziale Krankenversicherung* in Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen zum Wohl der Versicherten, zur Erhaltung der Freiheit und Leistung unseres Berufsstandes; wir können es, wenn wir einig sind.

Zum „Ärztegespräch“ in der Stuttgarter Zeitung vom 6. 10. 1948

Das in Nr. 90 der „Stuttgarter Zeitung“ veröffentlichte „Ärztegespräch“ hat in Nr. 93 derselben Zeitung ein lebhaftes Echo gefunden. Die Vertretung der Ärzteschaft, die um Auskunft gefragt worden war, fühlte sich deshalb verpflichtet, dazu sofort Stellung zu nehmen. Leider sind ihre Bemühungen, die Veröffentlichung der Stellungnahme zu erreichen, erfolglos geblieben. Die Erwiderung der Ärztekammer Nord-Württemberg vom 14. Oktober 1948 wird daher an dieser Stelle nunmehr bekanntgegeben:

Die Pflichtkassen (Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) zahlen nach einem Abkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen seit dem Jahre 1932 zur Abgeltung der gesamten Behandlung durch die Kassenärzte an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine Pauschalsumme, die auf der Grundlage der tatsächlichen Arztausgaben des Jahres 1930 (gekürzt um einen gewissen Abschlag) berechnet worden ist. Durch diese Vergütungsweise fällt das Risiko der vermehrten Krankheitshäufigkeit ausschließlich den Ärzten zur Last. Je mehr Versicherte krank werden, um so geringer ist die Bezahlung für den einzelnen Krankheitsfall an den Arzt.

Bis 1945 hat diese Pauschalregelung zu keinen besonderen Klagen Anlaß gegeben. In den letzten Jahren ist dies aber wesentlich anders geworden. Die Gründe sind folgende:

1. Die Krankheitshäufigkeit des Jahres 1930 war eine durchschnittliche und normale. Inzwischen sind aber gerade die Krankenversicherten durch die vielfachen Entbehrungen und Nöte der Kriegs- und Nachkriegsjahre sowohl in körperlicher als auch in seelischer Beziehung in ihrem Gesundheitszustand

wesentlich geschwächt worden, so daß die Kassenärzte viel häufiger beansprucht worden sind. Die überfüllten Wartezimmer der Kassenärzte — trotz der vermehrten Zahl der Kassenärzte — haben diese Tatsache deutlich demonstriert. Der Arzt hat wohl mehr zu tun, bekommt aber dafür nicht mehr bezahlt.

2. Es ist unbestreitbar, daß seit dem Jahre 1930, in dem das Arztpauschale festgesetzt wurde, die medizinische Wissenschaft große Fortschritte erzielt hat. Diese Fortschritte müssen selbstverständlich auch den Krankenversicherten zugute kommen, obwohl sie im Jahre 1930 bei der Berechnung des Kopfpauschales nicht berücksichtigt worden sind. Es sei dabei nur an die notwendige Ausdehnung der Röntgendiagnostik wegen Tuberkulose und Magenkrankungen und an die verfeinerten Herz- und Stoffwechselluntersuchungen durch Elektrokardiogramm und Grundumsatzbestimmungen erinnert. Auch die Behandlung ist durch wertvolle physikalische Heilmethoden wie Kurzwellen, Höhensonne, Röntgen- und Radiumbestrahlungen, Bäderanwendungen und durch komplizierte Arzneianwendungen wie Penicillin und Hormone wesentlich erweitert worden. Diese Kosten betragen heute ein Vielfaches des Betrages für gleichartige Leistungen des Jahres 1930; sie müssen aber alle aus dem gleichgebliebenen Arztpauschale bezahlt werden.
3. Viele von den sogenannten „Sachleistungen“ werden in Krankenhäusern ausgeführt. Die Kosten dafür müssen vorweg aus der Pauschalsumme nach festen Tarifsätzen an die Krankenhäuser bezahlt werden. Sie sind seit dem Jahre

- 1932 ungeheuerlich angestiegen und verkürzen dadurch die Ansprüche der Ärzte, die sich in den verbleibenden Rest teilen müssen.
- Mit dem Rückgang der kassenärztlichen Einnahmen sind aber die Betriebsunkosten der ärztlichen Praxis nicht geringer geworden, sondern im Gegenteil infolge der großen Teuerung ganz beträchtlich angewachsen. Im Jahre 1932 war der Index der Lebenshaltungskosten 120, im Jahre 1948 etwa 200. Die Ausgaben für Miete, Heizung, Licht, Fernsprecher, Instrumente, Sprechstundenhilfe und Auto betragen 50 % und mehr des Bruttoeinkommens der Ärzte. Dies ist auch durch die Finanzämter amtlich anerkannt. Für den Kassenarzt ergibt sich die traurige Bilanz, daß von dem, aus den seither angeführten Gründen geschälerten Honorar noch über die Hälfte für Betriebsausgaben abgeht und nur noch ein erschreckend geringer Betrag zum Leben übrig bleibt. In Nord-Württemberg war das durchschnittliche Bruttoeinkommen, das ein frei-beruflicher Arzt ohne Krankenhaus-tätigkeit im letzten Jahre vor der Währungsreform aus der Privat- und Kassenpraxis erzielte, zusammen 11 745 RM; nach Abzug der 50%-Werbungskosten blieb ein steuerliches Einkommen von nicht ganz 6000 RM, d. h. rund 500 RM im Monat übrig. Der „reiche Arzt“ ist also zu einer Märchengestalt geworden.
 - Man kann sich an den Fingern abzählen, wie sich die Verhältnisse nach der Währungsreform vollends verschlechtert haben. Die Einnahmen aus der Privatpraxis sind stark zurückgegangen, Vermögen ist nicht mehr vorhanden. Was Wunder, wenn sich der Arzt nun sein Einkommen aus der kassenärztlichen Tätigkeit näher beschaut und dabei erschreckt feststellen muß, daß er nicht mehr wie früher 95 % seiner Ansprüche, sondern nur noch etwa 60 % ausgezahlt bekommen kann. Das bedeutet, daß der Kassenarzt für die hochwertige Leistung einer ärztlichen Beratung nach Abzug der Betriebsausgaben nur noch 20 bis 30 Pfennige erhält.
 - Die vermehrte Zahl der Kassenärzte hat auf die Verringerung der Auszahlungsquote nur einen geringen Einfluß. Vor der Währungsreform ist immer wieder über die vollen Wartezimmer geklagt und eine Vermehrung der Kassenärzte verlangt worden. Die Zunahme der Kassenärzte im Verhältnis zur Zahl der Versicherten beträgt nur etwa 10 % über der durch die Zulassungsordnung vorgeschriebenen Zahl. Dieser Umstand kann also das Absinken der kassenärztlichen Vergütung nur zu einem unbedeutenden Teil erklären.
 - Die Verwaltungskosten der kassenärztlichen Abrechnungsstelle betragen in Nord-Württemberg nur 1,5 %; gesetzlich sind bis zu 3 % erlaubt. Als Fürsorgebetrag für die in Not geratenen Ärzte und Arztangehörigen wurde aus dem Privat- und Kasseneinkommen jedes Arztes bisher nur 0,25 % abgezogen. Die Vollversammlung der gewählten Berufsvertretung hat nach der Währungsreform aus innerer sozialer Verpflichtung heraus diesen Betrag auf 2,5 % erhöht. Sonstige Abzüge werden nicht gemacht, Reserven werden von der kassenärztlichen Vereinigung nicht gebildet. Das von den Kassen überwiesene Geld wird nach monatlicher Vorzahlung restlos an die Ärzte ausbezahlt.

