

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

5 (1.5.1949)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen
in Württemberg und Baden

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Bad Cannstatt

unter Mitwirkung von Dr. Theodor Dobler, Schorndorf; Dr. Fritz Jelitto, Mannheim; Dr. Hans Kraske, Emmendingen

Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 5

STUTTGART, MAI 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Einladung zum Ärztl. Fortbildungstag in Stuttgart	75
Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen:	
Opposition	75
Dr. Langbein: Die Entstehung und Entwicklung der ärztlichen Organisationen in Deutschland seit Einführung der Sozialversicherung	81
Dr. Schimmelpfennig: Die neue „Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“	90
Dr. Scharpff: Ertragsstaffelkürzung statt Fallstaffelkürzung	95
Prof. Dr. Gaupp, jr.: Fortschritte der Neurologie (II. Teil)	97
Bekanntmachungen	100
Ärztekammer Nord-Württemberg	101
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	103
Ärztekammer Nord-Baden	104

EINLADUNG

zum Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart am Samstag, dem 4. Juni 1949
im Landesgewerbemuseum, Kienestraße 18
(Fernruf 9 22 51—54, App. 2 69)

- 9—10 Uhr **Professor Dr. Beckmann, Stuttgart:**
Neue Gesichtspunkte in der Behandlung der Leberkrankheiten
- 10—11 Uhr **Professor Dr. Pfeleiderer, Stuttgart:**
Über Endometriosen
- 11—12 Uhr **Professor Dr. Zuppinger, Basel:**
Röntgendiagnostik des Mediastinums
- 15—16 Uhr **Professor Dr. Deist, Göppingen:**
Lungentuberkulose
- 16—17 Uhr **Dozent Dr. Adelberger, Wiesbaden:**
Chirurgie der Lungentuberkulose
- 17—18 Uhr **Dozent Dr. Schubert, Tübingen:**
Über Wurmkrankheiten

Ein weiterer Fortbildungstag findet am 2. Juli des Jahres statt.

Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Opposition

Opposition muß sein. Sie hat eine positive Aufgabe, nämlich die, die Stagnation zu verhüten, Kritik an der Mehrheit zu üben, bestehende Verhältnisse zu bessern, Fortschritte zu erzielen, Überlegenheit der Opponenten zu beweisen und, wenn sie obsiegt, selbst die Verantwortung für das zu übernehmen, was ihrer Ansicht nach die Mehrheit verkehrt macht.

Das gilt für die Politik, vor allem für die Politik in der Demokratie. Hier setzt die Aktivität einer Opposition das Bestehen von mindestens zwei Parteien vor-

aus, die in ihren Auffassungen und in ihrem Willen nicht miteinander übereinstimmen.

Auch die Berufe sind gezwungen, Politik zu treiben, und zwar Berufspolitik. Wobei bisher der Sinn der **ärztlichen Berufspolitik** dahin verstanden wurde, mit erlaubten und würdigen Mitteln bestimmte Ziele zu erreichen, aber nicht etwa nur zugunsten des Berufes, sondern zugunsten der Allgemeinheit und namentlich derjenigen, die der Hilfe des einzelnen Arztes oder, wie in der allgemeinen Gesundheits- und Sozialpolitik, der Ge-

samtheit oder eines bestimmten Teiles der Ärzte bedürfen. Der Beruf des Arztes zeichnet sich dadurch aus, daß er mehr als die meisten anderen Berufe nicht um seiner selbst willen oder vorwiegend zur Befriedigung eigener materieller Bedürfnisse des Arztes, sondern zum Wohle der Allgemeinheit und der Kranken ausgeübt werden soll. Wobei es selbstverständlich ist, daß auch der Arzt Anspruch auf eine seiner Leistung, seiner Verantwortung und seiner Bemühung entsprechende Vergütung seiner Arbeit hat.

Opposition entspricht stets der Unzufriedenheit, die einen Widerspruch gegen bestehende Verhältnisse oder gegen die Tätigkeit verantwortlicher Personen oder Organisationen oder Parteien oder einer Mehrheit hervorruft, der sich bei genügender Aktivität der Opponenten zu Angriffen auf das Bestehende oder auf die Verantwortlichen verdichtet mit dem Ziele, sie zu stürzen oder zu verdrängen oder auf andere Weise ihre Tätigkeit unwirksam zu machen. In der Regel ist der Erfolg einer Opposition von dem Nachweise ihrer Überlegenheit abhängig, von der diejenigen überzeugt werden müssen, die der Opposition folgen sollen. Der Appell an die zu Überzeugenden bedeutet die Aufforderung, den bisher verfolgten Zielen untreu, also abtrünnig zu werden und den bisher Verantwortlichen nicht mehr zu folgen.

Je ungünstiger die allgemeine Lage — oft namentlich die wirtschaftliche Lage — eines Berufes ist, um so leichter hat es eine Opposition, Anhänger zu gewinnen. Solche Situationen können ebensogut zur Demagogie verlocken wie Idealisten und Wohlmeinenden Veranlassung geben, sich mit ihren Verheißungen auf Besserung der Lage an diejenigen zu wenden, deren Gefolgschaft gesucht wird und die unter den ungünstigen Verhältnissen leiden.

