

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1948

12 (1.12.1948)

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 12

STUTTGART, DEZEMBER 1948

3. Jahrgang

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Dr. Neuffer: Der Arzt, seine Berufung und seine Berufsvertretung	73
Dr. Dobler: Gemeinschaftsaufgaben der deutschen Ärzteschaft auf dem Gebiete des Gesundheitswesens	77
Tagungsberichte	82
Buchbesprechungen	82
Bekanntmachungen	84
Ärztekammer Nord-Württemberg	84
Ärztekammer Baden (US-Zone)	86

Der Arzt, seine Berufung und seine Berufsvertretung

Referat auf dem 51. Deutschen Ärztetag in Stuttgart am 16. Oktober 1948

Von Dr. med. Hans Neuffer

Wenn wir die Frage stellen, was die Berufung des Arztes sei, so gibt uns der erste Paragraph der Reichsärzterordnung die entscheidend wichtige Antwort: „Der Arzt ist zum Dienste an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen. Er erfüllt eine durch dieses Gesetz geregelte öffentliche Aufgabe. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.“ Damit ist der Arzt im Unterschied von anderen freien Berufen aus der Gewerbeordnung herausgenommen und ihm eine öffentliche Aufgabe zugewiesen worden, die seinem Wesen und seiner Verantwortung entspricht. Der einzelne Arzt ist also nach deutschem Gesetz offizieller Träger des Gesundheitsdienstes.

Um der öffentlichen Berufung zum Dienste an der Gesundheit gerecht zu werden, muß das *Wesen des Arztes* klar erfaßt werden. Wo immer ein Kranker nach dem Arzt ruft, wird ein *Vertrauensverhältnis* lebendig; wo ein Arzt einen Kranken in Behandlung nimmt, muß das Herz zu sprechen beginnen. Unser schwäbischer Landsmann Paracelsus von Hohenheim beginnt deshalb seine Beschreibung über den Arzt mit den Worten: „Aus dem Herzen wächst der Arzt.“ In seinem Buch „Arzt und Kranker“ beschreibt Viktor v. Weizsäcker die ärztliche Tätigkeit auf folgende Weise: „Das Geschäft des Arztes ist das am meist begrenzte, privateste aller Geschäfte. Seine Handlung ist persönlich, intim, ja kleinweltbürgerlich und zwischen vier Wänden den Blicken sich entziehend.“ Diese Auffassung ist nicht etwa ein Rückfall in eine romantische Vergangenheit, sondern einmal eine alte Wahrheit und zugleich das Ergebnis der modernsten wissenschaftlichen Forschung. Die moderne Naturwissenschaft hat den krassen Materialismus eines Haeckel oder die starre Zellulärpathologie eines Virchow überwunden und die Realität der immateriellen Kräfte durch das Experiment bewiesen. In der Medizin haben die seelischen Ursachen der Krankheiten ein ganz anderes Gewicht bekommen. Die Einwirkung der seelischen Bewegungen — wie Freude oder Kummer, Zuversicht oder Angst, Vertrauen oder Mißtrauen — und alle sonstigen z. T. unbewußten seelischen Stimmungen auf die körperlichen Vorgänge können nach der heutigen ärztlichen Erfahrung gar nicht hoch genug bewertet werden. Die neue Richtung in der

Pathologie, wie sie von unserem deutschen Pathologen Riker und dem Russen Speransky vertreten wird, sieht den Angriffsort der pathologischen Reize im Gegensatz zu Virchow nicht in der Zelle, sondern im Neurikon und seinem System. Riker bemerkt dazu: „Das nervöse System ist das System, das als einziges in Wechselwirkung mit dem psychischen Teil des Menschen steht und deshalb befähigt ist, der Persönlichkeit des Arztes im Verkehr mit dem Kranken eine diesem wohlthuende Kraft zu verleihen.“ Wo diese Tatsachen mißachtet werden, ist die ärztliche Aufgabe nicht erfüllt. Die Begeisterung für die Technisierung der Medizin und die Massenbehandlung, wie sie in den Polikliniken der Ostzone bei Ärzten und Patienten herrschen soll, wird deshalb bald verklingen, es sei denn, daß dort der Mensch als eine körperlich-seelische Persönlichkeit überhaupt ausgelöscht werden soll.

Bei jeder ärztlichen Tätigkeit muß dem Arzt der *ranke Mensch in seiner Dreigestalt — Leib, Seele und Geist — vor Augen stehen*. Medizinische Technik und Organisation dürfen bei der ärztlichen Behandlung nicht die Stelle einnehmen, sondern immer nur Mittel zum Zweck bleiben. Jeder ranke Mensch erlebt seine Krankheit für sich selbst und anders als der Mitranke, der im gleichen Zimmer liegt und vielleicht sogar die gleiche Krankheit hat. Das möge man sich doch auch immer wieder in unseren großen Kliniken und Krankenanstalten vom Chefarzt bis zum jüngsten Famulus vor Augen halten. Ärztlich gesehen gibt es keinen *Krankenbetrieb*, kein *Krankenmaterial*, auch kein *Krankengut*, nicht einmal Krankheiten, sondern *nur ranke Menschen* in ihrer subjektiven Verschiedenheit. Diese Erkenntnis muß von den Ärzten auch auf das ärztliche Hilfspersonal ausstrahlen und als der gute Geist im Krankenhaus walten. — Um dem Kranken gerecht zu werden, muß deshalb der richtige Arzt in seinen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch seine Seele mitschwingen lassen und so handeln, wie die Chinesen es mir in eine Abschiedsadresse geschrieben haben: „So verschieden die chinesische und die westliche Medizin auch sein mögen, in einem sind sie gleich: Der rechte Arzt trägt die Krankheiten seiner Kranken wie auf dem

eigenen Herzen.“ Es ist eine tödliche Mitgift der naturwissenschaftlichen Entwicklung der Medizin, daß sie diesen seelischen Untergrund jeder ärztlichen Tätigkeit im Laufe der Zeit fast ganz außer acht gelassen hat. Unsere Kranken wünschen von uns Ärzten nicht nur eine richtige Diagnose oder ein wissenschaftlich begründetes Rezept oder einen erfolgreichen chirurgischen Eingriff, sondern sie verlangen, daß wir *Zeit* für sie haben, uns mit ihnen beschäftigen und ihre Not als die unserige erfahren. Das geschieht am besten durch eine gründliche Anamnese, bei der der Kranke *Zeit* hat, seine innere und äußere Krankheitsgeschichte vor uns auszubreiten. Überfüllte Wartezimmer sind dafür keine günstige Vorbedingung. Es ist mir aber auch unverständlich, daß manche Chefärzte klinischer Abteilungen gar nicht genug Betten unter ihrer Leitung vereinigen können. Die Folge davon ist, daß der einzelne Kranke sich nur noch als „Nummer“ fühlt und das persönliche Vertrauensverhältnis nicht entstehen kann. Der Anklang, den die nichtärztlichen Heilbehandler vielfach finden, ist zum größten Teil darin begründet, daß sie diese wichtige Heilmethode benützen, während die Ärzte sie vor lauter Wissenschaft und Technik hintersetzen oder vernachlässigen. Paracelsus endigt seinen weisen Spruch über den Arzt mit den Worten: „Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe!“ *Liebe ist eine der fruchtbarsten seelischen Funktionen.* Liebe hat nämlich die *Zeit* und die *Kraft*, eine Last, die den anderen drückt, auf die eigenen Schultern zu nehmen. Diese Liebe müssen wir in irgendeiner Form in jede ärztliche Anordnung hineinmischen, wenn wir den Kranken das sein wollen, was sie brauchen und von uns erwarten.

Es liegt in der Natur der Sache, daß solche inneren Beziehungen zwischen Arzt und Kranken nur in der Sonne der *Freiheit* gedeihen können; ungestört von außen müssen Arzt und Patient zueinander finden. *In völliger Freiheit muß der Kranke seinen Arzt wählen, in völliger Freiheit aber auch der Arzt — dem Künstler gleich — für jeden Kranken den besonderen Weg der Heilung zu gestalten suchen.* Durch den freiwilligen persönlichen Einsatz des Arztes, bei dem Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden, soll eine andere — kranke — Persönlichkeit an Leib und Seele gesunden. Niemand als nur die ärztliche Kunst und das ärztliche Gewissen dürfen hier zu Wort kommen. Keine Behörde und keine Institution dürfen dieses persönliche Verhältnis stören: weder Staat noch Gesetz, weder politische Partei noch irgendeine öffentliche oder private Körperschaft können dem Arzt seine Verantwortung für den Kranken abnehmen. Würde der Arzt z. B. der Dienstanzweisung einer Gesundheitsbehörde unterworfen, so verlöre er nicht nur seine individuelle Freiheit, sondern müßte auch die Bürokratisierung der Heilkunst und die Überwachung seiner ärztlichen Tätigkeit durch obrigkeitliche Organe dulden. Verbeamtung und Sozialisierung sind beide in gleicher Weise der Tod der Freiheit des Kranken und des Arztes. Schon unter der heutigen Form der Krankenversicherung ist es dem Arzt oft erschwert, dem Kranken das zu geben, was ihm gegeben werden sollte. Da die ärztliche Behandlung von der Krankenversicherung „in natura“ gewährt wird, wird automatisch die *persönliche* Leistung des Arztes nur als *Sache* gewertet und damit den Gesetzen der Wirtschaftlichkeit unterworfen. Allerlei dazu notwendige Bestimmungen hemmen die freie Entfaltung der ärztlichen Tätigkeit. Das muß bedenkliche Wirkungen auf das Arzt-Kranken-Verhältnis und damit auf den Erfolg der ärztlichen Tätigkeit haben, was sicher nicht im Sinne der Krankenversicherung liegt. Die französische Krankenversicherung hat diesen Fehler vermieden. Die vier Forderungen der Ärzte nach Freiheit in der *Arztwahl*, Freiheit in der *Verordnung*, Freiheit in der *Honorarvereinbarung* und Aufrechterhaltung der *Schweigepflicht* sind in der französischen Krankenversicherung in vollem Maße erfüllt. *Der ärztliche Beruf ist also an die Entwicklung einer freien Persönlichkeit gebunden, die der inneren Berufung zum Arzt im Interesse des Kranken treu bleiben muß.* Er kann weder verbeamtet noch sozialisiert werden.

In diesem Zusammenhang kann die Bedeutung der *Entlohnung* der ärztlichen Bemühungen nicht unerwähnt bleiben. Nicht umsonst spricht man von einem ärztlichen *Honorar*, d. h. auf

deutsch, eine geldliche Entschädigung für die ärztlichen Bemühungen, die als eine *Ehrensache* anzusehen ist. In früherer Zeit war es Sitte, daß der pater familiae seinem Hausarzt ein- oder zweimal im Jahre eine Geldsumme überwies, die er als Ausgleich für die Bemühungen des ärztlichen Hausfreundes für angemessen hielt. Darin kommt zum Ausdruck, daß die *Entlohnung* für die ärztliche Tätigkeit mit der *ideellen Auffassung* vom Arzt in *Einklang* stehen muß. Wir wollen dabei ganz unberücksichtigt lassen, daß bei einem lebensrettenden Eingriff die ärztliche Kunst mit Geld gar nicht aufzuwiegen ist. Man hat aber den Eindruck, daß die Öffentlichkeit die Opfer an *Zeit* und *Gesundheit*, die der Arzt in seinem Berufe bringen muß, für selbstverständlich hält. Wenn man hohe Anforderungen an die ideale Berufsauffassung des Arztes stellt, dann muß man ihm auch eine gewisse wirtschaftliche Unabhängigkeit als Entgelt zugestehen. Ein Arzt, der große wirtschaftliche Sorgen hat, kann sich nicht voll für seine Kranken einsetzen. Er kommt außerdem in die Gefahr, aus wirtschaftlichen Interessen sein Berufsethos zu verletzen und die ärztliche Kunst und Autorität um Geld zu verkaufen. Der Arzt muß ja nicht nur für sich und seine Familie den Lebensunterhalt erarbeiten, sondern auch durch regelmäßige Fortbildung auf der Höhe des medizinischen Fortschrittes bleiben. Alles das bringt bedeutende Auslagen mit sich, die der Öffentlichkeit nicht bewußt sind. Der *reiche Arzt* ist eine *Erscheinung der Vergangenheit*. Es mag ihn in Form von Fachärzten besonders an Krankenhäusern noch geben, unter den praktischen Ärzten ist er fast ausgestorben. Bei Besprechung dieser Frage wird vor allem von seiten der Sozialversicherungsträger immer wieder der Fehler gemacht, das Bruttoeinkommen des Arztes zum Vergleich heranzuziehen; die hohen Praxisunkosten des freien Arztes, die zur Zeit etwa 50 Prozent und mehr des Bruttoeinkommens betragen, fallen unter den Tisch. So entsteht ein völlig falsches Bild. — Es war mir interessant, vor kurzem die Reaktion eines höheren Beamten zu erleben, die sich von einem ungläubigen Lächeln über ein offensichtliches Erstaunen zu einer ausgesprochenen Verurteilung steigerte, als ich ihm die Gebühren nannte, die dem Arzt vor allem für seine Tätigkeit in der Sozialversicherung heute zukommen können. Das vor einigen Tagen in der „Stuttgarter Zeitung“ veröffentlichte Arztgespräch hat die Notlage der Ärzte in dramatischer Weise zu schildern versucht. Andere Notschreie häufen sich in den Geschäftsstellen. Daß die Ärzte wirtschaftlich noch nicht noch schwerer betroffen sind, hat seinen Grund lediglich darin, daß ihnen aus der ärztlichen Tätigkeit bei den Ersatz- und Privatkrankenstellen noch Einnahmen zulassen. Nachdem aber heute die Krankenversicherung schon zwei Drittel der Gesamtbevölkerung umfaßt und die privaten Einnahmen nach dem Währungsschnitt sehr zurückgegangen sind, wird die Lage immer unhaltbarer. Leistung und Entlohnung stehen in keinem gesunden Verhältnis mehr zueinander. Eine Revision der Gebührenordnung und verständnisvolle Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen über eine bessere Entlohnung der kassenärztlichen Tätigkeit sind nicht mehr zu umgehen. Seit dem Erlaß der heute noch gültigen Preußischen Gebührenordnung, die auf einer Regelung des Jahres 1815 (!!) beruht, und dem Pauschalabkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen aus dem Jahre 1932 dürften sich sowohl die wirtschaftlichen Verhältnisse, als auch die ärztlichen Behandlungsmethoden einschneidend verändert haben.