Die katastrophale Verschlechterung der kassenärztlichen Bezahlung kann natürlich nicht den Krankenkassen zur Last gelegt werden. Sie haben ihre vertragliche Verpflichtung erfüllt, aber die Tatsache der völlig unzureichenden kassenärztlichen Honorierung ist nun einmal vorhanden und nicht zu bestreiten. Aufgabe beider Vertragspartner muß es nun sein, gemeinsam eine Lösung zu suchen, die die berechtigten Forderungen der Ärzte berücksichtigt. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg (US-Zone) hat bereits Verhandlungen mit den Vertretern der Kassen aufgenommen. Es ist zu hoffen und zu wünschen, daß es bald zu zentralen Vereinbarungen kommt, die das Mißverhältnis zwischen kassenärztlicher Leistung und ihrer Honorierung beseitigen. Sicher hat auch die breite Öffentlichkeit ein Interesse daran, die Ärzteschaft leistungsfähig zu erhalten, der ja nicht weniger anvertraut ist als die Gesundheit des ganzen Volkes.

Erfahrungen mit der Penicillinbehandlung in der Chirurgie

Von Chefarzt Dr. med. habil. Otto Raich, Chirurgische Klinik der Olgaheilanstalt in Stuttgart

Erfahrungsberichte über die Penicillinbehandlung sind im deutschen chirurgischen Schrifttum noch sehr spärlich, was einerseits dadurch bedingt ist, daß uns das Mittel erst seit 1945 zur Verfügung steht und andererseits die zugeteilten Mengen Versuche auf breiterer Basis bislang nicht zuließen. Daher erscheint es besonders wichtig, wenn durch Austausch von Erfahrungen neue Erkenntnisse vermittelt und vor allem eindrucksvolle Behandlungserfolge mitgeteilt werden, damit das für uns bislang schwer erreichbare Präparat nur solchen Fällen vorbehalten bleibt, wo wir von vornherein mit einem maximalen Heilerfolg zu rechnen haben.

Es sei mir daher erlaubt, eigene Erfahrungen mit der Penicillinbehandlung in der Chirurgie mitzuteilen, die sich nicht nur auf die Friedenspraxis eines Krankenhauses stützen. Ich hatte als Chefchirurg an verschiedenen Kriegslazaretten bereits in den letzten Jahren des Krieges Gelegenheit, mit dem Mittel vertraut zu werden und reichlich Erfahrungen zu sammeln, da vielen amerikanischen und englischen Verwundeten, die mitbetreut wurden, das Penicillin zugänglich war.

Ich will nun versuchen, meine Erfahrungen in Kürze zur Darstellung zu bringen, um den Kollegen bei entsprechenden Krankheitsfällen eine Handhabe zu geben, das Penicillin frühzeitig und richtig anzuwenden. Wir müssen versuchen — bei allem Enthusiasmus — durch sorgfältige Indikationsstellung die günstigste Heilwirkung des Mittels kennen zu lernen, um keine therapeutischen Nackenschläge zu erleiden. Bei der Unterhaltung mit amerikanischen Kollegen in Krieg und Frieden habe ich immer wieder den Eindruck gewonnen, daß man auch dort bestrebt ist, das Präparat — wenn auch auf breiterer Basis — so doch nicht kritiklos anzuwenden und es vor allem für geeignete Fälle zu reservieren. Eine unnötige Behandlung ist

neben der Kostspieligkeit und der möglichen Nebenwirkungen zum mindesten überflüssig!

Außerdem muß die Frage geprüft werden, ob wir nicht im Laufe der Zeit wie bei anderen Medikamenten — ich erinnere an die Sulfonamide — mit einer Gewöhnung gewisser Bakterienstämme und einer zunehmenden Resistenz dem Penicillin gegenüber rechnen müssen.

Die Penicilline sind Stoffe mit antibiotischer, bakteriostatischer und auch bakterizider Wirkung. Sie werden aus verschiedenen Gattungen der Penicillium-Familie gewonnen. Der Wirkungsgrad der verschiedenen Penicillinarten: in England I, II, III und IV; in Amerika F, G, X, K ist noch nicht vollkommen bekannt. Meine Erfahrungen gehen dahin, daß — trotz gleichmäßiger Angabe nach Oxford-Einheiten — wir mit wirkungsstärkeren und wirkungsschwächeren Präparaten zu rechnen haben. Die Chemiker sehen in der Kleinheit der Penicillin-Moleküle die Ursache für das Versagen mancher Fabrikationsserien bei der Therapie, zumal kleine Moleküle bekanntermaßen eine große Variationsbreite in bezug auf die biologischen und chemischen Eigenschaften haben.