Die beste und würdigste Art der Opposition ist der ehrliche Meinungskampf, das offene Hervortreten, die Diskussion mit Rede und Gegenrede, wie denn ein kluger Angelsachse kürzlich gesagt hat, daß Demokratie im wesentlichen darin bestehe, daß man über die Dinge rede. Eine solche Opposition ist förderlich, sie gründet sich auf Verantwortungsgefühl. Sie entfaltet ihre Aktivität nicht um ihrer selbst, sondern um der gemeinsamen Ziele willen. Sie beweist von vornherein ihre gute Absicht, sie will der Sache, nicht aber den Führern oder den Anhängern der Opposition dienen.

Die Regeln und Methoden der Politik und namentlich der Parteipolitik lassen sich nicht ohne weiteres auf die Berufspolitik übertragen, schon garnicht auf die der Ärzte. **Denn das einzige wirksame Mittel ärztlicher Berufspolitik ist die Einigkeit aller Angehörigen des Standes, die allein die Selbsthilfe ermöglicht, auf die wir immer wieder angewiesen sind.** Die Ärzte teilen mit den übrigen freien geistigen Berufen das Schicksal, daß sie politisch nahezu machtlos sind. Ihre Zahl ist so gering, daß sie nicht einmal eine politische Partei bilden könnten, selbst wenn sie es wollten. Der Arzt hat auch nicht die Zeit dazu, sich als Parlamentarier zu betätigen, Wahlversammlungen abzuhalten und in der Öffentlichkeit aufzutreten. Er mag sich auch nicht nach außen hin auf ein bestimmtes Parteiprogramm festlegen; denn sein Beruf setzt voraus, daß er allen seinen Kranken unvoreingenommen nur als Mensch gegenübertritt und in dem Kranken nur den Menschen sieht, nicht aber ein Parteimitglied. Die Ärzteschaft ist auch nicht wohl-

habend genug, um durch Geld die Politik zu beeinflussen, was es auch geben soll. Das Wesen ihrer Berufung verbietet es ihr auch, Propaganda für ihre Ziele in der gleichen Weise und mit denselben Methoden zu treiben, wie das anderen Bevölkerungs- oder Berufsgruppen möglich ist. Der Arzt ist im allgemeinen ein unpolitischer Bürger, die Ausübung seines hohen Berufes gründet sich auf die politische Neutralität.

Mit welchen Mitteln hat die ärztliche Ständebewegung in der Vergangenheit ihre Ziele wenigstens teilweise erreichen können? Zunächst — und das ist das A und O jeglicher ärztlicher Berufspolitik — durch festen Zusammenschluß. Sodann durch einheitliche Meinungsbildung mit demokratischen Methoden auf der Grundlage gemeinsamer Berufsauffassung, durch Vertretung der gemeinsam gefundenen Auffassung in der Öffentlichkeit und gegenüber dem Gesetzgeber, den Regierungen und den gemeinsamen Gegnern. Deren hat der Arzt genug, möge die Gegnerschaft auch nur darin bestehen, daß man das Wesen unseres Berufes nicht versteht oder nicht verstehen will und daß man uns die besondere Stellung nicht einräumen zu sollen glaubt, deren der Arzt, der auf die Achtung und das Vertrauen der Allgemeinheit und der Kranken angewiesen ist, bedarf.

Diese Methoden hat der „**Deutsche Ärztevereinsbund**“ angewandt und manches mit ihnen erreicht. Er sorgte für den örtlichen Zusammenschluß der Ärzte zu Ärztevereinen und vereinigte die Ärztevereine zu einer Reichsorganisation. Als aber große gesetzlich begründete Zwangsorganisationen zur Versicherung großer Teile des Volkes gegen Krankheit, Unfall und Invalidität geschaffen wurden, die unter dem Schutze des Staates dem Arzte als Vertragspartner gegenübertraten, erwies sich der „**Deutsche Ärztevereinsbund**“ als zu schwach, um die Rechte des Arztes diesen mächtigen monopolistischen Gebilden gegenüber verteidigen zu können. Er vermochte es nicht, einer unangemessenen Ausdehnung der Sozialversicherung wirksam entgegenzutreten, eine der ärztlichen Aufgabe würdige Stellung des Arztes zu erkämpfen, eine zweckmäßige gesetzliche Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durchzusetzen und den moralischen und wirtschaftlichen Niedergang des Standes aufzuhalten. Reichstag, Reichsregierung und Krankenkassen waren die Gegner — gesetzliche Institutionen also, öffentlich-rechtliche Einrichtungen, Instanzen und Körperschaften, denen der einzelne Arzt, die privatrechtlichen Ärztevereinigungen und der ebenfalls privatrechtliche Ärztevereinsbund hilf- und machtlos gegenüberstanden.

Den Krankenkassen stand es damals frei, die Beziehungen zu den Ärzten nach freiem Ermessen zu gestalten, die Zahl der zuzulassenden Ärzte selbst zu bestimmen, das Vertragsverhältnis einseitig wieder zu beenden, den Kassenarzt in seiner Tätigkeit zu überwachen, in seine Arbeit hineinzureden und ihm Vorschriften über seine Behandlungstätigkeit zu machen. Der Arzt war gezwungen, sich bei jeder einzelnen Krankenkasse um Zulassung zu bewerben. Die Bezahlung der kassenärztlichen Tätigkeit erfolgte anfänglich in der Regel durch ein **von der Krankenkasse festgesetztes Pauschale** von dürftigster Höhe. Weigerte sich ein Arzt, auf die Bedingungen einzugehen, so wurde ein anderer an seiner Stelle zugelassen. Zeigte er sich nach der Zulassung nicht willfährig oder lehnte er eine Verminderung sei-