Dem inneren Wesen der ärztlichen Berufung muß auch die *ärztliche Berufsorganisation* entsprechen. Darüber hat der letzte 50. Deutsche Ärztetag in Köln am 18. Juni 1931 unter dem verdienten Geheimrat Stauder entscheidende Beschlüsse gefaßt:

I. „Die öffentliche Aufgabe, die der Arzt erfüllt, erfordert auch eine Organisation in der heutigen Form der Kammer als einer staatlich anerkannten Berufsvertretung, um sowohl innerhalb der Ärzteschaft als auch den Behörden gegenüber das notwendige Gewicht zu haben.“ Wenn das in Ländern mit einer anderen politischen Entwicklung, wie England oder USA, nicht notwendig ist, so hat das darin seinen Grund, daß die Ärzteschaft in diesen Ländern durch *Tradition* ein hohes An-

schen sowohl in der Öffentlichkeit als auch von staatlichen Stellen genießt. Jeder Arzt, der etwas auf sich hält, bemüht sich deshalb um die Mitgliedschaft bei den Medizinischen Gesellschaften und die staatlichen Stellen unternehmen in Fragen der Gesundheitspolitik nichts ohne vorher den Rat dieser freiwilligen Organisationen gehört zu haben. So war z. B. die Britische Medizinische Gesellschaft (British Medical Association) während des Krieges beauftragt, den gesundheitlichen Notdienst im ganzen Lande einzurichten und zu bestimmen, wer von den Ärzten der Wehrmacht zur Verfügung gestellt oder wer im zivil-ärztlichen Dienst verwendet wird. Bei uns liegen die Verhältnisse anders. Freie Vereinigungen scheinen im allgemeinen in Deutschland — anscheinend auch durch Tradition — weder die nötige Achtung zu genießen noch das erforderliche Gewicht zu haben; deshalb ist eine öffentliche Rechtsstellung der ärztlichen Berufsvertretung nicht zu umgehen.

II. Da alle Ärzte eine öffentliche Aufgabe im Gesundheitsdienst erfüllen, müssen auch alle der Ärztekammer angehören. Eine nur freiwillige Mitgliedschaft würde keinen Sinn haben. Schon im Jahre 1925 hat derselbe Geheimrat Stauder bei dem Ärzteschaftstag in Passau sein Referat über die bayerische Ärzteordnung mit folgenden Worten begonnen: „Unsere bayerische ärztliche Ständesorganisation beruht in ihren Grundrechten auf der Allerhöchsten Verordnung vom Juli 1895. Dieselbe gab unseren bestehenden Vereinen und den Ärztekammern der acht bayerischen Kreise die Rechte von Körperschaften des öffentlichen Rechts, litt aber von Anfang an unter der im Laufe der Jahrzehnte immer mehr als schädlich für die Entwicklung des ärztlichen Standes bemerkbaren Freiwilligkeit des Beitritts zu denselben. Die Folge davon war, daß alle zweifelhaften Elemente unter den Ärzten den Bezirksvereinen fernblieben und ungehindert durch die Ständeauffassung und Ständesordnung, den Begriffen der Ehrengerichtsbarkeit entzogen, in der Art ihrer Berufsausübung eigene Wege gehen konnten, die mit der Auffassung des Standes unvereinbar waren.“ Dieser Satz gilt auch noch heute. Bei der Vielzahl der Ärzte, die in den vergangenen Jahren nur aus Opportunitätsgründen diesen Beruf gewählt haben und über ihr materialistisches Denken nicht hinauskommen, kann nur eine straffe Organisation erreichen, daß die Spreu vom Weizen geschieden wird und ein reines Arztamt erhalten bleibt. *Die persönliche Freiheit muß dort ihre Grenzen finden, wo das Wohl der Kranken gefährdet ist. Höchste Freiheit besteht in der Beschränkung und der Zucht, die eine Person oder ein Berufsstand aus höherer Einsicht sich selbst freiwillig auferlegt.* Das ist der Sinn und Zweck der ärztlichen Berufsorganisation.

III. Wo für den Arzt das Wohl des Kranken das oberste Gesetz ist, muß die ärztliche Tätigkeit sich im Rahmen einer von der Berufssitte geschaffenen *Berufsordnung* abspielen. Die deutsche Berufsordnung für Ärzte ist aus dem eigenen Verantwortungsgefühl und der eigenen Initiative der Ärzte entstanden und entspricht den Beschlüssen der freien Deutschen Ärzteschaft. *Berufssitte bildet sich, sie kann nicht angeordnet werden.* Man kann die Pflichten eines Staats- oder Gemeindebeamten durch eine Dienstanweisung oder die Pflichten eines Militärarztes durch eine Dienstordnung regeln, nicht aber die Pflichten freier Männer, die ihren Beruf unabhängig und nur dem eigenen ärztlichen Gewissen verantwortlich ausüben müssen. Stellt der Staat die Berufsordnung selbst auf, so entwertet er sie und stellt ihre freudige Befolgung in Frage; er nähert die Stellung des freien Arztes der eines Beamten oder Angestellten oder eines Sanitätsoffiziers, ohne ihm im übrigen die Sicherheiten und den Schutz zu bieten, die mit den Bedingungen dieser Berufe verbunden sind. Man kann nicht einem freien geistigen Berufe, der wie kaum ein anderer zur demokratischen Selbstverwaltung befähigt und berufen ist, eine Fessel nach der anderen anlegen, ohne die edelsten und stärksten Kräfte, die ihm innewohnen, zu zerstören und ohne die Freiheit der Berufsausübung zu gefährden. *Die Berufsordnung muß für alle gelten. Wer das nicht will, der soll nicht Arzt werden.* Es ist im übrigen sehr beachtlich, daß die ärztliche Berufssitte keine Ländergrenzen kennt. Die Berufsordnung der französischen Ärzte,

die eben jetzt neu erlassen worden ist, deckt sich fast wörtlich mit der deutschen und ist letzten Endes in dem alten hippokratischen Eid verankert, den die deutsche Ärzteschaft in Form eines Gelöbnisses jedem Arzt neu zur Pflicht gemacht hat.

Bestandteil der Berufsordnung ist auch die *Facharztordnung*. Auch ihr Erlaß kann nicht Aufgabe des Staates sein. Die Anerkennung als Facharzt hat mit der Approbation nichts zu tun, sie gibt ihrem Inhaber lediglich das Recht, sich als Facharzt zu bezeichnen. Die Facharztordnung beschränkt das Recht des Arztes, sich eine beliebige *Bezeichnung*, beizulegen, sie dient dem Schutze des Kranken, der davor bewahrt werden soll, einen Arzt als Facharzt in Anspruch zu nehmen, der die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt.

Um die Regelung des Facharztwesens hat sich in Deutschland der Staat bisher niemals gekümmert. Die freie Ärzteschaft selbst hat eine Ordnung geschaffen, die sich hervorragend bewährt und stets die allgemeine Anerkennung gefunden hat.

IV. Um die Berufsordnung durchzuführen und über ihre Einhaltung zu wachen, bedarf es einer *Berufsgerichtsbarkeit*. Das *ärztliche Berufsgericht* muß in seiner ärztlichen Zusammensetzung von der *Gesamtheit der Ärzte gewählt* und für alle Ärzte *verpflichtend sein*. Der Staat ist durch die Bestellung des Vorsitzenden und eines oder zweier richterlicher Beisitzer daran beteiligt. Im übrigen aber ist das Gericht völlig unabhängig in seinen Entscheidungen, wenn auch die Berufsordnung eine wichtige Grundlage des materiellen Rechtes bildet. Ein Berufsgericht, bei dem die nicht-ärztlichen richterlichen Beisitzer überwiegen, entspricht keineswegs dem Sinn der Sache, es handelt sich ja nicht darum, ein Sondergericht für Ärzte zu schaffen, sondern nur darum, Verstöße gegen die ärztliche Sitte zu ahnden. *Was aber ärztliche Sitte ist, das kann nur von Ärzten beurteilt werden* und nicht von einem Außenstehenden. Die Berufsorganisation hat keinen Einfluß auf das Berufsgericht, sie ist nur an der Funktion desselben aufs höchste interessiert, um ein hohes ärztliches Ethos zu erhalten. Wie nötig das gerade in solchen demoralisierten Zeiten wie der unserigen ist, braucht man niemanden zu erläutern. *Wohl der Kranken* — also ein öffentliches Interesse — *fordert gebieterisch die Berufsgerichtsbarkeit*, sie ist ja nur zum *Schutze der Kranken* und nicht zum Schutze des Arztes eingerichtet.

V. Wenn wir Ärzte aber von unseren Berufsgenossen ein hohes Ethos verlangen, dann müssen wir in der Berufsorganisation selbst auch unsere *sozialen Verpflichtungen gegen arbeitsunfähige und unverschuldet in Not geratene Ärzte* und ihren Angehörigen erfüllen. Es ist schon etwas Besonderes, daß die Ärzte wohl als einziger Berufsstand die Last der Fürsorge für die alten und arbeitsunfähigen Berufsgenossen und ihre Familien schon immer auf sich genommen haben. *Was für ein Segen* ist von den *Versorgungs- und Unterstützungskassen der Ärztekammern* schon *ausgegangen*; ein Bündel von brieflichen Zeugnissen könnte hier vorgelegt werden! *Um so härter* ist aber auch die *Wirkung der Währungsreform auf diese Wohlfahrtseinrichtungen*. Die Mittelungen, die uns auch hierüber vorliegen, sind erschütternd. Die Ärzteschaft hat sich aber trotz der eigenen schweren finanziellen Lage nach der Währungsreform nicht in Protesten und Verhandlungen bei Behörden erschöpft, sondern die schwere Belastung auf sich genommen und den Beitrag für die sozialen Leistungen um das Zehnfache erhöht, um die notleidenden Ärzte und ihre Familien auch unter den neuen Verhältnissen unterstützen zu können. Heute ist es fast so, daß zirka vier bis fünf niedergelassene Ärzte für einen fürsorgebedürftigen Unterstützungsempfänger aufkommen müssen. Es kommt darin das gleiche Motiv der Fürsorge zum Ausdruck, das den Arzt auch sonst in seinem Berufe bewegt. Aber auch diese Einrichtungen sind nur möglich und stabil, wenn alle Berufsgenossen dabei mithelfen. Von dieser sozialen Verpflichtung darf sich keiner ausschließen, so wenig wie sich ein Staatsbürger der geforderten Steuer entziehen kann.

VI. Für die Mitarbeit in der Krankenversicherung braucht die Ärzteschaft eine besondere Form der ärztlichen Organisation: die *Kassenärztliche Vereinigung*. Die Spannung, die früher zwischen den Trägern der Sozialversicherung und der Ärzteschaft

lange Zeit bestanden hat, hatte ihre letzte Ursache darin, daß die Ärzte zunächst an dem Aufbau der Sozialversicherung überhaupt nicht beteiligt worden sind. Auf die Besonderheiten der ärztlichen Berufstätigkeit ist deshalb zum Schaden der Versicherten und der Ärzte nicht Rücksicht genommen worden. — Wir werden oft von führenden Vertretern der Sozialversicherung gefragt, ob wir den Gedanken der Sozialversicherung überhaupt bejahen. Die Antwort ist sehr einfach:

Der mit den vielen Nöten seiner Mitmenschen vertraute Arzt bejaht selbstverständlich die helfende Fürsorge des Staates oder der Gesellschaft für diejenigen, die sich nicht selbst helfen können. Wir bejahen die *Solidarität eines Volkes* in dem Sinne, daß die leistungsstärkeren Glieder den leistungsschwächeren beistehen. Wir *verneinen* aber eine Sozialversicherung, die jeden ohne Rücksicht auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit in die Versicherung zwingt. Wer in der Lage ist, selbst für die Wechselfälle des Lebens vorzusorgen, soll daran durch eine Zwangsversicherung nicht gehindert werden. *Der Wille und die Fähigkeit zur Selbstbehauptung* darf als gesunde menschliche Regung nicht geschwächt, sondern muß gestärkt werden. — Wir halten auch jede Form der Krankenversicherung für falsch, die das Wesen der ärztlichen Tätigkeit nicht genügend berücksichtigt. Die neue Form der französischen Sozialversicherung vom 19. Oktober 1945 beteiligt die Kranken mit 20 Prozent an den Unkosten und hat damit die freie Beziehung zwischen Arzt und Patient ungestört gelassen. Bei einer Reform der Sozialversicherung müßte leidenschaftslos geprüft werden, was wir daraus zu lernen haben. *Wie die neue Form der deutschen Sozialversicherung aber auch ausfallen mag, eines fordern die Ärzte jedenfalls mit vollem Recht, daß berufene Vertreter der Ärzte von Anfang an bei der Neugestaltung in der gleichen Weise teilnehmen wie die Versicherungsträger.* Eine neue Sozialversicherung, vor allem Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invaliden- und Rentenversicherung ohne die *tätige Mitwirkung der Ärzteschaft*, die ja bei der Durchführung die wichtigste Rolle spielt, wäre ein *totgeborenes Kind*.

Für die Beibehaltung der seitherigen Form der Berufsorganisation haben sich in der amerikanischen Zone etwa 80 Prozent aller Ärzte ausgesprochen. In der *französischen Zone* wird der Bildung von Ärztekammern von seiten der Militärregierung überhaupt keine Schwierigkeit gemacht. In der *britischen Zone* sind die Ärztekammern schon grundsätzlich genehmigt. Nur in der Ostzone sind die Ärztekammern ganz aufgelöst. Die Ärzte haben dort nur die Möglichkeit, innerhalb der Gewerkschaft für Arbeiter, Angestellte und Beamte ihre Berufsinteressen zu vertreten. Die *amerikanische Militärregierung* will der Ärztekammer die Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Zwangsmitgliedschaft und die Berufungsgerichtsbarkeit nicht zuerkennen, weil es der amerikanischen Auffassung von Demokratie nicht entspräche und in Amerika andere Einrichtungen bestehen. Nach unserer Überzeugung geht aber die Militärregierung dabei von falschen Voraussetzungen aus. Wir Deutsche können nur in den demokratischen Formen leben, die unserem Wesen, unserer geschichtlichen Entwicklung und unseren eigenen Bedürfnissen entsprechen. Die Ärztekammer muß sich keine obrigkeitlichen Befugnisse an. Für die Militärregierung war anscheinend der größte Stein des Anstoßes die Tätigkeit der Ärztekammer bei der Niederlassung. Die Erteilung der Niederlassungsgenehmigungen haben die Kammern aber seit 1945 (und zwar im Auftrage der Fachministerien und im Einverständnis der Militärregierung) nur als vorübergehende Notaufgabe bearbeitet. Die eigentlichen Aufgaben der Ärztekammer sind ethischer, wissenschaftlicher und sozialer Art:

1. die Sorge für eine *sittlich* hochstehende Ärzteschaft und für die Erfüllung der Berufspflichten, wie sie in der Berufsordnung niedergelegt sind;
2. die Förderung der ärztlichen Ausbildung und Fortbildung, um einen *wissenschaftlich* hochstehenden Arztstand zu erhalten;
3. die Sorge für ein *gedeihliches Zusammenarbeiten* der Ärzte untereinander und die *Schaffung* von Fürsorgeeinrichtungen

für Ärzte im Falle des Alters, der Invalidität oder eines sonstigen *sozialen* Notstandes.