Nach Kenntnis des einschlägigen deutschen chirurgischen Schrifttums und Einsichtnahme in die ausländische Literatur muß festgestellt werden, daß auch jetzt noch eine große Unsicherheit in bezug auf die Indikationsstellung und die Fehlerquellen bei der Penicillinbehandlung besteht. Für die vergleichende Beurteilung ist selbstverständliche Voraussetzung einheitliche und richtige Handhabung des Mittels sowie Anwendung bei gleichen Krankheitsbildern.

Fleming, der Entdecker des Penicillin, hat bezüglich der Penicillinempfindlichkeit eine sog. „Empfindlichkeits-Tabelle“ aufgestellt.

Er unterscheidet folgende Gruppen:

1. gegen Penicillin empfindlich,
2. gegen Penicillin unempfindlich oder relativ unempfindlich,
3. gegen Penicillin ganz unempfindlich.

Wir dürfen daher nur erwarten, daß das Penicillin eine einigermaßen sichere Wirksamkeit entfaltet, wenn es bei Gruppe 1 zur Anwendung kommt. Dies bedeutet für uns, daß wir die bakteriologische Diagnose möglichst schon vor Anwendung des Mittels stellen sollten!

Bei chirurgischen Infektionen kommen als häufigste Bakterien Streptokokken und Staphylokokken in Frage, die glücklicherweise zur Gruppe 1 gehören. Besondere Wirksamkeit entfaltet das Penicillin gegen den Staphylococcus aureus, Staphylococcus pyogenes, Streptococcus non haemolyticus und Streptococcus viridans, Pneumokokken und Gonokokken, die auch zur Gruppe 1 gehören, spielen in der Chirurgie nur eine untergeordnete Rolle. So scheint z. B. die Pneumokokken-Peritonitis — vor allem beim Kinde — günstig beeinflusst zu werden, am besten jedoch in Verbindung mit Sulfonamiden! Erreger der Gruppe 1 aus der anaeroben Reihe (Gasbrand, malignes Oedem, Tetanus), die im Kriege oft vorkommen, wurden nach meinen Erfahrungen, um es vorweg zu sagen, nicht oder nur wenig beeinflusst.

Die in der Chirurgie so wichtigen Infektionen mit Bacterium coli und Enterokokken gehören — was leider festgestellt werden muß — zur Gruppe 2—3 der Flemingschen Einteilung. Ich habe den bestimmten Eindruck gewonnen, daß Bacterium coli die Penicillinwirkung aufhebt bzw. das Penicillin inaktiviert.

Die amerikanische Industrie ist z. Zt. im Großversuch dabei, noch wirksamere und konzentriertere Fraktionen aus dem ursprünglichen Penicillin zu gewinnen bzw. gegen die einzelnen Bakterienstämme besonders spezifische Präparate herauszubringen. Ich denke dabei vor allem an die letzte Schöpfung: das Streptomycin. Man kann sich als Wunschtraum vorstellen, möglichst gegen jede Bakterienart ein spez. Abwehrmittel zu haben.

Auf Grund unserer beschränkten Möglichkeiten wird die deutsche Wissenschaft leider an diesem Wettlauf nicht entscheidend teilnehmen können, zumal solche Experimente auf breiter Basis neben den Instituten vor allem große Geldmittel erfordern.

Bei **Kriegsverletzungen** (auf Zahlenangaben und Einzelfälle wird aus Raumersparnis verzichtet, sie bleiben jedoch einer größeren Arbeit in der chirurgischen Fachliteratur vorbehalten) hat sich das Penicillin besonders bewährt zur Therapie und Prophylaxe infizierter, großer Weichteil-, Knochen- oder Gelenkverletzungen oder bei den so häufigen kombinierten Weichteil-, Gelenk-Knochenverletzungen. Es kam hierbei meist schon im Verlaufe von 24 Stunden (nach Anwendung von 400 000 bis 500 000 Einheiten pro die) zu Fieberabfall und Nachlassen der Sekretion. Die Wunden zeigten im weiteren Verlauf bald besseres Aussehen, nekrotische Gewebsteile kamen rascher zur Abstoßung. Auch der Allgemeinzustand besserte sich in vielen Fällen überraschend. Ich möchte jedoch besonders darauf hinweisen, daß bei lange dauernden Eiterungen auf die Allgemeinbehandlung, Eiweiß- und Flüssigkeitsersatz u. a. m. daneben nicht verzichtet werden konnte. So war es oftmals möglich, nicht nur Gliedmaßen, sondern sogar das Leben der Verwundeten zu retten.

Die Wirkung des Penicillin war jedoch — was nicht oft genug betont werden kann — nur eine wirksame und dauerhafte, wenn mit dem Messer zeretztes Gewebe entfernt, alle Buchten eröffnet, Fremdkörper ausgeräumt wurden und dem Eiter freier Abfluß geschaffen war. Wiederholt wurde dem Mittel Wirkungslosigkeit zur Last gelegt, bis sich herausstellte, daß irgendwo eine Eiterverhaltung bestand bzw. ein Abszeß oder eine Phlegmone nicht ausreichend eröffnet oder ein Senkungs- bzw. Röhrenabszeß nicht erkannt waren.

Die Penicillinanwendung erspart also bei Eiterungen nicht das chirurgische Vorgehen, es beschleunigt nur deren Abheilung bzw. verhindert deren weitere Ausbreitung.

Bei Gelenkempyemen wurde wohl raschere Entfieberung und Nachlassen der Eitersekretion beobachtet. Eine Ausheilung

konnte jedoch trotz höchster Dosierung an einem großen Krankengut nicht beobachtet werden. Die chirurgischen Methoden (z. B. Hüft- und Kniegelenkresektionen mit Kapselresektion) waren überlegen bzw. nicht zu umgehen. Eine unterstützende Wirkung des Mittels war nach der Operation nicht zu verkennen.

Mit Gasbrand infizierte Trümmerschußbrüche sprachen auf Penicillin nicht an. Nur ausgiebige Amputationen konnten in Einzelfällen das Leben retten. Auch bei einer großen Tetanusendemie (Verletzte aus der Normandie) war das Mittel gänzlich wirkungslos. Selbst höchste Gaben von Penicillin in Verbindung mit Tetanusserum und Avertindauernarkosen zeigten keinen Erfolg! Erst als daneben noch Tetanusanatoxin des Pasteur-Institutes in Paris zur Verfügung stand, konnten wir bei der schweren Endemie einzelne Kranke retten.