ner Bezahlung ab, so drohte ihm die Entlassung. Da eine feste aus einzelnen Ärzten bestehende Organisation nicht bestand (der Ärztevereinsbund setzte sich aus Vereinen zusammen), erwies es sich als unmöglich, die Ärzte von dem Eingehen unwürdiger Bedingungen und davon abzuhalten, ihrem noch mit einem Rest von Selbstbewußtsein ausgestatteten Kollegen in den Rücken zu fallen und ihn zu verdrängen, indem er sich zu noch schäbigeren Bedingungen anbot. Der **Einzelvertrag** zwischen dem Kassenarzte und jeder einzelnen Krankenkasse war die Regel. Es ist klar, daß unter der Herrschaft eines solchen Systems nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Versicherten die Arbeitskraft des Arztes ausnutzten. Der Verfasser entsinnt sich eines eigenen Erlebnisses, das er als Student beim Besuch seines Onkels hatte, der Bahnkassenarzt war.

Der Vater eines an Masern ohne besondere Komplikationen erkrankten Kindes, das bereits zweimal besucht worden war, verlangte zu später Stunde ohne besonderen Anlaß einen nochmaligen Besuch. Als der Arzt ihn zwar ausführte, aber dabei auf die Unnötigkeit eines dritten Hausbesuches hinwies, erwiderte der Vater des Kindes in höchster Erregung: „Und wenn ich Sie am Tage oder in der Nacht siebenmal bestelle, so haben Sie siebenmal zu kommen!“ Der Arzt beschwerte sich in angemessener Weise mündlich über das Verhalten des Versicherten bei dem die Bahnkassenkasse leitenden Regierungsrat, worauf ihm ohne weitere Erörterung eröffnet wurde: „Dann betrachten Sie sich also von morgen ab nicht mehr als Kassenarzt, nicht wahr, Herr Sanitätsrat?“ —

Von freier Arztwahl und von Kollektivverträgen war keine Rede, sie wurden Jahrzehnte hindurch von den Krankenkassen auf das schärfste bekämpft. Der Gesetzgeber lehnte dieses System ab, das allein geeignet ist, die Unabhängigkeit des Kassenarztes zu sichern und die Menschenrechte des Versicherten zu wahren.

Diese Tragödie des deutschen Arztums und der verletzten Würde des Kranken und des Arztes ist eine geschichtliche Tatsache.

Daß die deutsche Ärzteschaft sich aus ihrer moralischen Erniedrigung und aus dem wirtschaftlichen Verfall wieder emporarbeiten konnte, verdankt sie dem Schöpfer des „**Verbandes der Ärzte Deutschlands**“, **Hermann Hartmann** in Leipzig, der es vermocht hat, den weitaus größten Teil der Ärzte zu einer festen Kampfgemeinschaft zusammenzuschließen. Er wurde zum Bundesgenossen der Führer des „**Deutschen Ärztevereinsbundes**“, rief die Ärzte zur **Selbsthilfe** auf und leitete einen Kampf um die moralische und wirtschaftliche Existenz des deutschen Arztes ein, dessen Früchte wir heute genießen, ohne uns oft schauernd jener kaum glaublichen Zustände und dankbar der Opfer zu erinnern, die die Kassenärzte zu ihrer Befreiung aus unwürdiger Abhängigkeit zu bestehen gezwungen waren.

Hartmanns Kampfmethodik bestand in der Verhängung des vertraglosen Zustandes bei dem die Kassenärzte eines Bereiches oder des ganzen Reichsgebietes gleichzeitig ihre Verträge kündigten und die Kassenmitglieder als Privatpatienten zu mäßigen Gebührensätzen behandelten. Die Krankenkassen waren gezwungen, während dieser Zeit den Versicherten die Arztkosten ganz oder teilweise zu ersetzen. Der vertraglose Zustand — dessen Durchführung oft genug durch das Ein-

springen von Nothelfern (Streikbrechern) und durch die Errichtung kasseneigener Behandlungsinstitute sehr erschwert wurde — wurde so lange durchgehalten, bis die Krankenkassen oder ihre Landes- oder Reichsverbände ganz oder teilweise auf die von der Ärzteschaft erhobenen Forderungen eingingen. Es gelang dem nach seinem Begründer später „**Hartmannbund**“ genannten Leipziger Verbände, in weiten Teilen Deutschlands das System der organisierten freien Arztwahl zu erkämpfen. Hartmann hat die gesetzliche Festlegung dieses Systems nicht mehr erlebt, seine Nachfolger haben sie erreichen können. An der Wende der Jahre 1931/32 einigten sich die Parteien in freier Vereinbarung auf eine Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die im wesentlichen heute noch gilt. Sie entspricht in fast allen Einzelheiten den programmatischen Forderungen des Hartmannsbundes, trägt aber auch den Erfordernissen der Sozialversicherung und ihrer Träger Rechnung. Die Reichsregierung erhob die Vereinbarungen zum Gesetz. Staatssekretär **Griesser**, Staatssekretär **Krohn** und Ministerialrat (heute Präsident des Bayerischen Landesversicherungsamtes) **Sauerborn** haben das historische Verdienst, im Interesse der Versicherten den erbittert geführten Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen, gestützt auf die Einsicht und den Friedenswillen der beiden Gruppen, glücklich beendet und einen nunmehr 17 Jahre währenden Arbeitsfrieden in der Krankenversicherung begründet zu haben.