Auf diese Aufgaben kann die Ärzteschaft nicht verzichten, da sie nicht nur im eigenen, sondern vor allem im Interesse der Kranken liegen. Wir brauchen die Selbstverwaltung unseres freien ärztlichen Berufes in den Formen, die sich im Laufe der Jahrzehnte bestens bewährt haben. Die *demokratischen Grundsätze sind dabei bewahrt*, da die entsprechenden Gesetze von der Volksvertretung beschlossen, die Organe der Berufsorganisation nach demokratischen Grundsätzen gewählt werden und die Aufsicht von dem zuständigen Fachministerium durchgeführt wird. Der Arzt ist ein *freier Beruf*, darin wünscht die Ärzteschaft keine Änderung. Wir *wehren* uns deshalb gegen eine *Bevormundung* unseres *freien Standes* durch *obrigkeitliche Stellen*, wie es von amerikanischer Seite immer wieder gefordert wird. Aus dem Nürnberger Ärzteprozeß haben wir unsere Lehre gezogen. Wir wollen keiner staatlichen Organisation oder Institution unterworfen werden, die die Freiheit unseres ärztlichen Handelns in eine falsche Richtung lenken könnte. — Auch der Eintritt in die *Gewerkschaft* ist für die Ärzte nicht möglich. Sie sind keine Arbeitnehmer und können von der schärfsten Waffe der Gewerkschaft, dem Streikrecht, keinen Gebrauch machen, weil das Wohl des Kranken dies verbietet. Die Gewerkschaft ist also kein passendes Kleid für den Arzt, ganz abgesehen davon, daß in der gewerkschaftlichen Bewegung allzu leicht politische Momente eine Rolle spielen können, die unter allen Umständen aus der Berufsvertretung der Ärzte herausgehalten werden müssen. Ich schließe diesen Teil meiner Ausführungen mit der bekannten Mahnung des alten Cicero:

Videant consules, ne quid detrimenti capiat res publica!

Mögen die verantwortlichen Volksvertretungen und Behörden darauf acht haben, daß das öffentliche Wohl keinen Schaden nimmt!

Das sind unsere Forderungen nach außen. Wir können sie aber nur mit innerer Berechtigung und mit Erfolg vertreten, wenn wir auch die Forderungen erfüllen, die wir *an uns selbst* zu stellen haben. Eine ernste Bedrohung unserer beruflichen Freiheit besteht durch die *Lethargie* in unseren eigenen Reihen. Wir dürfen der Entwicklung der ärztlichen Berufsvertretung nicht gleichgültig gegenüberstehen. Jeder seiner Berufung bewußte Arzt sollte es für seine Pflicht halten, eine Zeitlang einen Teil seiner Arbeitskraft für die Berufsvertretung einzusetzen. Es darf nicht an Männern fehlen, die in den Kreisärzteschaften, in den Kammern, in den Ausschüssen, in den Berufsgerichten positive Mitarbeit leisten. Es genügt nicht, nur über die Maßnahmen der Berufsvertretung zu schimpfen, wenn man nicht bereit ist, es besser zu machen. Wer vom Wesen des echten Arztiums durchdrungen ist, muß einmal mit ganzer Hingabe seine Kranken versorgen, er muß aber auch die Fackel einer dem Wesen des Arztes entsprechenden Berufsorganisation hochhalten und sie wie bei einem Stafettenlauf einer kommenden Generation weiterreichen.

Es handelt sich dabei ja nicht um eine politische Aufgabe, sondern um die Bewahrung eines Berufsideals, das im Interesse der Kranken und des Arztes erhalten bleiben muß und deshalb kein politisches Streitobjekt sein kann. Aus diesem Grunde brauchen wir auch die *Geschlossenheit* und *Einheit* der Ärzte. So verschieden auch die politischen und privaten Ansichten der Ärzte sein mögen, so muß doch allen Ärzten die Erhaltung der Berufsidee heilig sein. Selbst die schweren wirtschaftlichen Spannungen, die heute alle Ärzte, besonders aber die nicht niedergelassenen, betreffen, haben bis jetzt das Zusammengehörigkeitsgefühl nicht zu sprengen vermocht. Die große Mehrheit der nicht niedergelassenen Ärzte hat sich geschlossen in die Reihen der alten Kollegen gestellt und kämpft mit ihnen um die Erhaltung der beruflichen Selbstverwaltung. Sie ist sich bewußt, daß die Jungärzte von heute die Altärzte von morgen sein werden. Jung und alt ist in der Kammer, den Vorständen und Ausschüssen gleichberechtigt vertreten. Alle Niederlassungen und Zulassungen sind in gemeinsamen Beratungen entschieden worden. Die Kammern setzen sich zusammen mit dem „Marburger Bund“ — Vereinigung angestellter Ärzte — dafür ein, daß die für das Wohl der Pa-

tienten notwendige Zahl von Assistenzarztstellen an den Krankenhäusern geschaffen und die ärztliche Leistung entsprechend bezahlt wird.

Wir brauchen aber nicht nur Interesse für die Berufsvertretung und die einmütige Geschlossenheit in unseren Reihen, sondern auch eine *Uertiefung unseres Berufslebens*. Die Wirkung einer brutalen und gottlosen Weltanschauung und die allgemeine Verwilderung der Sitten sind auch am Arztstand nicht spurlos vorübergegangen. Können wir das stolze Wort Homers noch auf uns anwenden: *εἰς ἰατρὸς γὰρ ἀνὴρ πολλῶν ἀντάξιός ἄλλων*, d. h. der Arzt ist ein Mann, der viele andere aufwiegt?

Der Ruf zur Besinnung ist überall laut geworden. Auch in diesem Raum haben sich schon allerlei Stimmen zu diesem Thema hören lassen. Unsere modernen Dichter wie Reinhold Schneider, Rudolf Alexander Schröder und Bergengruen haben uns mit prophetischer Gewalt gemahnt. Der letztere hat seine Gedichtsammlung „DIES IRAE“ = Tag des Zornes, mit dem lauten Appell geschlossen: Völker der Erde *μετανοεῖτε!*

Völker der Erde, ändert eure Gesinnung!

Haben wir diese innere Umkehr nicht bitter nötig? Der hippokratische Eid ruft die Götter Asklepios und Hygieia an und beweist damit, daß man unseren hohen Beruf ohne göttliche Bindung nicht ausüben kann. Die Ereignisse unserer jüngsten Vergangenheit und der heutige Gesamtzustand der Welt sollten uns darüber belehren, daß wir ohne religiöse Erneuerung aus dem Abgrund nicht mehr herausfinden, in den wir gefallen sind. Um das ganz klar zu machen, muß ich den schon zweimal angeführten Spruch unseres Paracelsus in seinem vollen Wortlaut zitieren:

„Am Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er, des natürlichen Lichtes ist er, der höchste Grund der Arznei ist die Liebe!“

Daß der wahre Arzt mit dem „Herzen“ wirken muß, habe ich schon ausführlich besprochen. Das genügt aber nicht. — Paracelsus fährt fort „aus Gott geht er“. Alle und besonders wir Ärzte müssen zur rechten Erfüllung unseres Berufes an Gott gebunden sein, an den Schöpfer alles Lebendigen, durch den alles lebt, webt und ist, und dem wir Verantwortung schuldig sind. Die ärztliche Wissenschaft, das eigene Wissen, das Volk oder die staatliche Ordnung genügen als höchste Instanz nicht. Wir müssen uns außerweltlichen — den göttlichen — Ordnungen unterwerfen. Das ist Religion. — Aber enthebt uns die Religion etwa der kritischen Forschung? Keineswegs! Paracelsus fährt fort: „des natürlichen Lichtes ist er“. Wir haben die Pflicht, mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln in die Geheimnisse der Natur einzudringen. Unermüdlich und unerbittlich streng muß unsere *wissenschaftliche Forschung* sein. Sie verbietet jede my-

stische Scharlatanerie, zugleich aber auch jeden einseitigen Dogmatismus; denn die Natur in ihrer Vielgestalt muß unsere Lehrmeisterin bleiben. — Aber so nüchtern unser ärztliches Denken und Handeln auch sein muß, *Stückwerk* wird unser *Wissen* immer bleiben. Deshalb darf es nie allein stehen, sondern muß von den *warmen Schwingungen der Seele* begleitet sein, die mit dem einen Arm nach Gott greift und mit dem anderen in dieser Welt sich im Dienste müht. Das kommt auch in dem schlichten, aber tief sinnigen Bekenntnis des großen Physikers Ampère zum Ausdruck, das ich vom letzten Württembergischen Ärztetag her noch einmal wiederhole. Ampère hat im Alter von 42 Jahren — drei Jahre vor seiner epochemachenden Veröffentlichung über die Theorie der Elektrodynamik — also in der Vollkraft seiner wissenschaftlichen Arbeit — folgendes erklärt:

„Studiere die Dinge dieser Welt, es ist die Pflicht Deines Berufes, aber schau sie nur mit *einem* Auge an, Dein *anderes* Auge sei beständig auf das *ewige Licht* gerichtet!

Hörche auf die Gelehrten, aber nur mit *einem* Ohre!

Schreibe nur mit *einer* Hand, mit der *anderen* halte Dich am Gewande Gottes, wie ein Kind sich am Gewande seines Vaters hält, ohne diese Vorsicht würdest Du unfehlbar Dein Haupt an einem Fels zerschmettern.“

Meine verehrten Damen und Herren, meine lieben Kollegen! Ich könnte mir denken, daß mancher diesen letzten Teil meiner Ausführungen als einen heute nicht mehr vertretbaren utopischen Idealismus ablehnt. Die Wirklichkeit sähe doch ganz anders aus. Ich bin ganz der gleichen Meinung. Die Wirklichkeit sieht tatsächlich ganz anders aus. Sie sieht aber gerade deshalb so trostlos anders aus, weil wir das Verantwortungsgefühl vor Gott weitgehend verloren haben. Wohin wir damit kommen, zeigt die Geschichte des Menschen anschaulich bis zur erschütternden Gegenwart: „In öden Fensterhöhlen wohnt das Grauen.“ — Die Menschen sehnen sich nach Frieden und Ordnung, aber die Welt steht am Rande eines Chaos. Es ist der Säkularismus, der sie dahin gebracht hat; Säkularismus als der praktische Ausschluß Gottes aus dem menschlichen Denken und Leben ist nach meiner Überzeugung die Wurzel der Schwierigkeiten der heutigen Welt. Der Weg zum Frieden führt nur über die Überwindung der säkularistischen Weltanschauung zum Ziel. Eine Renaissance, die wir alle wünschen, kommt nur durch den Geist, sagen wir es deutlich durch den göttlichen Geist, der unser persönliches und gemeinschaftliches Leben durchpulst. Es handelt sich nicht darum, die Schwierigkeiten der politischen, ökonomischen und sozialen Fragen wegzuzaubern, sondern sie zu inspirieren.

Gemeinschaftsaufgaben der deutschen Ärzteschaft auf dem Gebiete des Gesundheitswesens

Referat auf dem 51. Deutschen Ärztetag in Stuttgart am 16. Oktober 1948

von Reg.Med.Dir. Dr. D o b l e r

Die deutsche Ärzteschaft steht in mannigfachen Wechselbeziehungen zu anderen Berufen und Einrichtungen, denen die Sorge um Gesundheit und Wohlfahrt unserer Bevölkerung obliegt. Die Wege zu diesem gemeinsamen Ziel sind aber da und dort auseinandergegangen und haben sich oft in unfruchtbare Gefilde des Mißverstehens verloren. Die gemeinsame Not unseres Volkes sollte uns jedoch zusammenführen und nicht noch mehr entzweiten, als dies schon durch äußere Mächte geschehen ist.

Es ist eine tragische aber folgerichtige Entwicklung, daß das große Werk der deutschen Sozialversicherung, im Entstehen schon mehr durch politische als durch sozialärztliche Kräfte gestaltet, durch den Bankrott des vergangenen Regimes in seinem Bestehen heute hart bedroht ist. In einer Zeit der Not, in welcher unser Volk einer Gesundung und sozialen Fürsorge dringender bedarf denn je.

Denn es ist in breiten Schichten sozial wie gesundheitlich gefährdet und krank. Außer unserer Sprache und Kultur, unserem Elend und dem festen Willen, dennoch ein geeintes Volk zu bleiben und nicht unterzugehen, ist uns fast nichts Gemeinsames mehr geblieben.

Die unheilvolle Zerspaltung, in der wir durch weltpolitische Spannungen gehalten werden, wirkt sich an unserem ganzen Volkskörper aus: an seiner innerpolitischen, seiner wirtschaftlichen, seiner sozialen und seiner gesundheitlichen Lage.

Der Währungsschnitt läßt dies auch den Einfältigsten mit einer brutalen Härte fühlen, die gerade die Alten und Sozialrentner am unbarmherzigsten trifft. Aber auch die kulturell wichtige Schicht der freiberuflich tätigen Bevölkerung ist in ihrem Fortbestand bedroht.

Mit Anklagen und unfruchtbarer Kritik wird nichts besser. Es tut uns aber not, aus Fehlern und Fehlentwicklungen der Vergangenheit zu lernen, um einen tragfähigen Baugrund für die notwendige Neugestaltung unserer Sozialeinrichtungen zu finden.

Die deutsche Ärzteschaft war durch den Gesetzgeber einstmals nicht herangezogen worden bei der Schaffung der *Sozialversicherung*, einer Einrichtung, die sich zu immer größerer Bedeutung für das ganze Volk entwickelt hat und doch zu ihrer Verwirklichung auf Schritt und Tritt ununterbrochen die Tätigkeit und Mitarbeit des Arztes beansprucht. Diese Unterlassung hat der Ärzteschaft und der Sozialversicherung gleichermaßen geschadet und vielfach Unfrieden zwischen beiden gestiftet, keinem zum Nutzen, am wenigsten dem Kranken. Dies darf sich nicht wiederholen.

Mag sein, daß die Epoche des Strebens nach größtmöglicher individueller Freiheit, die der deutsche Mensch in den letzten Jahrhunderten zu erreichen suchte, durch den nivellierenden Einfluß der Technik und Zivilisation mit ihrer gefährlichen Entwurzelung des Einzelnen überhaupt zu Ende geht, um einer Entpersönlichung und Vermassung zuzuführen, wie wir sie andernorts schon erleben.

Auf keinem Gebiet würde aber diese Entwicklung so tiefgreifende und zerstörende Folgen haben wie auf dem der ärztlichen Gewissensfreiheit und der Freiheit des Kranken, sich den Arzt seines Vertrauens zu wählen. Wo der Arzt nicht mehr in Ehrfurcht vor dem Schöpfer des Lebens, aus Liebe zum Kranken, aus innerster Berufung, dem Leidenden zu helfen handelt; wo er sich anderen Zielen und Befehlen untertan machen läßt, da wird er unfrei und zum Verräter am wahren Arztum, zum Helfershelfer des Moloch Staat, für den der Mensch nur noch Produktionskraft, notfalls Kanonenfutter ist.