Was nun die Wirkung bei kriegsbedingten Bauch-, Brust- und Kopfverletzungen anlangte, so waren die Resultate bei Peritonitiden nach Verletzungen des Dün- und Dickdarmes nicht besonders eindrucksvoll. Exaktes chirurgisches Versorgen der Verletzungen, evtl. mit ausgedehnten Resektionen, war trotz Penicillin nicht zu umgehen.

Bei Pleuraabszessen oder Empyemresthöhlen war die chirurgische Behandlung ebenfalls vordringlich. Die Penicillinanwendung hat dabei — rein empirisch — günstig gewirkt.

Bei alten Knochenfisteln muß nach der Ursache der Eiterung geforscht werden. Meist steht dahinter ein Knochensequester oder ein Fremdkörper. Die Penicillinanwendung ist hierbei — schon aus theoretischen Erwägungen — zwecklos. Nur entsprechende operative Maßnahmen können zur Ausheilung führen.

In der **Wiederherstellungschirurgie** scheint dem Penicillin besondere Bedeutung zuzukommen — vor allem bei der Gefahr schlummernder oder latenter Infektionen. Ob neben der parenteralen Anwendung die lokale Applikation noch eine weitere Unterstützung darstellt, muß noch an weiteren Krankheitsfällen geprüft werden. Amerikanische Chirurgen scheinen die „kombinierte Anwendung“ zu vertreten. So konnten unter „Penicillinschutz“, d. h. Anwendung des Mittels schon 24 h vor Durchführung der Operation und damit max. Penicillin Blutspiegel schon bei der Operation, noch Eingriffe vorgenommen werden, die seither ein zu großes Risiko bedeutet hätten. Auf Einzelheiten will ich hier verzichten, dies jedoch an den Beispielen der Marknagelung beim nicht geheilten Schußbruch bzw. bei der Marknagelung, die für einzelne Fälle von Pseudarthrosen — vor allem des Oberschenkels — als überragende Methode angesehen werden muß, dartun. Die Marknagelung der Oberschenkel pseudarthrose ist, wie ich in mehreren Arbeiten im Zentralblatt für Chirurgie, im „Chirurgen“ und auf dem Wiener Chirurgenkongreß mitgeteilt habe, in besonders ausgewählten Fällen allen anderen osteoplastischen Operationen weit überlegen. Die Gefahr der Infektion kann unter „Penicillinschutz“ auf ein Minimum reduziert werden. Damit können noch zahlreiche desolate Fälle, die schon erfolglos mit Spanplastiken und dgl. angegangen waren, zu einem günstigen Ausgang gebracht werden. Das Penicillin hat also damit die Indikationsbreite der Marknagelung erweitert.

Die Amerikaner führen alle größeren Operationen an Knochen und Gelenken unter „Penicillin-Schutz“ durch, wie ich neulich beim Besuch eines Lazarettes feststellen konnte.

Bei **friedensmäßigen Infektionen** in der Chirurgie möchte ich vorweg betonen, daß sich auch in der Penicillinära an dem obersten Grundsatz: ubi pus, ibi incide! nichts geändert hat. Es gilt von dem Penicillin dasselbe wie von den Sulfonamiden. Das Penicillin hat nur dann eine günstige Angriffswirkung, wenn die Eiterungen guten Abfluß haben. Bei abgeschlossenen Eiterhöhlen dürfen wir selbst bei höchster Dosierung keinerlei Wirkung erhoffen. Das Panaritium aller Arten muß nach wie vor zuerst mit dem Messer angegangen werden und wird damit die Penicillinanwendung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle überflüssig machen. Auch die alten chirurgischen Grundsätze — wie Ruhigstellung u. a. m. — dürfen nicht außer acht gelassen werden. Bei der Phlegmone gelten dieselben Richtlinien. Wir dürfen z. B. nicht erwarten, daß eine übersehene oder ungenügend

eröffnete Subpektoralphlegmone — auch bei höchster Dosierung des Penicillin — zur Ausheilung kommen kann.

Für den Schweißdrüsenabszeß und die chronische Furunkulose gilt ähnliches. Was den großen Nackenkarbunkel mit Phlegmone beim Diabetiker anlangt, so hat sich die radikale Ausräumung mit dem elektrischen Messer am besten bewährt. In schweren Fällen ist jedoch die heilungsfördernde Wirkung des Penicillin in der Nachbehandlung unverkennbar.

Einen besonders eindrucksvollen und im Verlauf merkwürdigen Fall möchte ich näher beschreiben:

Ein fünfzigjähriger Mann wurde mit ausgedehnter Thoraxwandphlegmone in moribundem Zustand in meine Klinik eingewiesen. Es bestanden septische Temperaturen. Nach entsprechender Vorbehandlung (Transfusionen, Herz- und Kreislaufmittel) wurde die Phlegmone mit dem elektrischen Messer angegangen und gleichzeitig wegen der Sepsis Penicillin verabfolgt. Nach drei Tagen trat Entfieberung ein. Die Operationswunden sezernierten reichlich, zeigten jedoch frisches Aussehen. Als Kuriosum trat jedoch — sechs Tage nach der Operation und Beginn der Penicillinbehandlung — eine massive Bronchopneumonie auf und nach weiteren zehn Tagen — trotz Fortsetzung der Penicillinbehandlung — eine Pleuritis der anderen Seite. Pat. hat all die schweren Komplikationen überstanden. Wir hatten den bestimmten Eindruck, daß die Nachfolkrankheiten auf Penicillin nicht ansprachen, erst hohe Dosen von DEMA brachten Heilung.