Wie jeder Kampf zwischen gleichstarken Gegnern endete auch dieser mit einem gerechten Ausgleich.

Die Ärzte erreichten die Heraufsetzung der Verhältniszahl der zuzulassenden Ärzte auf 1 : 600 Versicherte und eröffneten damit den damals auf Zulassung wartenden jungen Kollegen den Eintritt in die Kassenpraxis. Heute ist die organisierte freie Arztwahl das allein geltende Arztsystem in der deutschen Krankenversicherung. Die Zulassung erfolgt nach gesetzlichen Vorschriften durch Zulassungsinstanzen und Berufungsinstanzen, in denen Vertreter der Ärzte (darunter nicht zugelassene Ärzte), der Krankenkassen und unparteiliche Mitglieder entscheiden.

Die Zulassung erfolgt für alle Kassen eines bestimmten Bezirkes, sie kann nur durch Beschluß der Zulassungsinstanzen beendet werden.

Der Kassenarzt schließt keinen Vertrag mit der Krankenkasse und steht selbst in keinerlei unmittelbarer Rechtsbeziehung zu ihr. Die Verträge werden vielmehr von den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen, die damit den Krankenkassen gegenüber die Gewähr für die ausreichende und zweckmäßige ärztliche Versorgung der Versicherten übernehmen. Der Kassenarzt ist nicht den Kassen, sondern der Kassenärztlichen Vereinigung, also der Gesamtheit seiner Kollegen gegenüber für die ordnungsgemäße Erfüllung seiner Pflichten verantwortlich.

Damit ist die Unabhängigkeit des Kassenarztes von der Krankenkasse gesetzlich gesichert, an die Stelle der Ordnungsgewalt des Versicherungsträgers ist die **Kassenärztliche Selbstverwaltung** getreten. Sie kann nur wirksam werden, wenn alle Kassenärzte der Vereinigung angehören, um ihre Angelegenheit selbst durch Mehrheitsbeschlüsse zu ordnen, denen sich jeder zu fügen hat.

Kommen Verträge nicht zustande, so setzen gesetzlich begründete Schiedsverfahren ein, an denen die Parteien und Unparteiische mitwirken.

Die Durchführungsbestimmungen zu den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung erlassen die Vertreter der Verbände der Krankenkassen und der Ärzte unter Beteiligung von unparteiischen Mitgliedern im Ausschuß und in den Landesausschüssen für Ärzte und Krankenkassen. Die beiden Parteien sind also zu einer gesetzlich begründeten Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, die an Stelle des Gesetzgebers zur Regelung ihrer Beziehungen durch **Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung** berufen ist.

Damit sind die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die Rechte und Pflichten des Kassenarztes und das Recht des Kranken auf die freie Wahl eines Arztes **öffentlich-rechtlich** geregelt. Die als Untergliederungen des Hartmannbundes ehemals privatrechtlichen Vereinigungen der Kassenärzte sind öffentlich-rechtliche Körperschaften geworden, die den Krankenkassen als Organe der Krankenversicherung **gleichberechtigt** und gleichstark gegenüberstehen. Der Kassenarzt ist unter Bewahrung seiner Berufsfreiheit aus einem Arbeitnehmer der Krankenkasse zum Träger einer öffentlichen Aufgabe geworden, ohne Heilbeamter oder Angestellter zu sein. Seine Stellung und seine Rechte sind durch das Gesetz geschützt. Der ärztliche Beruf ist auch in der Sozialversicherung ein freier geistiger Beruf geblieben.

Mit dieser gesetzlichen Ordnung ist die Festlegung des Bezahlungssystems verbunden; es gilt das vor 1931/32 bereits von der Hälfte der ärztlichen Organisationen freiwillig vereinbarte Kopfpauschalssystem mit der Besonderheit, daß sich die Höhe der Gesamtvergütung nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf für ein Kassenmitglied bestimmt. Dabei sind neben den allgemeinen Erfahrungsgrundsätzen die besonderen Umstände bei der Kasse, die wirtschaftlichen Notwendigkeiten und die jeweiligen Änderungen im Grundlohn zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütung wird an die kassenärztliche Vereinigung gezahlt, der Kassenarzt hat nicht mehr selbst wie in der Vergangenheit mit einer Mehrzahl von Kassen noch einer Mehrzahl verschiedenartiger Verträge abzurechnen, steht also auch in dieser Beziehung in keinem Rechtsverhältnis zur Kasse. Die Gesamtvergütung wird unter den Kassenärzten nach einem Verteilungsmaßstabe verteilt, den sie in ihrer Gesamtheit durch Mehrheitsbeschluß selbst aufstellen.