Diese Erkenntnis, durch die Erlebnisse des letzten Jahrzehntes aufs neue bestätigt, verpflichtet uns, auf dem ureigensten Gebiete der Menschlichkeit in Fürsorge und Hilfe für den schwachen und leidenden Menschen die Forderung nach Erhaltung seiner persönlichen Freiheit nachdrücklich zu erheben und die Lösung der sozialen Frage nicht durch eigensüchtige Machtkämpfe zu erstreben.

Es kann nicht Aufgabe dieses Referates sein, den fertigen Plan einer Patentlösung unserer *Sozialreform* auf den Tisch zu legen. Es muß erst eine Atmosphäre des Verstehens und Vertrauens geschaffen werden, in der eine solche Neugestaltung heranwachsen kann in gemeinsamer selbstloser Arbeit aller Beteiligten.

Die deutsche Sozialversicherung in ihrer alten Form trägt dem ärztlichen Denken und Handeln wenig Rechnung und ist damit zu einer Schicksalsfrage für den Arztstand geworden: den verantwortungsvollen Arzt führt sie stündlich und täglich in Konflikte zwischen dem hilfeschreitenden Kranken, der sich dem Arzt seines Vertrauens aufschließt, und der Forderung der Kasse, Berichte und Beurteilungen über den Patienten zu erhalten, die den Arzt bis zur Preisgabe der Diagnose und damit des Berufsgeheimnisses zwingen. Die französische und die britische Sozialversicherung haben beide diesen Fehler vermieden.

Der unbedenkliche und geschäftstüchtige Kassenarzt aber erniedrigt sich zum Kassenscheinsammler auf Kosten des gewissenhaften. Er wird dazu verleitet durch die Art der Entlohnung seiner ärztlichen Arbeit, die trotz zunehmender Teuerung der Lebenshaltung immer geringer wurde: für einen Besuch und Untersuchung des Kranken in dessen Wohnung erhält der Kassenarzt, wenn man das Kopfpauschale in die Einzelleistung umrechnet, heute weniger als ein ungelerner Arbeiter für den gleichen Zeitaufwand. Das durchschnittliche steuerpflichtige Jahreseinkommen aus Kassenpraxis lag bei der Hälfte der Kassenärzte in Württemberg-Hohenzollern im Jahre 1947 schon unter 5000 RM; das Einkommen aus Privatpraxis beträgt bei den meisten württembergischen Praktikern zur Zeit kaum 20 Prozent des Kassenhonorars.

Dabei sind nach einer Aufstellung der britischen Zone bei vermehrter ärztlicher Gesamtleistung die Ausgaben der dortigen

Krankenkassen für ärztliche Behandlung von 25,2 Prozent der Gesamtausgaben im Jahre 1932 auf 17,2 Prozent im Jahre 1947 gefallen.

Der Kassenlöwe und der Rentenneurotiker, um nur zwei Beispiele zu nennen, sind gleichermaßen Erscheinungen, die eine vernünftige Reform der Sozialversicherung vermeiden muß. Sie kann es nur, wenn sie dem Arzt den Platz einräumt, der ihm die freie vollverantwortliche Ausübung seines Berufes auch in der Kassenpraxis ermöglicht und ihm eine seiner Leistung gerechte Honorierung zugestehet, wie dies in jedem anderen Beruf selbstverständlich ist.

Der beste Arzt ist für die Arbeit in der Sozialversicherung eben gut genug. Er ist, richtig gesehen, aber auch der wirtschaftlichste Arzt für die Kasse.

Wenn Gesetzgeber und Träger der Sozialversicherung der Aufgabe des Arztes das rechte Verständnis entgegenbringen, das wir durch unseren heutigen Ärztetag fördern wollen, dann wird die Ärzteschaft auch die volle Verantwortung mittragen.

Deren Aufgaben werden künftig größer sein als je. Unser verarmtes Volk wird weitergehende Leistungen beanspruchen als seither. Die Mittel, sie zu erfüllen, werden beschränkt sein. Ohne eine verständnisvolle und willige Mitarbeit der Ärzteschaft wird die Sozialversicherung ihren Mitgliedern nicht den notwendigen Schutz geben können, der im harten Lebenskampf heute wichtiger ist als jemals zuvor.

Ich muß hier mit wenigen Worten auf die *Gesundheitslage* unserer Bevölkerung eingehen, wie sie sich uns Ärzten heute darstellt: Deutschland befindet sich in der Situation eines Rekonvaleszenten von schwerer Krankheit der Seele und des Leibes. Er ist eben dem Tode mit Aufbietung letzter Kraft entronnen, kann sich aber, in seiner Widerstandskraft tief erschöpft, nicht in einer gesunden Umwelt erholen. Er bleibt im Gegenteil pausenlos dem härtesten Existenzkampf ausgeliefert und damit, selbst gefährdet, eine dauernde Gefahr für seine Nachbarn.

Eine englische Nachrichtenstelle hat zwar vor einigen Wochen eine tröstliche Statistik veröffentlicht, nach welcher die Gesamtsterblichkeit in der britisch besetzten Zone im letzten Jahr geringer war als in den Jahren vorher.

Nun ja, die Toten sterben nicht noch einmal; Krieg und Nachkriegszeit haben grausam gesiebt: Im Jahre 1939 sind in Berlin bei einer Bevölkerung von 4,3 Millionen 62 000 Menschen gestorben, vom 1. Juli 1945 bis 30. Juni 1946 nach amtlicher Feststellung bei kaum 3 Millionen Einwohnern 132 000, also mehr als das Zweieinhalbfache auf die gleiche Einwohnerzahl umgerechnet. Die Sterblichkeit der Kleinstkinder betrug hierbei das Siebenfache, die der Rentner das Vierfache gegenüber der Vorkriegszeit.

Man muß mit Statistik recht vorsichtig sein, soweit sie nicht von ganz klaren und vergleichbaren Begriffen ausgeht. Ein französischer Forscher hat einmal mit Recht gesagt: sie sei die eleganteste Form der Lüge.

Ich will Ihnen deshalb keine schön gemalten Kurven zeigen, sondern nur kurz sagen, was wir in der Sprechstunde und in ärztlicher Arbeit an unseren Heimkehrern täglich erleben: Die seelische und körperliche Leistungsfähigkeit auch des organisch nicht Kranken ist durch Not und Schrecken der Kriegszeit und die nun schon viele Jahre andauernde Unter- und Fehlernährung ganz allgemein wesentlich herabgesetzt, die Widerstandsfähigkeit gegenüber den Anforderungen und Gefahren des Lebens beeinträchtigt, die Anfälligkeit Gesundheitsschädigungen gegenüber vermehrt.

So berichten unsere Chirurgen übereinstimmend, daß Operationssterblichkeit und die Häufigkeit von Komplikationen gegen früher außerordentlich angestiegen sind. Besonders groß ist die Gefährdung unserer Ostheimkehrer, bei denen wir uns die ersten vier Monate vor jeder nicht lebensnotwendigen Operation scheuen, da sie einfach keine Widerstandskraft mehr haben.

Große Sorge macht uns die Zunahme der *Tuberkulose*. Dr. Schrag berichtet, daß die Zahl der den Gesundheitsämtern bekannten an aktiver Tuberkulose erkrankten Kinder

Württemberg-Badens in den letzten zwei Jahren sehr stark angestiegen ist. Dabei ist doch Württemberg dank seiner gesunden wirtschaftlichen und sozialen Struktur krisenfester als viele Länder des Westens und Nordens in Deutschland.

Wir haben in den letzten Jahren eine erschreckende Anfälligkeit gegen Tuberkulose festgestellt, die am eindrucksvollsten in einer Reihe von Kinderepidemien in unserem Land in Erscheinung trat, die wir seit der Besetzung erlebten und wie wir sie in dieser Schwere früher nie zu sehen bekommen haben. So sind in einem Ort durch eine an offener Tuberkulose leidende Kindergärtnerin von 87 Kindern 47 an aktiver Tuberkulose erkrankt. In einem anderen Kindergarten wurden durch eine Kinder-schwester von 145 Kindern 129 mit Tuberkulose infiziert und 70 krank.

Diese Beispiele mögen Ihnen zeigen, wie groß die Gefahr einer Ausbreitung der Tuberkulose, besonders unter den Kleinkindern, bei den heutigen Wohn- und Lebensverhältnissen ist.

Eine beträchtliche Rolle spielt hierbei auch die Verseuchung unserer Rinderbestände mit Perlsucht. Ihre Sanierung ist aber eine Frage volkswirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Dänemark hat seine Rindertuberkulose in 20 Jahren von 40 auf 4 Prozent verringert; in USA ist kaum mehr $\frac{1}{2}$ Prozent der Rinder perlsuchtkrank. Uns bleibt in unserer schlechten Wirtschaftslage zunächst nur übrig, alle Milch, die für Säuglinge und Kinder bestimmt ist, kurz abzukochen.

Daß wir darüber hinaus in der Calmetteimpfung einen wertvollen Schutz gegen Erkrankung unserer Säuglinge und Kinder haben, wurde uns auf der Tagung der Deutschen Tuberkulosegesellschaft, die in Wiesbaden Anfang Oktober stattfand, durch umfassende Berichte dänischer und schwedischer Tuberkuloseärzte überzeugend dargelegt.

Auch unter den Jugendlichen im Entwicklungsalter rafft die Schwindsucht viele Opfer dahin. Die Lungentuberkulose der aus Kriegsgefangenschaft Heimkehrenden ist ungewöhnlich bösartig und trotz oft jeglicher Behandlung. Die chirurgische Tuberkulose ist unter ihnen viel häufiger geworden. Fast ein Viertel der Kriegsverwundeten in unseren Versorgungstuberkuloseheilstätten leidet an Tuberkulose der Knochen und Gelenke und bedarf Jahre der Behandlung und Pflege zur Wiederherstellung einer oft genug nur beschränkten und lange neu bedrohten Arbeitsfähigkeit: eine kaum tragbare Soziallast bürdet die TBC. damit unserem verarmten Volk auf. Allein in unserer Heilstätte Ried liegen zur Zeit 16 tbc-krankte Ärzte, die sich meist unter schlechten hygienischen Verhältnissen im Beruf infiziert haben.

Unter der verelendeten Masse der Flüchtlinge und Vertriebenen wird durch noch nicht erfaßte offene Tuberkulose die Seuche von Ort zu Ort verschleppt. Um so mehr, als unter ihnen durchschnittlich doppelt so viel offene Tuberkulose sind als unter den Altbürgern. Wieder zeigt so die Tuberkulose als Schwester der Hungersnot ihre enge Verflochtenheit mit allen wirtschaftlichen und sozialen Problemen. Aber auf diese Fragen wird ja Herr Griesbach noch eingehen.

Neben der Tuberkulose ist es vor allem der Einbruch der *Geschlechtskrankheiten* in unser Volk, der zu einer Gefährdung breiter Schichten geführt hat. Seelische Haltlosigkeit und wirtschaftliche Not haben ihnen den Boden bereitet. Ihre Ausbreitung ist, abgesehen von schon irreparablen Folgen für den einzelnen wie für die Generationsfähigkeit des Volkes, heute noch doppelt so groß als in der Vorkriegszeit.

Wenn wir entgegen allen Befürchtungen trotz der Kriegswirren, trotz des Einstromens von Millionen von Flüchtlingen, trotz Ernährungs- und Wohnungselend von den alten Kriegsseuchen (Typhus, Ruhr, Fleckfieber, Pocken und Cholera) verschont bleiben, so danken wir dies den Erkenntnissen und Fortschritten der ärztlichen Wissenschaft und dem Einsatz einer auch im Zusammenbruch pflichtgetreu gebliebenen Ärzteschaft und Medizinalverwaltung. Sie haben nie aufgehört, ihrer Verantwortung bewußt mit den Organisationen der Sozialversicherung zusammen ihren entscheidend wichtigen Dienst am Volk unter schwersten Lebensbedingungen weiter zu tun. Dies muß einmal klar anerkannt

werden; ebenso, daß die ärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung nie ernstlich gefährdet war.

Auf einem anderen, für Gesundheit und Leistung nicht weniger wichtigen Gebiet aber, als es die eigentlichen Volksseuchen sind, hat bisher sowohl die ärztliche Kunst und Arbeit als auch die Tätigkeit der Sozialversicherung weitgehend versagt: ich meine das breite Feld der sog. „Zivilisationsschäden“, auf das uns die vorwiegend technische und industrielle Entwicklung des letzten Jahrhunderts geführt hat. „Berufsschäden“ gab es schon immer, auch in Zeiten wenig entwickelter Zivilisation. Die Fortschritte der Technik aber, auf die der Mensch des letzten Jahrhunderts noch so stolz war, die zunehmende Beherrschung der Naturkräfte, deren bedrohliche Hybris nun allmählich auch dem „modernen“ Menschen aufdämmert, haben sich nicht eben segensreich auf unser Leben ausgewirkt.

Wir rasen in Autos und Schnellzügen über die Erde — haben wir denn aber Zeit gewonnen? Wie viele von uns haben noch einen Feierabend, wie ihn unsere Väter ehrten?

Es ist nicht verwunderlich, daß die Unrast und Geheitztheit unseres Lebens schon bei der Jugend und im mittleren Lebensalter schwere psychische, nervöse und Kreislaufschäden hervorruft, die sich auf Lebensgefühl und Leistung folgenscher auswirken. Durch Kreislaufstörungen bedingte Krankheit und Arbeitsunfähigkeit belasten die Sozialversicherung mehr als die Tuberkulose! Ein Viertel aller Todesfälle sind heute kreislaufbedingt.

Wir wohnen, um alle Bequemlichkeit der Neuzeit zu haben, in Großstädten, die uns in Unrast und Lärm zwängen. Kaum hat der Bombenhagel diese Gräber unserer Volkszahl unter unzähligen Menschenopfern zerschlagen, so strömen schon wieder Millionen in die verheerten Großstädte zurück. Die Forderungen der ärztlich geleiteten *Wohnungshygiene* dürfen von Staat und Gemeinden nicht länger überhört werden. Seit 30 Jahren sind sie in der Charta von Athen international anerkannt und festgelegt. Verpassen wir die Gelegenheit einer vernünftigen Neuordnung nicht, die wir mit so viel Blut und Elend bezahlt haben.

Ich habe diese Volksseuchen und Schäden, die ich in ihrer Ausbreitung und Auswirkung ja nur kurz skizzieren konnte, herausgenommen aus dem Querschnitt der gesundheitlichen Situation unseres Volkes, um Ihnen zu zeigen, daß die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, die seitherigen Organisationen, die Bemühungen der Sozialversicherung und die Fortschritte der ärztlichen Wissenschaft und Heilkunst diese Schäden nicht verhindern noch abstellen konnten.

Hat es an Gesetzen gefehlt? Ich glaube nicht. Verordnungen, die nicht befolgt werden, haben wir genug und übergenug. Es fehlte der lebendige Geist, der das Notwendige verwirklicht, und es fehlt an der Anpassung und Zusammenarbeit.