Einen Fall, wobei die Penicillinwirkung ans Wunderbare grenzte, möchte ich kurz anführen. Wir gaben dabei das Mittel wegen der Hoffnungslosigkeit auch intralumbal:

Ein neunjähriger Kollegensohn wird mit einer seit 36 Std. bestehenden Bewußtlosigkeit mit fast 40 Grad Fieber eingewiesen. Der Junge hatte vor drei Tagen durch Fall aus großer Höhe einen Schädelbasisbruch erlitten. Seit 24 Stunden bestanden tonisch-klonische Krämpfe mit Reflexsteigerungen. An der Diagnose: posttraumatische Meningitis war kein Zweifel. Die sofort vorgenommene Lumbalpunktion ergab: 13 000/3 Zellen, starke Erhöhung des Liquordruckes. Sofortiger Beginn mit der Penicillinbehandlung nach folgendem Schema:

1. Injektion 30 000 Einheiten i. m., dann alle drei Stunden 20 000 Einheiten i. m., außerdem zweimal täglich 20 000 Einheiten intralumbal. Es wurde Wert darauf gelegt, daß jedesmal die Rückenmarkslüssigkeit, solange sie trübeitrig war, soweit als möglich abtropfte und durch dasselbe Quantum physiologischer Kochsalzlösung mit Penicillin ergänzt wurde. Unter Fortsetzung dieser Behandlung betrugen die Zellzahlen am zweiten Tag 464/3 und am dritten 416/3 Zellen. Am sechsten Tage wurde der Junge wieder ansprechbar, die Zellzahlen betrugen 100/3 Zellen, die septischen Temperaturen waren lytisch bis auf Werte um 37,5 bis 37,8 abgefallen. Nach siebenwöchigem Krankenhausaufenthalt konnten wir den Jungen geheilt und beschwerdefrei entlassen. Die Liquor war wieder klar, die Zellzahlen normal. Irgendwelche neurologischen Ausfallerscheinungen waren nicht vorhanden. Auch bei der drei Monate nach der Entlassung erfolgten Nachuntersuchung waren keine Restfolgen nachweisbar. Der sehr nervöse Junge wahr wohl in der Klinik etwas ruhiger, zeigte jedoch in dem gewohnten Milieu zu Hause wieder dieselbe Lebhaftigkeit.

Ich könnte ähnliche Fälle aus meiner Krankenhaustätigkeit in Krieg und Frieden noch beliebig anführen, möchte jedoch aus Raumersparnis darauf verzichten. Die Auswertung des Materials muß für vergleichend-statistische Zwecke vorgenommen werden, um unsere Erkenntnisse zu erweitern.

In der Bauchchirurgie wird man bei Eiterungen oder Perforationen wie seither auf die Operation nicht verzichten können. So müssen z. B. das Gallenblasenpyemie und die Geschwürsperforation des Magens oder Duodenums nach wie vor chirurgisch angegangen und damit die Infektionsquellen verstopft werden. Wenn Penicillin zugänglich ist, kann noch zusätzlich ein Versuch damit gemacht werden. Wiederholte Versager sah ich nach fortbestehender Cholangitis im Anschluß an Cholecystek-

tomie wegen Empyem. Der Versuch sollte jedoch gemacht werden. Im chirurgischen Schrifttum wird immer wieder auf günstige Erfolge hingewiesen. In einem besonders schweren Fall von Cholangitis enttäuschte das Mittel restlos. Erst die Anwendung von DEMA brachte rasche Beseitigung der in Intervallen auftretenden septischen Temperaturen und damit Heilung des Kranken. In solchen Fällen hat sich eine kombinierte Behandlung mit Sulfonamiden, am besten mit DEMA, sehr bewährt. Das Eingehen auf diese kombinierte Therapie würde jedoch den Rahmen der Arbeit überschreiten.

Die citrige Appendicitis oder der perityphlitische Abszeß müssen wie seither operiert und nach Lage des Falles drainiert werden. Ich gebe bei citriger Peritonitis nach Appendicitis perforata Peritonitisserum in großen Mengen in die freie Bauchhöhle und lege — ohne Absaugen des Exsudates und unter sorgfältiger Schonung der übrigen Bauchhöhle bei der Operation — eine Mikulicz-Drainage nach dem tiefsten Punkte der Eiterung. Besonders wichtig erscheint mir — und ganz besonders in der Kinderchirurgie wegen des Operationschocks —, daß die Operationsdauer auf ein Minimum reduziert wird. Es kam wohl in einzelnen Fällen nach Penicillinanwendung zu rascher Entfieberung, der sonstige Heilungsverlauf zeigte jedoch gegenüber zahlreichen anderen Fällen ohne Penicillinanwendung keine Besonderheiten. Ich glaube daher, die Ansicht vertreten zu können, daß wir bei dieser Erkrankung auf das Mittel verzichten können, um es geeigneteren Fällen vorzubehalten.

Bei Auftreten von Spät komplikationen nach Appendektomie wegen Appendicitis perforata scheint das Penicillin eine günstige Wirkung zu entfalten. So konnten wir eine septische Pfortaderthrombose, die 14 Tage nach Appendicitis perforata mit diffuser Peritonitis aufgetreten war, bei einem vierjährigen Kinde durch eine Gesamtdosis von 600 000 Einheiten Penicillin nach fünf Tagen zur Entfieberung und Heilung bringen. Auch hierbei erscheint die kombinierte Behandlung mit Sulfonamiden ratsam.

Bei der akuten Osteomyelitis des Wachstumsalters konnten wir nach Penicillingebrauch an einem großen Krankengut — in Gegensatz zu amerikanischen Autoren — meist keine oder nur geringe Heilerfolge feststellen. Die zu Beginn der Erkrankung oftmals bestehenden septischen Temperaturen gingen wohl nach einigen Tagen auf subfebrile Werte zurück, der Lokalbefund blieb jedoch ziemlich unverändert. Operative Eingriffe waren nicht zu entbehren. Die meist erst nach zwei bis drei Wochen feststellbaren, röntgenologischen Veränderungen zeigten gegenüber unbehandelten Fällen keinen Unterschied. Die oftmals ausgedehnten Knochenzerstörungen schienen durch das Penicillin nicht beeinflusst. Bedenklich war bei mehreren Kranken der Leukozytensturz auf Werte von 2000 bis 3000! Außerdem möchte ich noch auf eine besondere Tatsache hinweisen, daß bei der Osteomyelitis — auch nach völliger Entfieberung durch Penicillin — die Werte der Blutsenkungsgeschwindigkeit noch lange Zeit — oftmals wochenlang — sehr hoch blieben, was als feinsten Indikator für die Beurteilung entzündlicher Prozesse gewertet werden muß.