Der Nationalsozialismus hat das hier kurz geschilderte Ergebnis der Einigung von 1931/32 dahin geändert, daß er die örtlichen und bezirklichen kassenärztlichen Vereinigungen zu einer Reichsvereinigung der KVD. zusammengefügt hat, deren Untergliederungen unselbständige Verwaltungsstellen und deren Organe diktatorisch waltende „Leiter“ waren (was bei den Krankenkassen **heute noch** der Fall ist!). Nach 1945 haben sich die Landesgliederungen unverzüglich im demokratischen Sinne reorganisiert, sie sind — nach einer Übergangszeit, in der die Ärztekammern ihre Aufgaben übernommen hatten — selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechtes geworden, die sich je nach der Größe des Landes zum Teil in Bezirksstellen untergliedern. Ihr oberstes Organ ist heute die Mitgliederversammlung, d. h. die Gesamtheit aller Kassenärzte. Die Vorstände, Beiräte und Ausschüsse sind nur gewählte und

beauftragte Sachwalter der Gemeinschaft, die den Willen der Gesamtheit zu vollziehen und deren Beschlüsse auszuführen haben. Die Standesobrigkeit in der KV. ist also von der echten demokratischen Selbstverwaltung abgelöst, an der alle Kassenärzte teilnehmen und der alle unterworfen sind. Wenn mancherorts noch gelegentlich Klage über eine zu große Selbständigkeit der Vorstände geführt wird, so bedarf es nur der Bemühung der Beteiligten, von ihren demokratischen Rechten Gebrauch zu machen, die Befugnisse der Organe zu beschränken und — **sich selbst zu verwalten**, d. h. alle Entscheidungen durch Mehrheitsbeschlüsse herbeizuführen. —

Wozu dieser weitschweifige Rückblick auf die Entstehungsgeschichte des kassenärztlichen Rechtes und warum die Gegenüberstellung eines glücklicherweise überwundenen mit dem heute bestehenden Zustande?

Es gibt heute Ärzte, die das zerstören wollen, was eine Generation von Ärzten in zähem mehr als dreißigjährigem Ringen um der Freiheit des Kranken und des Arztes willen mühsam und unter Opfern erkämpft hat.

Es gibt also eine Opposition. Wir meinen damit aber nicht jene, die mit vollem Rechte eine Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage durch angemessene Erhöhung der kassenärztlichen Vergütungen fordert. Diese Opposition richtet sich nicht gegen die ärztlichen Organisationen und nicht gegen das kassenärztliche Rechtssystem, sondern gegen die Krankenkassen und Kassenverbände, die eine Angleichung der Kassenhonorare an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse bisher noch nicht zugestanden haben. In dieser Opposition stehen die kassenärztlichen Vereinigungen selbst, und sie verhandeln deshalb mit den Kassenverbänden über eine sofortige Erhöhung des Kassenarzthonorars als Sofortmaßnahme, aber auch über eine Überprüfung des 1932 abgeschlossenen Honorarabkommens, das sich nach unserer Überzeugung nicht so ausgewirkt hat, wie es dem Willen der Vertragschließenden entsprach.

Die Verhandlungen sind noch nicht abgeschlossen. Sollen sie Erfolg haben, so muß auch hier wieder die Vorbedingung erfüllt sein, **daß die Ärzte und ihre Organisationen einig sind**. Einig in ihren Forderungen, einig in den Verhandlungen und einig in ihrem Verhalten gegenüber den Vertragspartnern. Sonderverhandlungen in einzelnen Bereichen sind erfahrungsgemäß fast immer nachteilig. Sie sollten nur nach vorheriger Verabredung und nach bestimmtem Plane geführt werden — genau so macht es die Gegenseite, und wenn sie eine Einheitsfront bildet, so sind wir dumm, wenn wir nicht das gleiche tun.

Nein, nicht jene allgemeine Opposition gegen die ungenügende Bezahlung der kassenärztlichen Leistung meinen wir heute, sondern die Opposition gegen das kassenärztliche Rechtssystem und gegen seine Träger, die kassenärztlichen Vereinigungen. Und auch hier haben wir nicht die wohlmeinenden Kritiker im Auge, die das System verbessern oder es mit wohlbegründeten Argumenten durch ein anderes ersetzen möchten. Wir meinen vielmehr einzelne kleine Gruppen, die in völliger Unkenntnis der Vergangenheit, in Unkenntnis der Bedeutung des geltenden Rechtes und in Unkenntnis der folgenschweren Tragweite seiner Änderung das Bestehende zu zerstören trachten und mit ihren Proklamationen Wasser auf die Mühlen der Gegner des ärztlichen Standes treiben.

Eine solche Gruppe ist das „Komitee der freien Ärzte“.

Es ist von jeher der Fehler der Deutschen gewesen, maßlos zu sein und mit dieser Maßlosigkeit jedes Prinzip und sich selbst zu Tode zu reiten. War es gestern die Maßlosigkeit der Einzelherrschaft, so ist es heute die der Propagierung der Freiheit. Es gibt für keinen Menschen auf dieser Welt völlige Freiheit. Die Freiheit des Bürgers findet sofort ihre Grenze, wenn sie mit dem gleichen Freiheitsanspruch des anderen Bürgers zusammenstößt. Eine vernünftige Gestaltung des Zusammenlebens der Menschen ist nur möglich durch maßvolle Beschränkung der Freiheit des einzelnen, das ist das Geheimnis jeder sozialen Ordnung, und je einsichtiger der Mensch durch Bildung und Erziehung geworden ist, um so weniger verschließt er sich dieser Erkenntnis. Es handelt sich also wieder einmal darum, die richtige Grenze zu finden. Sie liegt für den Kassenarzt dort, wo die Interessen anderer beginnen: die Interessen der Kranken, der übrigen Kassenärzte, der Versicherungsträger. Es ist gerecht abzuwägen, wessen Anspruch die größte Berechtigung hat, wobei als praktisch erreichbares Ziel nur die Bemühung bleibt, die Interessen aller miteinander zu verbinden und jeden zu seinem Recht kommen zu lassen. Dazu gehören der Wille zur Objektivität, Rücksichtnahme auf andere und die Bereitschaft, das eigene heilige Ich aus dem Mittelpunkt der Betrachtungsweise zu entfernen.