Seit dem Jahre 1883, der Einführung der Sozialversicherung, hat die *medizinische Forschung* große Fortschritte gemacht. Beschneider gesagt: es sind große Irrtümer durch kleinere ersetzt worden. Auch die Krankenbehandlung hat sich entscheidend weiterentwickelt. Die Untersuchungsmethoden haben sich dabei vervielfältigt, die Behandlungsarten verfeinert und weitgehend spezialisiert. Unsere Erkenntnisse ermöglichten es, einen neuen Zweig ärztlicher Arbeit auszubauen: die soziale Fürsorge, d. h. den Schutz der Gesunden und Gefährdeten vor Erkrankung und Schaden. Dies erweitert und vertieft das Arbeitsgebiet des Arztes wesentlich, erfordert aber auch sehr viel Zeit und technisches Können. Eine große Zahl gut ausgebildeter junger Ärzte steht für diese neuen Aufgaben zur Verfügung.

Das Gesundheitswesen hat sich in dieser Entwicklung gespalten in die *öffentliche Gesundheitspflege*, welche eine gemeinsame gesellschaftliche Regelung erfordert und daher meist durch beamtete Ärzte ausgeübt wird, und in die eigentliche Heilbehandlung, die ein persönliches Vertrauensverhältnis zwischen Kranken und Arzt zur Grundlage hat und dementsprechend dem frei beruflichen Arzt verblieben ist.

Auch die in der öffentlichen Gesundheitspflege tätigen Medizinalbeamten sind aber auf die rege Mitarbeit der freipraktizierenden Ärzte angewiesen.

Die Beamtenstellung macht zwar den Arzt weitgehend unabhängig von wirtschaftlichen Sorgen, schaltet ihn aber auch oft vom gesunden, leistungssteigernden Wettbewerb aus. Denn der Maßstab für die Tätigkeit des Arztes ist bei Behörden und Kranken ein verschiedener. Als Arztbeamter ist häufig der am besten angeschrieben, der gute organisatorische Fähigkeiten hat. Dabei wird dann leicht die Form über die persönliche ärztliche Leistung gestellt. Schwer erhält sich der beamtete Arzt die volle Berufsfreude in dem Maß wie der freipraktizierende, der die persönlichste Verantwortung für jeden seiner Kranken trägt.

Erwarten wir also nicht das Heil von Verbeamtungen und neuen Gesetzen. Die erlassenen sind ausreichendes Handwerkszeug für den, der damit umzugehen weiß. Die Erneuerung muß aus anderem Geiste kommen. Die Starre unseres öffentlichen Gesundheitswesens muß gelockert werden: der Amtsarzt aus seiner Isolierung als Medizinalbeamter, in die er häufig geraten ist, herausfinden und wieder ein im Leben und Leid stehender Arzt werden: dem die freie Ärzteschaft in selbstgewählter Verpflichtung und vollem Vertrauen zur Seite steht. Er muß diese Fühlung suchen und wahren und der Arzt der Praxis muß wissen, daß er im Amtsarzt einen mit seinen Nöten und Schwierigkeiten vertrauten Kameraden hat, der Arzt und nicht Bürokrat ist.

Auch in den Beziehungen zwischen *Ärzterschaft und Sozialversicherung* muß ein Wandel eintreten.

Es ist kein Zweifel, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Kranken und Arzt durch die Krankenversicherung in ihrer seitherigen Form weitgehend gestört und erschwert wurde: sonst würde der Versicherte in dem „Vertrauensarzt“ der Kasse nicht so selten den Arzt seines Vertrauens erblicken, mag dieser noch so tüchtig und korrekt sein. Man nehme dies Krankheitssymptom nicht leicht. Es weist uns auf einen tiefliegenden Schaden im Organismus der Krankenversicherung hin.

Auch der behandelnde *Kassenarzt* muß sich oft genug dem Mißtrauen des Kranken aussetzen, wenn er dessen oft recht anspruchsvollen Wünsche nicht erfüllen kann, ohne mit der Kasse in Konflikt zu kommen. Die Sozialversicherung hat, so unbestritten ihre Notwendigkeit und segensreiche Arbeit im ganzen gesehen ist, eben auch zu Zivilisationsschäden geführt. Ich brauche nur an die vorher kaum bekannte und heute so verbreitete Rentensucht zu erinnern, ganz zu schweigen von der Belastung durch Bagatellfälle, bei denen der Versicherte in einer falschen Verweidlichung, „weil es ja nichts kostet“, unnötig die Mittel der Kasse und die Zeit des Arztes in Anspruch nimmt: zu beider Schaden.

Die heutige Form der Sozialversicherung verleitet den Kassenpatienten oft zur Ausnützung der Kasse (die auch der Vertrauensarzt nicht immer verhindern kann). Der Versicherte müßte selbst viel persönlicher an Leistung und Bestand seiner Kasse interessiert und beteiligt werden. Dann würde deren Belastung durch unnötige Forderungen von selbst aufhören, würde ihre Leistungsfähigkeit für wirkliche und weitergreifende Hilfe gesteigert.

Die Frage einer Reform der Sozialversicherung ist nun, nachdem sie von politischer Seite her in den letzten drei Jahren eifrig diskutiert wurde, durch den Währungsschnitt erneut in ein akutes Stadium getreten: Auch die Krankenversicherung muß jetzt um ihre Existenz kämpfen und kann es sich nicht mehr leisten, längst erkannten Fehlentwicklungen weiterzufolgen. Sie wird noch eine zusätzliche Aufgabe in der Erweiterung ihrer Leistungen für die sozial Schwachen und den *Ausbau einer tatkräftigen Fürsorge und Gesundheitspflege* übernehmen müssen.

Vergessen wir doch über allen Organisationsfragen nicht, daß die Sozialversicherung weder Selbstzweck der Kassenverbände noch der Kassenärzte werden darf, sondern dem kranken und gefährdeten Menschen dienen will.

Wenn das Gemeinwesen in Gefahr war, schwiegen in alter Zeit Feinden innerhalb der eigenen Mauern und es wurde ein Burgfriede geschlossen. Mir scheint, die Größe unserer gemein-

samen Not — aber auch die Gemeinschaftlichkeit unserer Aufgaben — ist heute wichtiger als das, was Ärzteschaft und Träger der Sozialversicherung und des öffentlichen Gesundheitswesens oft noch trennt. Der Ausbau der Gesundheitspflege, insbesondere der Gesundheitsfürsorge, kann heute weder ohne die Sozialversicherung noch ohne eine geschlossene, pflichtbewußte Ärzteschaft Tat werden; am wenigsten für die große Masse der in bedrängten sozialen Verhältnissen lebenden arbeitenden Bevölkerung unserer Länder.

Die organisatorischen Grundlagen für eine planmäßige Zusammenarbeit aller Träger der Gesundheitsfürsorge sind schon niedergelegt in den „Richtlinien des Reichsarbeitsministers über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung“ vom 27. Februar 1929. Hier heißt es:

„Zur Förderung der gemeinsamen Zwecke in der Gesundheitsfürsorge sollen sich die Versicherungsträger untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, mit den staatlichen und kommunalen Gesundheitsbehörden, mit der Ärzteschaft und andern beteiligten Stellen in Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden und ähnlichen Vereinigungen verbinden.

Aufgabe der Arbeitsgemeinschaften ist das Zusammenwirken ihrer Mitglieder zur Erreichung einer umfassenden und planmäßigen, zusammenhängenden und möglichst wirksamen Gesundheitsfürsorge für die fürsorgebedürftige Bevölkerung, unbeschadet der besonderen Aufgaben, die den Gemeinschaftsmitgliedern nach Gesetz oder Satzung obliegen. Durch Arbeitsgemeinschaften werden die Ausgaben für unnötige Doppelleistungen vermieden und Mittel zur Steigerung der notwendigen Leistungen freigemacht; die Gesundheitsfürsorge im ganzen wird dadurch einfacher und wirtschaftlicher. Verfassung und Geschäftsführung, Arbeitsgebiet und Arbeitsweise, Aufbringung und Verwendung der Mittel regeln die Beteiligten durch Vereinbarung. Dabei wird auf das geschichtlich Gewordene und das örtliche Kräfteverhältnis die gebotene Rücksicht zu nehmen sein. Bestehende Arbeitsgemeinschaften sind zu fördern und auszubauen. Die Bildung einer Reichsarbeitsgemeinschaft ist anzustreben.“

Die Entwicklung des Reiches und damit auch des Reichsarbeitsministeriums ist andere Wege gegangen, als sie hier vorgezeichnet waren. Zum Schaden unseres Volkes!

Aber die Verwirklichung der damals aufgestellten Richtlinien, die auf die Initiative des um den Gedanken der Sozialversicherung hochverdienten Staatssekretärs Grieser zurückgehen (den heute unter uns zu sehen wir die Ehre haben) und deren Inhalt noch volle Geltung beanspruchen kann, stößt heute auf neue Schwierigkeiten, da die Aufsplitterung in Zonen und Länder jedes einheitliche Planen und Handeln fast unmöglich macht. Ohne Wiederbelebung einer umfassenden Sozialmedizin und Sozialhygiene auf breitester Grundlage unter Mitarbeit der gesamten Ärzteschaft wird keine grundgreifende Besserung der Gesundheitslage unseres Volkes möglich sein. Sie kann nur durch eine einheitliche Lenkung verwirklicht werden, die einen Rahmen schafft für die Gesundheitsfürsorge der Länder, wie dies heute schon von anderer Seite gefordert wurde.

Im Aufbaugesetz zur Sozialversicherung waren 1934 bestimmte Aufgaben der Krankenkassen des Landesversicherungsanstalten als Gemeinschaftsaufgaben übertragen worden, darunter auch solche der Gesundheitsfürsorge. So dankenswert diese Bestrebungen waren, haben sie doch nicht zu einer befriedigenden Lösung der gesamten Notlage geführt, sonst stünde es heute besser um unsere Volksgesundheit.

Es fehlte oft an einer planmäßigen *gedeihlichen Zusammenarbeit* mit den anderen Trägern der öffentlichen Wohlfahrtspflege, den Gesundheitsabteilungen der Länder und insbesondere der Ärzteschaft, die nicht nur, wie so oft gesagt wird, den Schlüssel zum Geldschrank der Kassen verwaltet, sondern in viel positiverem Sinn die eigentliche Fronttruppe in diesem Kampf gegen

Krankheit und Not ist. Wo sie versagt, kann Kranken- und Invalidenversicherung nur unter großen Opfern den Schaden wieder gut zu machen versuchen.

Ein einfaches Beispiel möge dies zeigen: Ein ungenügend ausgebildeter oder abgeheyrter Kassenarzt übersieht in seiner Sprechstunde eine beginnende Lungentuberkulose und läßt den Patienten mit „Bronchitis“ weiterarbeiten. Wenige Wochen später muß der nun Schwerkranke für viele Monate in ein Krankenhaus aufgenommen werden, um dann noch jahrelang auf Kosten der Landesversicherungsanstalt in Heilstätten zu liegen, vielleicht nie mehr voll arbeitsfähig zu werden und lebenslang Rente zu beziehen. Das gleiche kann natürlich eintreten, wenn die zuständige Krankenkasse eine frühzeitige Klärung des Krankheitsbildes aus falscher Sparsamkeit erschwert. Nur eine vertrauensvolle Zusammenarbeit kann solche Fehler verhindern.

Unseres Volkes Not zwingt uns, unter Zurückstellung aller Kompetenz- und Geltungsfragen, eine lebendige *Arbeitsgemeinschaft für soziale Medizin und Hygiene* zu bilden, in der alte für die Gesundheitsfürsorge und Volkswohlfahrt Verantwortlichen sich zu gemeinsamer, wohlüberlegter Planung und Arbeit zusammenschließen:

die gesamte Ärzteschaft mit ihren Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Medizinischen Fakultäten, die Träger der Sozialversicherung, die staatliche Gesundheitspflege, die Wohlfahrtspflege, die caritativen Verbände der Konfessionen und des Roten Kreuzes, die Privatkrankenversicherungen und Lebensversicherungen, die das größte Interesse daran haben, daß ihre Versicherten nicht krank, vorzeitig invalid werden oder früh sterben. Alle diese Kreise mögen sich zu gemeinsamer praktischer Arbeit zusammenschließen. Es ist nicht wichtig, welchen Namen solche Vereinigung trägt; wichtig aber ist, daß jeweils der Fähigste und Tatkräftigste die Leitung übernimmt und die Gemeinsamkeit in der Zielsetzung der Aufgaben gewährleistet.

Erreichbar ist dies Ziel nur, wenn die gesamte Ärzteschaft lebendig in diese Organisation eingebaut ist. Denn sie sammelt die Erfahrungen in der täglichen Berufsarbeit an dem kranken und gefährdeten Menschen. Und sie ist auch das ausführende Organ der Beschlüsse und Pläne der Arbeitsgemeinschaft.

Mannigfaltig werden deren *Aufgaben* sein: sie wird mit aller Energie nach einheitlicher Planung den Kampf gegen die Volkskrankheiten führen, die Krankheiten also, die ansteckend sind oder auf gemeinsamen Schäden beruhen oder einen solchen Umfang annehmen, daß sie die Volksgesundheit untergraben. Es werden in erster Linie die Tbc.-Erkrankungen, die Geschlechtskrankheiten, die Herz- und Kreislaufschäden, die Geschwulst- und Rheumaerkrankungen sein und die auch in der Arbeiterbevölkerung so häufig psychischer und psychoanalytischer Behandlung bedürftigen Störungen. Säuglings- und Schulfürsorge, Fürsorge für Krüppel und das Heer der zum großen Teil noch ungenügend versorgten Kriegsverwundeten werden weitere wichtigste Aufgaben dieser Arbeitsgemeinschaft sein, die unser arm gewordener Staat nicht mehr von sich aus wird lösen können; abgesehen davon, daß der Amtsschimmel der Bürokratie nur selten die für rasche Hilfe notwendige Beweglichkeit und Aktivität entwickelt.

Dieser Zusammenschluß und diese Arbeit muß in voller Freiwilligkeit erfolgen und soll zu keiner Sozialisierung des Heilwesens führen, welche die Berufsfreiheit des Arztes und damit die tiefste Quelle seiner Leistung und Kraft beeinträchtigen müßte.

Die deutschen *Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen* sehen ihre besondere Aufgabe darin, das Problem der Volksgesundheit von der praktischen Seite her zu erörtern und zu klären, dem Gesetzgeber sachverständige Vorschläge zu machen, die bestmögliche Aus- und Fortbildung der Ärzte zu erreichen, sie zur richtigen Erfüllung ihrer Pflichten anzuhalten, insbesondere auch der sozialversicherten arbeitenden Bevölkerung gegenüber, um gerade die am schwersten unter den uns

auferlegten Lasten tragenden Volksschichten gesund und leistungsfähig im Lebenskampf zu halten und die Schäden zu bekämpfen, die sich aus der fortschreitenden Zivilisation und dem Zwang harter Arbeit ergeben.