In der Unfallchirurgie behalten die Grundsätze der Erstversorgung einer Wunde ihre volle Gültigkeit. Die Wundauschneidung nach Friedrich oder die operative Wundversorgung nach Magnus sind unter allen Umständen vorzunehmen. Auf Penicillin kann dann meist verzichtet werden. Nur bei großen, verschmutzten Wunden, bei offenen Frakturen oder Gelenkverletzungen erscheint die Anwendung des Mittels — nach regelrechter Wundversorgung — indiziert.

Was die Dosierung anlangt, so wird man sich wohl an allgemeine Richtlinien halten können. Die Anwendungsweise und Dauer der Behandlung müssen jedoch dem Spezialfall angepaßt werden, eine kritiklose Schematisierung ist zu verwerfen.

Es erscheint mir grundsätzlich wichtig, daß der Penicillinblutspiegel rasch hochgetrieben wird und über die Dauer der Behandlung nicht absinkt. Eine verzettelte Dosierung ist — wie bei den Sulfonamiden — nicht ratsam.

Bei Erwachsenen hat sich eine Tagesdosis von 300 000 bis 500 000 Einheiten, verteilt auf dreistündliche Intervalle, am besten bewährt. Die Amerikaner geben meist die leichtere Menge. Das Mittel wird dabei im Regelfalle intramuskulär verabfolgt, kann jedoch auch intravenös oder intralumbal gegeben werden. Letztere Anwendungsweisen müssen für besondere Notfälle vorbehalten bleiben. Lokale Anwendung mag manchmal unterstützend wirken, der Effekt der sog. „Dauerbeträufelungen“ ist empirisch schwer zu erfassen.

Beim Kinde hat sich uns folgende Dosierung bewährt:

0—1 Jahr: Beginn mit 5 000 E. i. m., dann alle 3 Std. 4 000 E.
1—2 Jahre: Beginn mit 10 000 E. i. m., dann alle 3 Std. 8 000 E.
4—6 Jahre: Beginn mit 15 000 E. i. m., dann alle 3 Std. 10 000 E.
7—14 Jahre: Beginn mit 20 000 E. i. m.,
dann alle 3 Std. 12 000—15 000 Einheiten.

Bei intravenöser Dauertropfinfusion sollten je nach Alter auf ein Liter phys. Kochsalzlösung 20 000 bis 100 000 Einheiten Penicillin kommen.

Bei intralumbaler Anwendung (neben i. m. — Zusatzbehandlung): je nach Alter 10 000 bis 20 000 Einheiten intralumbal, höchstens zweimal täglich. Es ist dabei darauf zu achten, daß die abgelassene Liquormenge der zugeführten Menge an physiol. NaCl + Penicillin entspricht. Am besten hat sich bewährt, wenn in 1 ccm phys. NaCl 1 000 Oxford-Einheiten Penicillin aufgelöst werden.

Die Dauer der Behandlung muß sich nach dem Allgemein- und Lokalbefund des Erkrankten richten. Wir haben das Penicillin im allgemeinen nur noch ca. 24 Stunden nach der Entfieberung gespritzt. Dies vor allem aus Ersparnisgründen. Von amerikanischen Kollegen erfuhr ich, daß sie auch nach der Entfieberung oftmals noch tagelang aus „Sicherheitsgründen“ nachspritzen.

Das Penicillin ist eine sehr labile, organische Säure, die Salze bilden kann. Es wird zerstört durch Hitze, Säuren, Salze, Alkohol, Alkoholtinkturen, Schwermetalle, Wasserstoffsuperoxyd, Kaliumpermanganat, Formalin, Colibakterien u. a. m. Es verliert außerdem seine Wirksamkeit, wenn es 24 Stunden nach Auflösung in phys. NaCl oder dest. Wasser noch gebraucht wird. Die Anwendung des Mittels wird daher schon aus äußeren Gründen zunächst den Kliniken vorbehalten bleiben müssen. Eine besondere Sorgfalt ist daher bei der Lagerung und bei der Injektion (Kühlschrank, metallfreie Instrumente und metallfreie Spritzen) erforderlich. Eine Schweizer Firma hat jüngst eine Penicillinsorte (weiße Kristalle) herausgebracht, die im Gegensatz zu dem seitherigen Penicillin + Natriumsalz (gelbes Pulver) kaum mehr wärmeempfindlich sein soll. Damit würden die seither möglichen Schäden durch Transport und schlechte Aufbewahrung in Wegfall kommen.

Die von einzelnen Patienten geklagte Schmerzhaftigkeit an der Applikationsstelle will ich nur am Rande erwähnen. Irgend-

welche Infektionen oder gar Spritzenabszesse habe ich nicht gesehen.

Nicht wundernehmen kann es, wenn manche von den Patienten „selbst beschafften Penicilline“ bei der Anwendung keinerlei Wirksamkeit mehr entfalten. Man müßte bei Erfahrungsberichten darauf hinweisen und für die vergleichende Auswertung nur solche Krankheitsfälle bezeichnen, wo die Herkunft des Mittels einwandfrei feststeht.

Die Penicillinnebenwirkungen werden im in- und ausländischen Schrifttum im allgemeinen als geringfügig bezeichnet. Todesfälle sind m. W. nicht bekannt geworden. Ich selbst konnte — an einem großen Krankengut — nach Penicillinanwendung mehrere Male eine Urticaria, im besonderen jedoch eine hartnäckige Dermatitis feststellen. Diese Komplikationen sind jedoch — wie zwei mittelschwere Nephritiden — folgenlos abgeheilt. Schwerere Komplikationen sind — soweit ich das Schrifttum übersehe — eine große Seltenheit und spielen gegenüber den guten Heilerfolgen eine untergeordnete Rolle.

Trotzdem erscheint es mir auch aus diesen Gründen notwendig, eine sorgfältige Indikation vor Gebrauch des Mittels zu stellen.

Wegen der schweren Zugänglichkeit des Penicillin, was sich jedoch im letzten Jahr gebessert hat, soll nach bislang geltender Vorschrift vor Gebrauch zuerst ein Versuch mit einem „Sulfonamidstoß“ gemacht werden. Diese Forderung scheint jedoch auf Grund meiner Erfahrungen bei chirurgischen Infektionen ärztlich nicht vertretbar, da bei der oft wirkungslosen Sulfonamidvorbehandlung wichtigste Zeit für die eigentliche Penicillinbehandlung verloren geht. Man muß sich vielmehr primär die geeigneten Fälle aussuchen und diese dann rechtzeitig der Penicillinbehandlung zuführen.