Was ist mit dem „Komitee der freien Ärzte“?

Im Februar 1949 gelangte an einen großen Teil der Ärzte eine Postwurfsendung, die das Programm des Komitees enthält. Auf der Drucksache befindet sich neben einigen kleinen Anzeigen ein Inserat der Firma Knoll AG., Ludwigshafen, das etwa $\frac{2}{3}$ einer Seite einnimmt. Das Inserat wurde, wie uns bekannt geworden ist, von dem Komitee der freien Ärzte ohne Auftrag der Firma Knoll abgedruckt, von der wir wissen, daß sie in keiner Verbindung zu dem Komitee der freien Ärzte steht. Der an alle Ärzte und Ärztinnen gerichtete Aufruf enthält keine Namensunterschrift, auch sonst ist aus der Drucksache nicht zu ersehen, wer für das Komitee zeichnet. Wir würden das Komitee für einen Geheimbund halten, wenn es sich nicht einige Monate später in einer hessischen Tageszeitung mit einem Eingesandt zu Worte gemeldet hätte. Das Eingesandt zeigt am Schluß den Vermerk: „Unterschrift unleserlich“. Auch der von dem Komitee mit einzelnen Ärzten geführte Schriftwechsel ist nicht mit einem Namen unterzeichnet. Die führenden Persönlichkeiten des Komitees sind uns aber bekannt. Keiner von ihnen kann schon nach ihrer Vergangenheit das Format eines **Hartmann** zugebilligt werden, wie es sein müßte, wenn die großen Ziele erreicht werden sollen, die sich das Komitee gesteckt hat.

Den Inhalt des Aufsatzes setzen wir als bekannt voraus. Das Komitee der freien Ärzte „bietet“ also der deutschen Ärzteschaft die Tatsache, daß eine Zwangsmitgliedschaft zu den Ärztekammern nicht mehr besteht, daß die Koalitionsfreiheit auch für den Stand der Ärzte herrscht. Ob das Komitee damit das Verdienst für sich in Anspruch nehmen will, den bisherigen Rechtsstatus der Ärztekammern aufgehoben zu haben, wissen wir nicht. Bekanntlich ist die Aufhebung der Pflichtmitgliedschaft der Ärzte bei den Ärztekammern von der Amerikanischen Militärregierung für den Bereich ihrer Besatzungszone verfügt worden, es mag sein, daß das Komitee die Besatzungsbehörde dazu aufgefordert hat. Wir wollen heute das Problem der Pflichtmitgliedschaft bei

den Kammern nicht erörtern, sondern verweisen dazu auf die „**Ärztlichen Mitteilungen**“, die sich mit dieser Frage beschäftigen werden. Nicht aufgehoben ist jedenfalls die Pflichtmitgliedschaft zur Kassenärztlichen Vereinigung. Sie zu begründen haben wir oben versucht. Es mag sich jeder ein Urteil darüber bilden, ob unsere Begründung überzeugend ist oder nicht. Die Zerstörung der Kassenärztlichen Vereinigungen haben bisher nicht einmal die Krankenkassen, geschweige denn die für die Sozialversicherung verantwortlichen Regierungen und gesetzgebenden Körperschaften gefordert, weil sie das Weiterbestehen der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer bisherigen Form für unbedingt notwendig zur Regelung des ärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung halten. Auch die Militärregierung hat bisher nicht in den Rechtsstatus der Kassenärztlichen Vereinigungen eingegriffen, sondern nur deren Reorganisation im demokratischen Sinne gefordert, die längst erfolgt ist.

Nach dem Aufruf herrscht erst jetzt Koalitionsfreiheit, und es wird der Anschein erweckt, als habe sie bis dahin nicht bestanden. Kein Arzt aber und keine Ärztesgruppe ist bisher daran gehindert gewesen, vom Koalitionsrechte Gebrauch zu machen und sich zu einer ärztlichen Vereinigung beliebiger Art zusammenzuschließen. Zahlreiche besondere Vereine der Fachärzte, der Bahnärzte, der Badeärzte, politisch orientierter Ärzte und anderer Ärztesgruppen sind dann auch tatsächlich entstanden, ohne daß dagegen von irgendeiner Seite Einspruch erhoben worden wäre.

Die Wiederherstellung der Niederlassungsfreiheit haben alle Ärztekammern durch gemeinsamen Beschluß bereits im April 1948 gefordert, und der 51. Deutsche Ärztetag hat im Oktober 1948 in Stuttgart diesen Beschluß bestätigt. Wenn die Ärztekammern sich überhaupt um die Regelung der Niederlassung im Sinne einer planmäßigen Verteilung der Ärzte bemüht haben, so ist es teils auf Anordnungen der Militärregierungen, teils auf Anordnung deutscher Regierungsstellen geschehen. Jedenfalls ist die Niederlassung wieder völlig freigegeben, wie sie es von jeher war. Ob es aber klug war, von jeder Möglichkeit zu einer vernünftigen Verteilung der Ärzte abzusehen, und ob dieser Verzicht den niederlassungsbereiten Ärzten zum Vorteile gewesen ist, steht auf einem anderen Blatt. Eine Forderung haben die Ärztekammern allerdings im Bewußtsein ihrer Verantwortung und in Kenntnis der ungenügenden Ausbildung eines Teiles der im Kriege und unmittelbar nach dem Kriege approbierten Ärzte erhoben: daß die Niederlassung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in selbständiger Praxis erst gestattet sein solle, wenn der Arzt nach seinem Staatsexamen eine ausreichende praktische Ausbildung von bestimmter Dauer erworben hat. Die Bevölkerung hat einen Anspruch darauf, vor Ärzten geschützt zu werden, die ohne eigenes Verschulden nicht in der Lage gewesen sind, die auf der Hochschule erworbenen theoretischen Kenntnisse durch praktische Berufsausübung am Krankenbett unter der Aufsicht erfahrener Kollegen zu ergänzen.