Um seine großen öffentlichen Aufgaben in Kranken- und Unfallversicherung erfüllen zu können, bedarf der freischaffende ärztliche Stand seiner beruflichen Selbstverwaltung und wird sie im Bewußtsein seiner Rechte und Pflichten verteidigen gegenüber allen Kräften und Strömungen, die seine ärztliche Berufsfreiheit antasten; mögen diese nun von seiten der Staatsobrigkeit, von anderen Volks- und Berufsgruppen, von politischen Parteien oder auch von den Besatzungsmächten ausgehen.

Wir sind überzeugt, daß diese *Freiheit eines sozial denkenden und handelnden Arztestandes* im Interesse der Gesamtheit unseres Volkes liegt: jeder demokratische Kulturstaat hat sie seinen Ärzten und Kranken erhalten.

Wir wollen auch Wege der Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften suchen. Wer kann auf breiterer Grundlage erzieherisch und auch in Fragen der Gesundheitsfürsorge aufklärend auf die Arbeiterschaft einwirken als die Gewerkschaft? Wir wollen sie hierin mit allen Kräften unterstützen und ihr helfen. Die Gemeinsamkeit unserer Aufgaben wird viel nur scheinbar Trennendes überbrücken.

System und Ordnung müssen sein in jedem Gemeinschaftsleben. Bauen wir aber so unbürokratisch wie nur möglich die Kanäle aus, durch welche den Gefährdeten und Leidenden geholfen werden kann, zu einem Kreislauf, wie er unseren eigenen Körper durchpulst, um jedem Organ zu jeder Zeit die zu Leben und Leistung notwendigen Kräfte zuzuführen.

Mögen die staatlichen Verwaltungsorgane, die Einrichtungen der Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege und die Gewerkschaften das Kreislaufsystem werden, in welchem die Ärzteschaft ihre Aufgabe erfüllen kann, Schäden vorzubeugen und Krankheiten zu heilen.

Die lebendige, treibende Kraft dieses wohlgeordneten Kreislaufs aber, das Herz dieses gesunden Körpers, sei die helfende Liebe, des Arztes beste Arznei. Sie wird uns auch über dem Streit der Meinungen die Gemeinsamkeit der Aufgaben zeigen und den Weg finden lassen, sie zu lösen.

Eine wahrhaft soziale Gesellschaftsordnung kann nur bestehen, wo Menschen zueinander in eine lebendige Wechselbeziehung von Hingabe und Selbstbewahrung treten.

Die deutsche Ärzteschaft ist willens und bereit, an der Neuordnung unserer Sozialversicherung verantwortlich mitzuarbeiten nach dem Wort Gottfried Herders:

Vergiß dein Ich; dein Selbst verliere nie!

Gestatten sie mir zum Schluß eine kurze Bemerkung zum *Genius loci*. Es scheint mir nicht ganz von ungefähr, daß unser 51. Deutscher Arztetag, der sich an der Schwelle einer neuen Zeit auf unsere Berufspflicht und Berufsfreiheit besinnt, nach allerhand Geburtswehen nun im Herzen des Schwabenlandes tagt, das von jeher ein Hort freiheitlichen und besinnlichen Denkens war und der Welt manch guten Mann geschenkt hat.

Vor bald 250 Jahren erkämpften schon unsere Stände die erste freiheitliche Verfassung. Das Revolutionsjahr 1848 empfing aus Württemberg und Baden seine stärksten Impulse für die Schaffung eines einheitlichen föderativen Reiches.

Das Reich ist zerfallen, wie der ganzen alten Welt Grenzen fallen müssen, soll sie nicht dem Chaos entgegengehen.

Verstummt ist der Waffen Lärm. Wir hoffen sehnlich: für immer.

Wunden, Schmerzen und Leiden aber werden bleiben bis ans Ende der Tage.

Möge unser Stuttgarter Arztetag ein Appell der Humanität werden an alle, die guten Willens sind, gegen Krankheit, Leid und Not einmütig anzukämpfen.

Unsere deutsche Ärzteschaft aber möge vorangehen in diesem Kampf zu Werken des Friedens und der Liebe, getreu ihrer Berufung:

Dem Leben in Ehrfurcht zu dienen.

TAGUNGSBERICHTE

50-Jahr-Feier der Entdeckung des Radiums

Die Hessische Gesellschaft für Medizinische Strahlenkunde (Hessische Röntgengesellschaft) beging unter zahlreicher Anteilnahme am 25. und 26. September 1948 in Marburg/Lahn die 50-Jahr-Feier der Entdeckung des Radiums unter Leitung von Prof. Dr. Hans Meyer-Marburg, der einleitend ein Lebensbild des Ehepaars Curie gab. Es schlossen sich Referate der Physiker Prof. Flügge-Marburg über „Die Entdeckung des Radiums und ihre Bedeutung für die physikalische Forschung“ und Prof. Glocker Stuttgart über „Radioaktivität und Medizin“ an. Der Nachmittag stand im Zeichen der Krebsforschung. Prof. Dietrich-Stuttgart gab als Pathologe „Rück- und Ausblicke“ und sein Fachkollege Prof. Leopold-Köln berichtete über den „Zell- und Gewebstoffwechsel als innere Bedingung für die Krebsentstehung“. Abschließend sprach der physiologische Chemiker Prof. Lettré-Göttingen zur „Biochemie der Tumoren“. Der Sonntagvormittag brachte Einzelberichte über die radiologische Behandlung bösartiger Geschwülste an verschiedenen Körperstellen (Englmann-Hamburg, Feingewebliche Untersuchungen an bestrahlten Geschwülsten; Mayer-Tübingen, Gebärmutter; Reischer-Stuttgart, Haut; v. Braunbehrens Freiburg, Speiseröhre; Töpfer-Münster i. W., Zunge; Glauner-Stuttgart, Rachen und Kehlkopf; Vonessen-Koblenz, Harnröhre und Scheide).

BUCHBESPRECHUNGEN

Heinrich Többen: „Der Lebenswille der Frau.“ F. Dümmers Verlag, Bonn 1947, 168 S.

Das Buch des belesenen und psychiatrisch erfahrenen Verfassers handelt in der Hauptsache von der Selbsttötung der Frau, wie sie uns in Sage und Geschichte, in der Dichtung, in psychotischen Zuständen, in der Statistik und im gerichtsarztlichen Bereich begegnet. Ein kurzes Kapitel befaßt sich mit der Verhütung und Bekämpfung des Selbstmords der Frau. An diesen Hauptteil der Schrift, dessen Zusammenstellung auf einer großen Literaturkenntnis ruht, schließen sich im 10. Kapitel Ausführungen an über „Das Wirken bedeutender Frauen als Beweis ihrer Leistungsfähigkeit und ihres Lebenswillens“ unter Heranziehung von Beispielen aus ältester und neuester Zeit von Hekate und Helena bis zu Marie Curie-Sklodowska. Mit dem Hinweis auf die Rolle der Frauen in der Passion Christi schließt das Buch, das reich an Einzelheiten ist, aber dem Kenner des Selbstmordproblems kaum etwas Neues bringt. Der Titel des Buches läßt nicht klar erkennen, daß es im wesentlichen eine Zusammenstellung der Tatsachen und Auffassungen über den Selbstmord des Weibes in gesunden und kranken Tagen darstellt. Ein sehr umfangreicher Literaturnachweis dient als Beleg für die im Text gebrachten Ausführungen.

Prof. Dr. R. Gaupp

Dr. med. habil. Heinz Oeser: „Lymphbahnen-Tafel.“ Verlag Urban u. Schwarzenberg, München 1947.

Die für den praktischen Arzt sehr wichtigen Beziehungen zwischen den Lymphknoten und ihren zugehörigen Quellgebieten sind auf einer Tafel von 100×134 cm für den weiblichen und männlichen Stamm nebst Arm in Mehrfarbendruck sehr gut übersichtlich dargestellt. Über weitere Einzelheiten des Genitales, Kopfes und der Brust kann man sich auf kleineren Detailzeichnungen derselben Tafel orientieren. Die Tatsache, daß man die Bilder gleichzeitig im Unterricht mit kleiner Teilnehmerzahl verwenden kann, entschädigt für das zum schnellen Nachschlagen allein etwas unhandliche Format.

Dr. H. Feneis

B. Kern: „Grundlagen der Inneren Medizin.“ 485 Seiten (mit 26 Übersichten, Abbildungen und Tabellen). Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1946.

Der klare wissenschaftliche Krankheitsbegriff ist Voraussetzung und damit Notwendigkeit für den Arzt in seiner täglichen Arbeit, denn aus ihm erwächst auch der klare Therapiebegriff. Das unentwegte Wachsen der ärztlichen Wissenschaft erschwert aber immer mehr die Übersicht. Die Lehrbücher sind

Mitgliederversammlung
des Badischen Landesverbandes
zur Bekämpfung der Krebskrankheiten

Am 20. Oktober fand eine Mitgliederversammlung des Badischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Krebskrankheiten statt. Der Verband wirkt im Geschäftsbereich der LVA Baden.

Zum Vorsitzenden wurde der derzeitige Präsident der LVA Baden, Herr Dr. Kühn, gewählt, zu seinem Geschäftsführer der Chefarzt der Strahlenabteilung für Geschwulstkranken an den Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, Herr Prof. Schoen. Es handelt sich bei dem Verband um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Seinem Ausschuß gehören die Vertreter der Behörden, die Vertreter der beiden Medizinischen Fakultäten in Baden an.

Die örtlichen Ausschüsse werden wieder Krebsfürsorge- und Beratungsstellen einrichten. In Karlsruhe ist dieselbe der Strahlenabteilung der Städt. Krankenanstalten angegliedert. Sprechstunden Mittwoch von 11 bis 12 Uhr, für Unbemittelte kostenlos. Die übrigen Ertragnisse der Sprechstunde gehen zugunsten des Badischen Landesverbandes zur Bekämpfung der Krebskrankheiten.

immer eingehender, vielseitiger und damit umfangreicher geworden. Der Studierende hat noch nicht die Möglichkeit und der vielbeschäftigte Arzt hat nicht die Zeit dazu, sich durchzufinden und die Übersicht zu behalten. Hier füllt das vorliegende Buch die Lücke aus. Im Suchen nach geordneter Klarheit werden die Grundlagen der Inneren Medizin im Sinne der Zusammenhänge, nicht als Einzelkenntnisse vermittelt. Die Krankheitsbilder sind nach Begriffsbestimmung, Ursache, Pathogenese, Erscheinungsbild, Verlauf und Therapie besprochen, wobei dem Grundgedanken des Buches entsprechend das Hauptgewicht auf der Pathogenese liegt. Größter Wert ist gelegt auf Übersichtlichkeit. Verwertung neuer Erkenntnisse, Vereinfachung der Begriffe und Abschaffung überholter Begriffe, Vereinheitlichung der Nomenklatur und immer wieder Abgrenzung und Klarheit. Die Therapie ist nur in grundsätzlichen Möglichkeiten gestreift, oft nur in Stichworten gegeben. Dem Fachkenner mag manches zu eng und zu einfach dargestellt sein, aber das Buch erfüllt seinen Zweck vollkommen. Es soll ja kein Lehrbuch sein, ist aber doch in etwa eines geworden, das einen guten Überblick über das Fach gibt. Erwähnenswert ist das einleitende Allgemeinkapitel, das sonst meist der Pathologie überlassen bleibt, vom Verfasser aber in klarer Erkenntnis seiner umfassenden Bedeutung für das Verständnis innerer Krankheiten vorangestellt wurde.

Dr. Giebel.

W. Schulz: „Infektionskrankheiten.“ (Med. Praxis, Sammlung für ärztliche Fortbildung Bd. 22.) 2. umgearbeitete und ergänzte Auflage. 225 Seiten (mit 12 Abb.). Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1946.

Das 1936 erstmals herausgegebene Buch ist sehr gut ergänzt. Ohne allzu große Belastung mit allem Für und Wider der Meinungen sind doch alle Schrifttumserfahrungen, auch die neueren Datums, verwertet und mit eigenen Forschungsergebnissen zusammengetragen. Im Vordergrund steht die Behandlung, oft ausgiebig und ins Einzelne gehend, meist kurz, sachlich und kritisch. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sind aus sehr großem Erfahrungsgut heraus treffend und sicher erörtert. Die Kapitel der tropischen Ruhr und der Malaria sind in gleicher Form von A. Hauer bearbeitet. Das Buch ist ein klarer Führer durch die Infektionskrankheiten und verdient alle Anerkennung.

Dr. Giebel.

Albert Baginsky: „Freiheit beginnt mit Zwang“. Gedanken zur Reform der Sozialversicherung. Link-Verlag, Hermann Link, Haag/Amper 1947.

Unter obigem Titel bringt der Verfasser, ein Schriftsteller, der seine Feder schon häufiger in den Dienst medizinischer und medizinrechtlicher Aufgaben gestellt hat, alles, was gegen die

geplante Reform der Sozialversicherung vorgebracht wird, in gedrängter Kürze auf 26 Druckseiten.

Wie er in seinem Vorwort bemerkt, hofft er, „damit Mann und Frau des Volkes aufklärend ansprechen zu können“.

Nun, für eine unmittelbare Bearbeitung des Mannes von der Straße scheint uns auch diese Schrift nach Anordnung und Stil immer noch etwas zu akademisch. Dagegen möchten wir sie in den Händen aller derer wissen, die als Ärzte, als Mitglieder der von der Reform bedrohten Organisationen oder einfach als verantwortungsbewußte Deutsche den ganzen Umfang der drohenden Gefahr erkannt haben. Diesen allen gibt sie durch das wirksam vorgebrachte Material und durch ihre eindringliche Beweisführung die Mittel an die Hand, um von sich aus eine erfolgreiche Aufklärungsarbeit zu leisten.

Nach einem kurzen geschichtlichen Rückblick erfahren wir, wie sich schon kurz nach der 1945 erfolgten Einrichtung der Versicherungsanstalt Berlin, bei der alle Arbeiter, Angestellten und kleinen Gewerbetreibenden Berlins gegen Krankheit u. s. w. versichert sein müssen, die S. P. D., zunächst Befürworterin der Reform, gegen die Zusammenlegung der Versicherungsträger wandte. Wir hören, in 11 Punkten zusammengefaßt, was mit der Reform geplant ist und gleichzeitig, daß und warum jeder Punkt eine Verschlechterung des bisherigen Zustandes bringen würde. Die Konzentration von Geldmitteln und damit Macht wäre so groß, das einzelne Landesversicherungen über ein Jahreseinkommen von fast einer Million verfügen würden! Interessant ist auch, daß die erwartete Verbilligung der Verwaltungskosten durch Zentralisierung in Berlin nicht eingetreten ist. Auf den Kopf des Versicherten und das Jahr bezogen wurden 17.53 M statt früher 10.38 M ausgegeben.

Kurzum, wir wissen nach der Lektüre des Büchleins, daß die neue, nach den Jahren des Dritten Reichs heraufdämmernde Freiheit nicht mit einem solch unerhörten, allen Volksschichten auferlegten Zwang beginnen darf.