Bei solch kritischer Indikationsstellung wird es auch unter den derzeitigen Gegebenheiten möglich sein, das Heilmittel in ausreichender Menge zur Verfügung zu haben. Dies vor allem, wenn nur wirklich lebensbedrohliche Erkrankungen ausgewählt und die sog. Bagatellinfektionen anderer Behandlung zugeführt werden.

Eine unnötige Behandlung sollte außerdem wegen der Gefahr der Schaffung sog. „penicillinresistenter Bakterienstämme“ vermieden werden, damit uns ähnliche Enttäuschungen, wie z. B. mit den Sulfonamiden, möglichst lange erspart bleiben.

Wir können Fehlschläge bei Anwendung des Mittels auf ein Minimum beschränken, wenn die Kenntnisse in der Penicillinbehandlung weiter zunehmen, Erfahrungsberichte ausgetauscht, neue Erkenntnisse in der Zusammensetzung der einzelnen Penicillinsorten erzielt werden und wenn damit das für uns so schwer zu beschaffende Mittel wirklich nur geeigneten und schweren Krankheitsfällen zugute kommt.

Anmerkung: Die Arbeit wurde vor längerer Zeit abgeschlossen und eingesandt. In der Zwischenzeit steht Penicillin in größerem Umfang zur Verfügung.

STIMMEN ZUR LAGE

Zur Frage der Änderung der Gebührenordnung.

„Langbein gibt folgenden Bericht: Den Anlaß zu dem Antrag (auf „Verbesserung der längst veralteten Gebührenordnung“) gab . . . die nötig werdende Erneuerung der (Kassen-)Verträge.“ „Schon bald vor einem Jahrzehnt hat die berufene Vertretung der Ärzte eine Umgestaltung der GebO. beantragt.“ „Der Vorstand trug vor: Ich glaube aussprechen zu sollen, daß der baldige Erlaß einer neuen GebO. der dringende und begründete Wunsch der württembergischen Ärzte ist.“ „Die Einbeziehung weiterer Kreise in die Kassenzugehörigkeit bedeutet eine weitere Einengung der ärztlichen Praxis.“ „Wer wird noch Privatpatient sein?“

Alle diese Zitate könnten neuesten Datums sein. Sie stehen aber im Jahrgang 1917 des Medizinischen Korrespondenzblattes für Württemberg in den Nummern 19 und 23.

Im ärztlichen Landesausschuß stand in der Sitzung vom 24. Mai 1917 die Neubearbeitung der damals gültigen Gebührenordnung zur Debatte. Der Senior des LA. hatte auf die Not-

wendigkeit hingewiesen, Leistungen hereinzunehmen, die in der bisherigen Taxe noch nicht vorkamen. Stoll, Blaubeuren, hatte in einem Aufsatz (Seite 203 obiger Nr.) u. a. im einzelnen ausgeführt, daß besonders der allgemeine und redaktionelle Teil veraltet war und Wörner, Gmünd, hatte im LA. dem Eßlinger Delegierten-Verband „mehr Rückgrat gewünscht, als er bisher gezeigt hatte“. So schienen namentlich durch Langbeins Darlegungen die Aussichten für das Werk recht günstig, aber — der Vertreter des Medizinalkollegiums erklärte, es sei ganz ausgeschlossen, daß diese Arbeit vom Medizinalkollegium jetzt geleistet werden könne (es war damals noch Krieg), obwohl die Gebührenordnung einer Neubearbeitung dringend bedürfe.

Immerhin wurde dann eine Kommission zur Abänderung der am meisten besserungsbedürftigen Sätze aufgestellt.

In Erinnerung an die damaligen, mit den heutigen Zeiten ganz parallelen Vorgänge möchte ich nun heute die Kollegen, die in nächster Zeit wieder einmal das Problem einer heute wieder dringend nötigen Neuordnung der ärztlichen Gebührenordnung bearbeiten müssen, u. a. besonders auf die schon

im Jahre 1917 endgültig gefaßten Beschlüsse hinweisen, in denen eine Erhöhung der Gebühr für allgemeine Verrichtungen beim Innenministerium beantragt wurde. Es handelte sich damals um die Festsetzung der Gebühr für den ersten Besuch mit 3 (bis 10) Mark, für jeden folgenden 1,50 (bis 5) Mark; für die erste Beratung 2 (bis 6) Mark. Daneben müssen, wie damals, wieder neue Verrichtungen in der Gebührenordnung Aufnahme finden, die in der alten nicht enthalten sind. Manche einzelne Ziffern sind zu revidieren, z. B. Nachtberatung auch bei

Pauschalbezahlung besonders zu honorieren, und schließlich ist bei den Kassen wieder möglichst Einzelhonorierung anzustreben.

Möge diesmal über der Neubearbeitung ein guter Stern walten und mögen namentlich bei der Vorlage der neuen Vorschläge bei der Medizinal-Abteilung des Innenministeriums Zeit und Arbeitskräfte zur Erledigung der Arbeit vorhanden sein!

Dr. Haas, Böblingen.

Bekanntmachungen

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG

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

Honorierung von Gutachten für das Oberversicherungsamt

Für solche Gutachten gilt die Verordnung des Staatsministeriums betreffend Gebühren der Ärzte, Zahnärzte und Hebammen für amtliche Verrichtungen vom 18. 8. 1924.

Schriftliche Gutachten für das Oberversicherungsamt sind nach I A 7 dieser Gebührenordnung mit 10.— bis 30.— DM zu honorieren, wenn es sich um ein „ausführliches, wissenschaftlich begründetes, nicht bereits bei der Vernehmung zur Niederschrift gegebenes Gutachten“ handelt.

Unsere Verhandlungen mit dem Oberversicherungsamt erzielten lediglich die Regelung, daß Gutachten in erster Instanz mit 10.— bis 20.— DM und Gutachten in zweiter Instanz (sogenannte Obergutachten) mit 20.— bis 30.— DM zu honorieren sind, zuzüglich Schreibgebühren und Porto. Das Oberversicherungsamt stellt dem Arzt anheim, den verlangten Betrag innerhalb dieser Spannen selbst in Rechnung zu setzen, bittet aber, nicht in jedem Fall den Höchstbetrag zu fordern.