Zugleich mit der Approbation soll nach den Forderungen des Komitees der freien Ärzte nicht nur das Recht zur sofortigen Niederlassung, sondern auch das Recht zur Teilnahme an der kassenärztlichen Tätigkeit verliehen werden. Das bedeutet, daß auch der Versicherte nicht mehr den Anspruch darauf haben soll, daß ihm seine Krankenkasse hinreichend ausgebildete

Kassenärzte zur Verfügung stellt. Bisher ist von keiner Seite Einspruch dagegen erhoben worden, daß der Kassenarzt, der auf Kosten des Versicherungsträgers ärztliche Behandlung ausüben will, gut ausgebildet und allen Forderungen des kassenärztlichen Dienstes gewachsen sein soll. Wer sich diesen Bedingungen nicht unterwerfen will, sollte den Beruf des Arztes nicht ergreifen und darauf verzichten, Kassenarzt werden zu wollen. Die Vorschriften über die Voraussetzungen für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit sind so alt, daß sich auch die in den letzten Jahren approbierten Ärzte von ihrem Vorhandensein Kenntnis verschaffen konnten, wie es denn überhaupt von jedem jungen Menschen, der einen Beruf ergreift, erwartet werden muß, daß er sich über seine Berufsaussichten und die besonderen Bedingungen der Berufsausübung rechtzeitig unterrichtet, um keine Enttäuschungen zu erleben. Wer Arzt wird, wendet sich einem freien geistigen Berufe zu, mit dessen Ausübung der Anspruch auf Versorgung oder wirtschaftliche Sicherung nicht ohne weiteres verbunden ist. Wer Wert darauf legt, eine solche Sicherung seiner Existenz zu finden, sollte sich einem Berufe zuwenden, der im Beamtenverhältnis ausgeübt wird. Das aber will offenbar auch das Komitee der freien Ärzte nicht, denn es betont, die von ihm propagierte Neuordnung dürfe nie dazu führen, daß etwa der Arzt ein Angestellter der Versicherungsträger wird, worin wir ihm übrigens durchaus beistimmen. Die „Geschützte Abhängigkeit“ soll der Arzt, wenn er sie sucht, nach den Wünschen des freien Komitees nur durch Ausbau der Stellen für Industrieärzte finden. Auch wir sind für diesen Ausbau, nicht aber dafür, daß die Tätigkeit des Werksarztes in Abhängigkeit ausgeübt wird, auch der Werksarzt muß in seiner Berufsausübung frei und nur seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich bleiben, wie es auch den Forderungen der bereits tätigen Werksärzte entspricht.

Nun zu den eigentlichen Kernsätzen und programmatischen Forderungen des Komitees:

„Alle anderen sollen freie Tarifpartner der Versicherungsträger sein und bleiben.“

Das bedeutet nichts anderes als die Rückkehr zum Einzeldienstvertrage des Kassenarztes, dessen Eigenart und dessen Rechtsfolgen für den Arzt wir oben ausführlich dargestellt haben. Der Kassenarzt soll also in seine Isolierung und seine Schutzlosigkeit zurückversetzt werden und es soll der Zustand wiederkehren, dessen unglückselige Wirkungen **Hermann Hartmann** zur Gründung des „**Leipziger Verbandes**“ und die deutschen Ärzte zur Anwendung der Mittel der Selbsthilfe zum Zwecke der Befreiung aus der Abhängigkeit vom Versicherungsträger veranlaßt haben. Auch das will aber offenbar das Komitee nicht. Es äußert sich aber nicht darüber, wie eine solche Rückwärtsentwicklung mit allen ihren Folgen aufgehalten werden könnte. Soweit zu dieser entscheidend wichtigen Frage in dem Aufruf Stellung genommen wird, geschieht es durch folgenden Satz:

„Das kann auch geschehen durch Vermittlung der verschiedenen Verbände, die nun mit der Koalitionsfreiheit entstehen und denen sich jeder nach seinem freien Ermessen frei anschließen kann.“