Dr. Schröder.

Ludwig Medicus: „Qualitative Analyse.“ 24. umgeänderte und verbesserte Auflage. Bearbeitet von Dr. med. habil. M. Goehring, Dozent an der Universität Heidelberg. Verlag von Th. Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1947, 124 S.

Das bewährte Werk, das nun in 24. Auflage hinausgeht, ist ein zuverlässiger Führer durch die anorganische Analyse, und dient dem Mediziner vor dem Physikum wie dem Arzt im Laboratorium und der Technischen Assistentin. Übersichtliche Tabellen erhöhen den Wert des Buches.

Dr. Karl Erhard Weiss

Dr. med. E. O. Beck: „Naturgemäße Behandlung akuter Erkrankungen.“ Verlag Karl F. Haug, Berlin-Tübingen-Saulgau, 1947, (2. Aufl.) 157 S.

Das bemerkenswert teure Büchlein bringt eine Zusammenstellung bekannter Naturheilweisen, die sich dem Verfasser bewährt haben. Als Unterstützung einer spezifischen Behandlung kann sich hier auch der Anfänger unterrichten. Dagegen wird man bedenklich, wenn der Verfasser sich nur auf die Empfehlung homöopathischer Arzneimittel beschränkt und sogar die Serumbehandlung der Diphtherie ablehnt (S. 32/33). Seine Behauptung, daß das Diphtherieserum nur in den ersten 24 Stunden wirke, steht im krassen Widerspruch zu den schon 1946 mitgeteilten Erfolgen Cremers durch intralumbale Formoltoxoid-Anwendung sogar im Lähmungstadium. In der modernen, kritischen Homöopathie selbst sind aber auch Potenzen wie D 30 p. os. verlassen. Daß dem Verfasser 1947 noch Erfahrungen mit Sulfonamiden fehlen und als einzigstes Sulfonamid gegen Tripper das bereits 1942 bei der GO Behandlung aufgegebene Alucid erwähnt wird (S.98), verdient Beachtung.

Dr. Holzbach.

Dr. med. Dr. phil. K. Saller: „Homöopathische Konstitutions-therapie.“ Verlag Karl F. Haug, Berlin-Tübingen-Saulgau 1947, 225 S.

Es scheint an der Zeit, die Einstellung der „Schule“, homöopat. Mittel nicht einmal versuchsweise zu rezeptieren, zu revidieren. Wenn im „Gesundheitswesen“ Nr. 8/47 der in einem anderen Buch des Verfassers empfohlene Wechsel zwischen Alkalisierung und Säuerung belächelt wird, so ist das als unsäglich abzulehnen, da auch die Allopathie in der Schaukelkost dieses Prinzip vertritt.

Auf dem Wege, in die Homöopathie einzuführen, kommt der Verfasser entgegen, indem er kritisch die bessere Wirksamkeit z. B. der Sulfonamide, des Methylthiouracils und allopath. Analgetika gegenüber der homöopath. Verordnung herausstellt. Die gebrachte Fülle der Indikationen ebenso wie die Nebeneinanderstellung von Arznei- und Körperkonstitution sind für den nicht Vorgebildeten etwas verwirrend, nach Art des Materials aber wohl nicht zu vermeiden. In einer zukünftigen Auflage wäre die schärfere Herausarbeitung der Verbindung zwischen körperlicher Konstitution und der für sie spezifischen Arzneimittel wünschenswert.

Dr. Holzbach.

Dr. med. Dr. phil. K. Saller: „Diagnostik und Therapie f. d. ärztl. Praxis.“ Verlag Karl F. Haug, Berlin-Tübingen-Saulgau 1947, 587 S.

Der leitende Arzt des bekannten Stuttgarter homöopath. Krankenhauses zeigt hier, daß ihm auch eine umfassende allopathische Rezeptur zur Verfügung steht und daß er in der Diagnostik nicht von der „Schule“ abweicht. Das Buch erfüllt den Rahmen, der ihm im Untertitel „f. d. ärztliche Praxis“ gezogen wird. Es darf als Kompendium der inneren Medizin für den Studenten wie als Repetitorium für den älteren Praktiker angesprochen werden. Auch die Nebendisziplinen werden berücksichtigt, wobei die Pharmakologie berechtigt einen breiteren Raum einnimmt, während die Haut über ihren Rahmen als Schirmbild interner Vorgänge hinaus therapeutisch zu viel Platz erhält. Von den für den Praktiker erreichbaren Sonderuntersuchungen wie Röntgen, EKG., Blutstatus, Liquordiagnostik ist das Wichtigste gebracht. Eine praktische Abrundung stellen bei dem heutigen Büchermangel die aufgenommenen Listen der Maximaldosen, der Vergiftungssymptome und -behandlung, sowie eine Therapie-Übersicht nach Art der „modernen Therapie“ von Franck dar. Mit Sallers Behandlungsregeln werden die Fachärzte der entsprechenden Gebiete allerdings nicht immer einverstanden sein. Hervorzuheben ist die Ausstattung mit guten Röntgenphotos und einzelnen farbigen Bildern aus der Ophtho-, Hämato- und Urologie.

In einer Neuauflage wären die durch die Erfahrung inzwischen eingeführten Erhöhungen der Sulfonamid- und Penicillindosierung zu berücksichtigen, ebenso die Gefahr der Überschreitung von 10 000 O. E. Penicillin intralumbal bei nicht-citricriger Meningitis. Das Tibatin sollte getrennt von den Sulfonamiden abgehandelt werden, weil es ein „Sulfon“ ist.

Dr. Holzbach.

Prof. Dr. L. Doxiades: „Vorbeugung und Behandlung der Ernährungsstörungen bei Kindern.“ Verlag Th. Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1947, VIII, 96 S.

Doxiades, ein Czerny-Schüler, bespricht in dem vorliegenden Buch zunächst die im Kindesalter wichtigen Vitamin-Mangelkrankheiten und ihre Behandlung, dann die Ernährungsstörungen, hervorgerufen durch Nährstoffe erster Ordnung (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate). Anschließend werden allgemeine Ernährungsfragen beim Säugling und älteren Kind, die Erkennung der verschiedenen Arten der Ernährungsstörungen behandelt, und im letzten Kapitel finden wir Vorschriften für die Zubereitung der Nahrung für das gesunde Kind und der Heilnahrung für den Säugling.

Das Buch gibt einen guten Überblick und praktische Anweisung für die Verhütung und Behandlung der genannten Krankheiten unter Berücksichtigung der Schwierigkeiten unserer heutigen Ernährungslage. Es ist auf Grund der persönlichen Erfahrung des Verfassers in Klinik und Praxis geschrieben und gibt vorwiegend seine eigene Auffassung wieder, wodurch in manchem eine gewisse Einseitigkeit bedingt wird. So vermißt man z. B. eine eingehende Besprechung der Karottensuppe (Daucaron), die sich bei der Behandlung der Ernährungsstörungen auch schon des jungen Säuglings hervorragend bewährt hat. Daß alle Teesorten im Grunde lediglich gefärbtes und mit Extraktstoffen versehenes, abgekochtes Wasser sind, ist ebenfalls eine Auffassung, die angesichts der doch recht verschiedenen, im einzelnen erwünschten oder unerwünschten Wirkung der einzelnen Teearten zum Widerspruch reizt. — Trotz dieser und anderer Einwände kann man das Buch jedem Arzt, der Orientierung über die Ernährungsstörungen des Säuglings und Kindes sucht und kein neueres Lehrbuch besitzt, warm empfehlen.

Dr. Pflüger

Bekanntmachungen

Wissenschaftliche Gesellschaft südwestdeutscher Tuberkuloseärzte

Am 7. Oktober 1948 wurde in Wiesbaden die „Wissenschaftliche Gesellschaft südwestdeutscher Tuberkuloseärzte“ wieder neu begründet. I. Vorsitzender: O. Wiese, Marburg/L., „Sonnenblick“; stellv. Vorsitzender: H. Thomsen, Melsungen/Stadtwald; Schriftführer: E. Melzer, St. Blasien. Die erste Tagung ist für Frühjahr 1949 — voraussichtlich in der Umgebung von Frankfurt — vorgesehen. Anfragen und Anmeldungen an einen der Vorgenannten.

Neugründung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Am 25. September 1948 wurde in Karlsruhe der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (Chefärzte, Abteilungsärzte, Institutsvorsteher, Oberärzte) neu gegründet. Zum Vorsitzenden wurde Chefarzt Dozent Dr. med. habil. Dr. phil. Franz Kienle, Karlsruhe, II. Medizinische Klinik der Stadt, Krankenanstalten, gewählt. Zweiter Vorsitzender ist Chefarzt Dr. med. Sträter, Hagen/Westf., St. Josefs-Hospital. Sitz und Hauptgeschäftsstelle des Verbandes ist Karlsruhe, II. Medizinische Klinik, Moltkestr. 18. Der Zweck des Verbandes ist die gemeinsame Vertretung dringlich gewordener Fragen der leitenden Krankenhausärzte. Es handelt sich dabei um die Wahrung der Stellung der leitenden Ärzte nach innen, innerhalb ihres Krankenhauses, wie nach außen gegenüber dem Krankenträger und der Öffentlichkeit. Auch vertritt der Verband die wirtschaftlichen Interessen der leitenden Ärzte. Jeder Arzt in einer leitenden Stellung wird daher aufgefordert, dem Verband beizutreten und seine Mitgliedschaft bei der Hauptgeschäftsstelle in Karlsruhe

anzumelden, oder auch bei dem zuständigen Landesverband (für Württemberg-Nord Dr. Scharpf, Krankenhaus v. Roten Kreuz, Bad Cannstatt, für Württemberg-Süd Dr. Stübler, Krankenhaus Reutlingen).

Clubräume im Ärztehaus München

In den ehemaligen Kasinoräumen des Ärztehauses München, Briener Str. 11, wurde im Oktober 1948 von der Münchner Ärzteschaft ein Club eröffnet, der im Rahmen eines Restaurationsbetriebes für Ärzte geführt wird. Die Clubräume sind von 10 Uhr morgens bis 1 Uhr nachts geöffnet und bieten ihren Besuchern nicht nur eine ausgezeichnete Verpflegung, sondern auch die Möglichkeit zu einem gemütlichen Aufenthalt. Die Ärzteschaft Münchens heißt alle Kollegen mit ihren Angehörigen und Bekannten bei einem eventuellen Besuch in München herzlich willkommen und würde sich freuen, ihnen in den Clubräumen einige angenehme gemütliche Stunden bereiten zu können.

60. Geburtstag

Am 8. Oktober 1948 konnte Professor Dr. med. Dr. phil. hc. Ernst Kretschmer, Inhaber des Lehrstuhls für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Tübingen und Begründer der modernen Konstitutionsforschung, seinen 60. Geburtstag feiern.

Ehrung für Prof. Dr. Franz M. Groedel, New York

Die Hessische Röntgengesellschaft hat Herrn Prof. Dr. Franz M. Groedel, New York (früher Bad Nauheim und Frankfurt/Main) zu ihrem Ehrenmitglied ernannt.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTEMBERG

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

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Laut Beschluß des Zulassungsausschusses werden auf 20. Januar 1949 in Nord-Württemberg

23 Kassenarztsitze

ausgeschrieben. — Nähere Bestimmungen über die Ausschreibung sowie die Liste der ausgeschriebenen Kassenarztsitze sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, erhältlich.

Die in das Arztregister von Nord-Württemberg eingetragenen Anwärter auf die Kassenpraxis, werden von der Ausschreibung durch ein besonderes Schreiben, welches alle weiteren Einzelheiten enthält, unterrichtet.

Aufnahme von Geisteskranken in die Heilanstalt Schussenried

Das Innenministerium, Abteilung Gesundheitswesen, gibt am 14. Oktober 1948 — Nr. X 5003 — bekannt:

„Die Heilanstalten Weinsberg, Winnental und Göppingen sind nicht in der Lage, alle Geisteskranken aus Nord-Württemberg aufzunehmen. Die französische Militärregierung und das Innenministerium in Tübingen haben deshalb zugestimmt, daß 450 Betten in der Heilanstalt Schussenried mit Geisteskranken aus Nord-Württemberg belegt werden. Der Heilanstalt Schussenried sind der Stadtkreis Ulm und die Landkreise Aalen, Heidenheim und Ulm einschließlich der Städte Aalen und Heidenheim als Aufnahmebezirk zugewiesen. Daneben können nunmehr aus den anderen Stadt- und Landkreisen des Landesbezirks Württemberg in diese Heilanstalt Kranke aufgenommen werden, bei denen von vornherein mit einer längeren Aufenthaltsdauer zu rechnen ist, insbesondere auch solche, die sich für die Aufnahme in eine Pflegeanstalt eignen. Es empfiehlt sich deshalb für Kranke dieser Art, die in einer Pflegeanstalt Nord-Württembergs nicht unterkommen können, um Aufnahme bei der Heilanstalt Schussenried nachzusuchen. Dem Gesuch, das schriftlich zu stellen ist, sind die in § 12 ff des Statuts der Staatsirrenanstalten genannten Aufnahmebelege beizufügen. Für dringende Fälle wird auf § 15 des Statuts hingewiesen.“

Zur Erfüllung der in den §§ 12 und 15 gestellten Aufnahmebedingungen empfehlen wir im Einzelfall Rückfrage beim zuständigen Gesundheitsamt.

Erholungsfürsorge für heimkehrende Kriegsgefangene

Der Württembergische Landesfürsorgeverband, Hauptfürsorgestelle, macht darauf aufmerksam, daß den Heimkehrern, die infolge der in der Gefangenschaft erworbenen Gesundheitsschädigung erwerbsunfähig sind und zu Hause nicht die genügende Ernährung und Pflege erhalten können, eine Erholungskur in ausgewählten Erholungsstätten auf Staatskosten gewährt werden kann. Sie soll möglichst im ersten Vierteljahr nach der Rückkehr durchgeführt werden. Der Antrag ist bei der jeweiligen Ortskrankenkasse zu stellen, die den Heimkehrer dem Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt vorstellt. Von diesem wird ein ärztliches Zeugnis ausgestellt, das der Hauptfürsorgestelle vorgelegt wird. Von dort aus erfolgt die Einweisung für die Dauer von 4—6 Wochen. Nicht in Betracht kommen Heimkehrer, die in Nord-Württemberg noch keinen Zuzug erhalten haben, ebenso Krankenhauspflegebedürftige, die Anspruch auf Krankenhauspflege durch die Landesversicherungsanstalt, Abt. KB-Leistungen, haben.

Austausch ärztlich verschriebener Arzneimittel durch die Apotheken

In einer Bekanntmachung der „Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands“ im „Deutschen Ärzteblatt“ Heft 31 vom 1. November 1942 wurde zur Behebung der Versorgungsschwierigkeiten den Apotheken die Genehmigung zum Austausch ärztlich verschriebener Arzneimittel erteilt.