Die genannte Gebührenordnung vom 18. August 1924 enthält weitere Positionen, auf die der Arzt bei der Rechnungslegung Bezug nehmen kann. Die Gebührenordnung wird hier vervielfältigt werden und steht dann den daran interessierten Kollegen zur Verfügung.

Eine Gutachterpflicht des Arztes kann aus dem § 407 der Zivilprozessordnung hergeleitet werden, sofern es sich um Inanspruchnahme durch das Oberversicherungsamt handelt.

Rechtzeitige Abgabe von Gutachten

Die Spruchkammern des Württ. Oberversicherungsamtes als Gerichte auf dem Gebiete der Sozialversicherung führen darüber Klage, daß Krankenhäuser und Ärzte zur Abgabe von Sachverständigengutachten unverhältnismäßig lange Zeit benötigen. Auf die Erstattung solcher Gutachten muß oft drei bis sechs Monate und auch länger gewartet werden. Das Oberversicherungsamt bittet die Ärzte, die Gutachten innerhalb Monatsfrist abzugeben. Denn es geht nicht an, daß die Aufgaben der Sozialgerichte durch ungewöhnlich langes Ausbleiben der erforderlichen Gutachten gehemmt werden, und daß die Kläger unangemessen lange auf eine Entscheidung ihrer strittigen Rentensache warten müssen.

Vom Oberversicherungsamt wird auch auf die oft recht säumige Behandlung von Anfragen der Spruchkammern seitens der handelnden Ärzte hingewiesen und auch darauf, daß Unterlagen häufig angeblich verlegt und erst auf wiederholtes Anfordern hin zurückgegeben werden.

Die Ärztekammer bittet die Herren Kollegen, diese Mängel, die vielfach kriegs- und nachkriegsbedingt sind, zu beheben, damit die in der Reichsversicherungsordnung vorgesehene Anwendung von Zwangsmitteln entbehrlich bleibt.

Malzextrakt

Nach einer von der Verwaltung für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten des Vereinigten Wirtschaftsgebietes Frankfurt/Main erlassenen Anordnung, ist die Abgabe von Malzextrakt ohne Bedarfsnachweis künftig unzulässig. Mit Wirkung vom 1. Oktober 1948 ist Malzextrakt auf Brotabschnitte der Lebensmittel-

karten (einschließlich der Zulagekarten) und auf Brotreisemarken im Verhältnis 1:1 abzugeben. Die Vorlage eines ärztlichen Attestes ist nicht mehr erforderlich.

Bekanntmachung des Innenministeriums über die Aufnahme von Geisteskranken in die staatl. Heilanstalten des Landesbezirks Württemberg

Vom 14. Oktober 1948 Nr. X 2708.

Nach § 12 des Statuts der Staatsirrenanstalten vom 20. März 1899 (Reg. Bl. 249) sind die Anträge auf Aufnahme von Geisteskranken in eine staatliche Heilanstalt bei der Direktion der Anstalt schriftlich unter Anschluß folgender Unterlagen einzureichen:

1. Geburts- oder Taufschein des Kranken;
2. ein Zeugnis des Bürgermeisters über Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Kranken und seiner Angehörigen;
3. ein auf persönlicher Untersuchung beruhendes ärztliches Zeugnis;
4. die Zustimmungserklärung der nächsten Angehörigen, sowie, wenn ein solcher aufgestellt ist, des Vormunds des Kranken;
5. eine Verpflichtungserklärung über die Kostentragung, die beglaubigt sein muß, wenn sie nicht von einer Behörde ausgestellt ist.

Die Einlieferung von Kranken kann erfolgen, wenn die Heilanstalt der Aufnahme zugestimmt hat. In dringenden Fällen werden jedoch auch Kranke unter vorläufiger Vorlage der in § 15 des Statuts genannten Unterlagen sofort aufgenommen. Im Falle des Widerspruchs der Zustimmungsberechtigten kann die Einweisung durch das Landratsamt nach § 16 des Statuts erfolgen, wenn zunächst ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes und eine Kostenverpflichtungserklärung beigebracht werden.

Für die Unterlagen Nr. 2—5 bestehen besondere Vordrucke, die teilweise neu gefaßt worden sind. Sie können bei den Formulardruckereien W. Kohlhammer, Stuttgart, und E. Kaiser in Salach bezogen werden.

In letzter Zeit sind Kranke häufig ohne die erforderlichen Aufnahmebelege in die Heilanstalten eingeliefert worden. Die Aufnahme und Behandlung der Kranken sowie die Feststellung des zur Tragung der Kosten Verpflichteten werden dadurch sehr erschwert. Die nachträgliche Einholung der Unterlagen stößt häufig auf Schwierigkeiten. Die Bürgermeister- und Gesundheitsämter, im Falle der behördlichen Einweisung nach § 16 des Statuts auch die Landratsämter, werden daher ersucht, dafür besorgt zu sein, daß die Aufnahmeanträge für Kranke möglichst rechtzeitig vor der Einlieferung unter Anschluß aller notwendigen Unterlagen bei den zuständigen Heilanstalten gestellt werden. Die Gesundheitsämter werden ersucht, die Krankenanstalten und praktischen Ärzte von dieser Bekanntmachung zu unterrichten.

In Vertretung (gez.) Kiefer.

VITA: Fred Mielke, geb. 25. 6. 1922 in Breslau
Dr. Otto Ralsch, geb. 24. 10. 1900 in Stuttgart
Dr. Haas, geb. 4. 4. 1874 in Eßlingen

Diesem Heft ist je eine Prospektbeilage der Firma Sturm & Co. G.m.b.H., Chemisch-Pharmazeutische Fabrik, Hamburg 4, über „Diplomycol“ und der Firma Dr. Ivo Deiglmayr Chem. Fabr. Nachf. München 25 über „Cholaktol“ beigelegt.

U.S.-W.1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32. Für den Anzeigenteil: Ferdinand Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstraße 77. Auflage 8 000, Ausg. Nov. 48.