Da die meisten Arzneimittel jetzt wieder lieferbar sind, erhielten die Apotheken Anweisung des Innenministeriums, Abteilung Gesundheitswesen, in Zukunft nur noch die verordneten Mittel abzugeben und einen etwa notwendigen Austausch nur noch nach Rücksprache mit dem Arzt vorzunehmen.

Gutachten für das Oberversicherungsamt

Das Württ. Oberversicherungsamt hat erneut darauf hingewiesen, daß die Abgabe von Gutachten, Attesten und Stellungnahmen der Ärzte in vielen Fällen erst nach überaus langer Frist erfolgt. Es bedeutet für den Versicherten eine Verschärfung seiner wirtschaftlichen Notlage, wenn der vom Oberversicherungsamt erbetene gutachtliche Bericht des Arztes erst nach zwei, drei oder gar vier Monaten eingeht.

Die Herren
erhalten, also
angeforderten
Fälle mit größ-

Krankenkassen
Die Vert
überungs
Kriegsgefang
kosten der V
Folien aus
erfüllte Dien
ein Kranken
vertraut wer

In unser
wenn ab 1. J
in der letzten

Zusammen

Die Namen
schaffen neu
2. Erstgemin
20. Oktober

Auf der 1.
Kammernitz
10 der V
vorgenomme
wurden zur

Kammernitz

Dr. Köpke
Werner
Stuttgart
Ass.-Arzt
Dr. Eisert
Herbert
Schornob
Ass.-Arzt
Dr. Wenel
Anneliese
Stuttgart
Vol.-Arzt

Dr. Kopka
baum, Eri
Stuttgart
Kinder-
Dr. Reinhold
Die
Stuttgart
Oberärzt

Dr. Dr. Sch
Maximilian
Herrenbe
gr. Arzt
Dr. Eibner
Waltraud
Eßlingen
Lagerärz

Prof. Dr. Be
Kürt
Stuttgart
Internist

Die Herren Kollegen werden gebeten, im Interesse der Versicherten, also ihrer Patienten, die vom Oberversicherungsamt angeforderten Gutachten, Atteste und Stellungnahmen in jedem Falle mit größter Beschleunigung zu erstatten.

Krankenberichte für die Vertrauensärztliche Dienststelle

Die Vertrauensärztliche Dienststelle Stuttgart der Landesversicherungsanstalt Württemberg teilt mit, daß Krankenberichte, Röntgenbefunde und sonstige Gutachten von den behandelnden Ärzten der Vertrauensärztlichen Dienststelle vielfach durch die Patienten unverschlossen übermittle werden. Die Vertrauensärztliche Dienststelle weist darauf hin, daß solche Unterlagen den Kranken nur in verschlossenem Umschlag zur Beförderung anvertraut werden dürfen.

Ernährungszulagen für Kranke

In unserer Druckschrift über die Neuregelung des Zulagewesens ab 1. Juli 1948 bitten wir, auf Seite 12 unter „Gruppe 2“ in der letzten Zeile dieses Absatzes „72 und“ zu streichen.

Zusammensetzung der Ärztekammer Nord-Württemberg, des Vorstandes und der Ausschüsse auf Grund der Neuwahlen

Ärztekammer

Die Namen der am 3. Oktober 1948 in den Kreisärzteschaften neu gewählten Kammermitglieder sowie ihrer 1. und 2. Ersatzmänner sind jedem Kollegen durch Rundschreiben vom 20. Oktober 1948 mitgeteilt worden.

Auf der 1. (konstituierenden) Sitzung dieser neu gewählten Kammermitglieder am 20. November 1948 wurden die nach § 10 der Wahlordnung vorgeschriebenen Ergänzungswahlen vorgenommen. Auf Grund von § 10 Abs. 2 der Wahlordnung wurden zur Zahl der Kammermitglieder hinzugewählt:

Kammermitglied 1. Ersatzmann 2. Ersatzmann

I. Nichtniedergelassene Ärzte

Dr. Röken Werner Stuttgart Ass.-Arzt	Dr. Rau Eugen Ludwigsburg Ass.-Arzt	Dr. Weitbrecht Wolfgang Stuttgart Vol.-Arzt
Dr. Eisert Herbert Schorndorf Ass.-Arzt	Dr. Anhegger Erich Eßlingen Ass.-Arzt	Dr. Steisslinger Eberhard Böblingen Vol.-Arzt
Dr. Wetzel Anneliese Stuttgart Vol.-Ärztin	Dr. Steiner Helga Stuttgart Vol.-Ärztin	Dr. Theen Else Waiblingen Vol.-Ärztin

II. Ärztinnen

Dr. Kopka-Jellinghaus, Erika Stuttgart Kinderärztin	Dr. Fichter Gisela Stgt.-Vaiblingen pr. Ärztin	Dr. Doch Roswitha Stuttgart Oberärztin
Dr. Reinhardt Ilse Stuttgart Oberärztin	Dr. Haiges Elisabeth Stuttgart Kinderärztin	Dr. Seitzer Mauk Margarete Stuttgart Frauenärztin

III. Flüchtlingsärzte

Dr. Dr. Schindera Maximilian Herrenberg pr. Arzt	Dr. Schneider Kurt Öffingen pr. Arzt	Dr. Riedlinger Josef Schwäb. Gmünd Augenarzt
Dr. Eibner Waltraute Eßlingen Lagerärztin	Dr. Jesse Hans-Georg Göppingen Abt. Arzt	Dr. Konrad Albin Ulm/D. Frauenarzt

IV. Leitende Krankenhausärzte

Prof. Dr. Beckmann Kurt Stuttgart Internist	Dr. Dürr Wilhelm Schwäb. Hall Chirurg	Dr. Briel Rudolf Ludwigsburg Frauenarzt
--	--	--

Kinderklinik des Kreiskrankenhauses Ludwigsburg

Am 1. Oktober konnte die Kinderklinik des Kreiskrankenhauses Ludwigsburg (bisher Kurfürstenstraße 2, Villa Ulmer) ihre endgültige Unterkunft in den neu eingerichteten Gebäuden beim Mathilde-Plank-Haus, Erlachhofstraße 1, beziehen. Es können ab sofort auch infektiöskranke Patienten Aufnahme finden.

50 jähriges Doktor-Jubiläum

Am 4. Oktober 1948 beging Herr Dr. med. Hugo Melzer, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Stuttgart, sein 50jähriges Doktor-Jubiläum. Die Ärzteschaft Nord-Württemberg benützt diese Gelegenheit, Herrn Dr. Hugo Melzer ihre aufrichtigsten Glückwünsche auszusprechen, und hofft, daß er auch weiterhin in Gesundheit seinem hohen Beruf als Arzt dienen kann.

V. Landesuniversität Tübingen

Prof. Dr. Mayer August Tübingen Direktor der Frauenklinik	Prof. Dr. Gottron Heinrich Tübingen Direktor der Hautklinik	Prof. Dr. Haffner Felix Tübingen Direktor des Pharmakologisch. Instituts
---	---	---

VI. Als weiteres Kammermitglied wurde auf Grund von § 10 Abs. 3 der Wahlordnung hinzugewählt: der geschäftsführende Schriftleiter des Südwestdeutschen Ärzteblattes

Dr. med. Schröder, Albrecht, Stuttgart-Bad Cannstatt.

VII. Die Zuwahl der Vertreter der Ärztekammer Württemberg/Hohenzollern und der beamteten Ärzte wurde vorläufig zurückgestellt.

Vorstand und Ausschüsse

Die Wahl des Vorstandes und der Ausschüsse hatte folgendes Ergebnis:

I. Vorstand der Ärztekammer Nord-Württemberg

*Dr. Hans Neuffer Vorsitzender Stgt.-Degerloch, einstimmig wiedergewählt	Erlenweg 16 Tel. 77 223
*Dr. Paul Schwoerer stellv. Vors. Waiblingen	Kreiskrankenhaus Tel. 645 (priv. 313)
*Dr. Erich Knosp Rechnerführer Eßlingen	Urbanstr. 5 Tel. 17 310
*Dr. Erika Kopka-Jellinghaus Stuttgart-S Schriftführerin	Hohenheimerstr. 81 Tel. 90 434
*Dr. Theodor Dobler Schorndorf	Fr.-Fischer-Str. 2 Tel. 570
*Dr. Walter Pflüger Stuttgart-W	Hölderlinolat 2 B Tel. 69 012
*Dr. Otto Jakober Stuttgart-N	Feuerbacher Heide 20 Tel. 69 508 Klinik 76 161 Friedrichstr. 31 Tel. 204
Dr. Ottmar Benz Aalen	Kolbstr. 9 Tel. 572
Dr. Friß Glöckler Kirchheim u. T.	Hahnemannstr. 1 Tel. 81 156
Dr. Ilse Reinhardt Stuttgart-N	Nauheimer Str. 45 Tel. 50 788
Dr. Albrecht Schröder Stgt.-Bad Cannstatt	Schwanenstr. 9 Tel. 595
Dr. Werner Walz Heidenheim/Br.	

II. Engerer Vorstand

(Die ersten sieben mit * versehenen Vorstandsmitglieder bilden den Engeren Vorstand.)

III. Finanzausschuß

Dr. Hans Neuffer Vorsitzender Stuttgart-Degerloch	Erlenweg 16 Tel. 77 223
Dr. Erich Knospe Rechnungsführer Eßlingen	Urbanstr. 5 Tel. 17 310
Dr. Ernst Haas Böblingen	Karlstr. 25 Tel. 503
Dr. Werner Röken Stuttgart-W	Hölderlinstr. 54 Tel. 92 441 App. 4864
Dr. Maria Welsch Ludwigsburg	Königsallee 64 Tel. 4522

IV. Ausschuß für berufsständische Fragen

Dr. Paul Schwocer Waiblingen	Kreiskrankenhaus Tel. 645 (Priv. 313)
Dr. Frieda Bender Unterdeufstetten	Kreis Crailsheim Tel. 83
Dr. Johann Enders Ulm/D.	Zinglerstr. 77 Tel. 3323
Dr. Otto Kachel Heilbronn	Louis Hentges-Str. 5 Tel. 2502
Prof. Dr. Alfred Reisner Stuttgart-S	Sonnenbergstr. 25 Tel. 92 769
Dr. Dr. Maximilian Schindera Herrenberg	Hindenburgstr. 15 Tel.: Praxis 476 Wohnung 315
Dr. Karl Zimmerle Stuttgart-W	Hasenbergsteige 4 Tel. 69 644

V. Fürsorge- und Versorgungsausschuß

Dr. Erich Knospe Eßlingen	Urbanstr. 5 Tel. 17 310
Dr. Paul Schwocer Waiblingen	Kreiskrankenhaus Tel. 645 (Priv. 313)
Dr. Waltraute Eibner Eßlingen	Turmstr. 16 Tel. 17 346 App. 304
Dr. Gisela Fichter Stgt.-Vaihingen	Friedrichstr. 2 Tel. 78 014
Dr. Hans Florian Göppingen	Kreiskrankenhaus Tel. 2648
Dr. Ludolf Friederich Backnang	Röntgenstr. 28 Tel. 372
Dr. Wolfgang Gerlach Schwäb. Hall	Langer Graben 27 Tel. 477
Dr. Rudolf Lochmann Eßlingen-Mettingen	Rosenstr. 58 Tel. 17 323

VI. Ausschuß für Fortbildung

Prof. Dr. Helmut Dennig Stuttgart-O	Metzstr. 74 Tel. 40 451
Dr. Nikolaus Busch Ulm/D.	Karlsplatz 6 Tel. 2425
Dr. Maximilian Knedel Göppingen	Zentralkliniken Tel. 3865 App. 52
Dr. Hermann Majer Öhringen	Schillerstr. 25 Tel. 428
Prof. Dr. August Mayer Tübingen	Frauenklinik
Prof. Dr. Alfred Reisner Stuttgart-S	Sonnenbergstr. 25 Tel. 92 769
Dr. Werner Walz Heidenheim/Br.	Schwanenstr. 9 Tel. 595

VII. Facharztanerkennungsausschuß

Prof. Dr. Helmut Dennig Stuttgart-O	Metzstr. 74 Tel. 40 451
Prof. Dr. Kurt Beckmann Stuttgart-O	Am Hohengeren 3 Tel. 42 819
Dr. Rudolf Briel Ludwigsburg	Kreiskrankenhaus Tel. 4147
Dr. Werner Burkart Stuttgart-N	Ehrenhalde 31 Tel. 91 569
Dr. Norbert Ebers Waldhausen	bei Schorndorf Tel. 407 Lorch
Dr. Herbert Eisert Schorndorf	Kreiskrankenhaus Tel. 483
Dr. Friedrich Frey Renningen	Kreis Leonberg Tel. 223
Dr. Ernst Haege Ludwigsburg	Mörkestr. 14 Tel. 3898
Prof. Dr. Alfred Reisner Stuttgart-S	Sonnenbergstr. 25 Tel. 92 769
Dr. Alfons Riegel Schorndorf	Burgstr. 53 Tel. 236
Dr. Hans Schlack Stuttgart-O	Gänseheidestr. 50 Tel. 92 473

VIII. Vorstand der Privatärztlichen Verrechnungsstelle

Dr. Theodor Dobler Vorsitzender Schorndorf	Fr.-Fischer-Str. 2 Tel. 570
Dr. Ernst Haas Böblingen	Karlstr. 25 Tel. 503
Dr. Josef Gillissen Stuttgart-W	Hasenbergstr. 25 Tel. 69 103

ARZTEKAMMER BADEN (US-ZONE)

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztstellen

In der Stadt Pforzheim ist die Kassenarztstelle eines Fach-Röntgenologen frei und zu besetzen. Die Bewerbungen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes beim zuständigen Zulassungsausschuß der KV-Bezirksstelle Pforzheim einzureichen.

Die Bewerber haben den Nachweis zu erbringen, daß sie die Bedingungen der Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit gemäß der Zulassungsordnung vom 8. September 1937 erfüllen haben.

Außerdem sind an Unterlagen einzureichen:

- Geburtsurkunde,
- Heiratsurkunde,

Approbationsurkunde,
beglaubigter Nachweis der Kinderzahl,
Staatsangehörigkeitsnachweis,
Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,
Facharztanerkennung,
polizeiliches Führungszeugnis,
Spruchkammerbescheid bezw. polit. Unbedenklichkeits-
erklärung,
ehrenwörtliche Versicherung, nicht-rauschgiftsüchtig zu sein,
Lebenslauf mit genauen Angaben der Ausbildungszeiten.

VITA: Dr. Hans Neuffer, geb. 18. 1. 1892 in Ludwigsburg
Dr. Theodor Dobler, geb. 7. 1. 1894 in Pflugfelden Krs. Ludwigsburg

Diesem Heft ist eine Prospektbeilage der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart 1, Tübinger Str. 53 über „Medizinische Fachliteratur“ beigelegt.

U.S.-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— 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, Rotenbühlstraße 77. Auflage 8 000, Ausg. Dez. 48.