Wir haben daran erinnert, daß nur eine möglichst alle Ärzte umfassende kampfkraftige geschlossene ärztliche Organisation in der Lage gewesen ist, dem Kassenarzte seine Freiheit wiederzugeben und ihm würdige Arbeits-

bedingungen zu erkämpfen. Das Komitee will es der Entwicklung überlassen, ob und wieviele Vereinigungen sich bilden sollen. Es propagiert geradezu die Zersplitterung der Ärzteschaft, während auf der anderen Seite festgefügte Vereinigungen gesetzlich begründeter öffentlich-rechtlicher Körperschaften bestehen, die nunmehr die einzelnen freien Vereinigungen der Kassenärzte gegeneinander ausspielen und sie damit zu Ohnmacht und Hilflosigkeit verurteilen könnten. Keine Forderung des Komitees der freien Ärzte ist so sehr dazu angetan, abschreckend auf jeden einsichtigen Arzt zu wirken wie diese. Würde das Komitee folgerichtig denken und danach sein Handeln einrichten, so würde die stärkste Persönlichkeit unter ihnen dem Beispiel **Hartmanns** folgen und den Hartmannbund von neuem ins Leben rufen. Das aber kann niemals durch die Bildung einer beliebigen Anzahl einzelner Vereinigungen geschehen, die nebeneinander und sehr bald gegeneinander um die Partnerschaft mit dem Gegenspieler kämpfen und dabei wohl kaum die Bedingungen erzielen würden, die allein durch geschlossenes Auftreten erreicht werden können.

Der übrige Inhalt des Aufrufes ist von geringer Bedeutung. Auch die kassenärztlichen Vereinigungen müssen nach demokratischen Gesichtspunkten Rechenschaft ablegen über die von den Versicherungsträgern eingehenden Beträge, und zwar in aller Öffentlichkeit. Dazu zwingt sie das Gesetz und dazu haben die Aufsichtsbehörden der kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis, für ein satzungsmäßiges Verhalten der Vereinigungen Sorge zu tragen. Jeder Kassenarzt hat das unbestrittene Recht, Einblick in die Geschäftsführung und in die Bücher zu nehmen, Rechenschaftsberichte in den Versammlungen zu fordern und die unmittelbare Mitwirkung an der Erfüllung der Aufgaben der KV. zu beanspruchen. Wenn die Mitglieder von diesem Recht keinen Gebrauch machen, so haben sie noch nicht wieder gelernt, ihre demokratischen Rechte anzumelden und sich der Möglichkeiten zu bedienen, die eine demokratische Institution ihnen nach Gesetz und Satzung gewährt. Es ist auch unser Wunsch, einen Teil der kassenärztlichen Vergütungen zur Fürsorge und für arbeitsunfähige Kollegen und ihre Hinterbliebenen verwenden zu können. Eine solche Verwendung würde aber bei dem derzeitigen Stand der Gesetzgebung unzulässig sein, womit nicht gesagt ist, daß man insoweit nicht eine Änderung anstreben sollte. Im übrigen steht es aber den Kassenärzten frei, durch Beschluß auf Teile ihrer kassenärztlichen Vergütungen zugunsten der Wohlfahrtseinrichtungen zu verzichten.

Das Komitee der freien Ärzte hat, wie wir mitteilten, auch in einer hessischen Tageszeitung in einem Eingekleidet mit unleserlicher Unterschrift das Wort ergriffen. Es bezeichnet darin den bisherigen Rechtsstatus der Ärztekammern als einen „**unwürdigen Zustand**“, weil er sich auf die Pflichtmitgliedschaft zu den Ärztekammern gründe. Das Komitee verleugnet damit jene Forderungen, die die deutsche Ärzteschaft Jahrzehnte hindurch auf ihren Ärztetagen erhoben hat und bezichtigt den hochverdienten Standesführer der Ärzte, **Geheimrat Dr. Dr. Stauder**, der Herbeiführung eines für die Ärzte unwürdigen Zustandes, der zuletzt im Jahre 1931 auf dem Kölner Ärztetag die Errichtung einer Reichsärztekammer und von Landesärztekammern mit Pflichtzugehörigkeit aller Ärzte unter dem Beifall und mit einhel-

liger Zustimmung des Deutschen Arzteskongresses gefordert hat. Wir glauben nicht, daß das Begehren des Komitees, die zur Rettung des ärztlichen Standes aus moralischem und wirtschaftlichem Verfall geschaffenen Standeseinrichtungen zu zerstören, Widerhall in der deutschen Ärzteschaft finden wird.

Die Ziele des freien Komitees ergeben sich im übrigen aus der geplanten Satzung, deren Wortlaut uns bekannt geworden ist. Das Komitee will ein Verein werden, dessen Zweck es ist: alle diejenigen Ärzte sollen sich zusammenschließen, die eine wirkliche Freiheit von allen Zwangsbindungen als ihr Ziel anstreben. Dazu wäre nur das zu wiederholen, was wir über Freiheit und Ungebundenheit, Zügellosigkeit und Bindung gesagt haben. Das Komitee will ferner nach seiner Satzung die ihm angeschlossenen Mitglieder in allen Fragen gegenüber allen Behörden, Dienststellen und dgl. auf ihren Wunsch vertreten, also neben den bestehenden ärztlichen Berufsorganisationen eine neue bilden und damit die Geschlossenheit des Standes aufheben. Daß es dem Komitee mit diesen Absichten ernst ist, ergibt sich daraus, daß es bereits an Vertragspartner der ärztlichen Organisationen herangetreten ist mit dem Wunsche, ebenfalls Verträge mit ihnen abzuschließen. Wir glauben nicht, daß unsere Vertragspartner geneigt sein werden, solchen Wünschen stattzugeben, es sei denn, daß sie hierin einen Vorteil für sich erblicken, der natürlich gleichzeitig ein Nachteil für die Ärzteschaft sein würde.

Aber damit nicht genug. Das freie Komitee hat auch Eingaben an deutsche Behörden und an Dienststellen der Amerikanischen Militärregierung gerichtet, und zwar in Form einer Anklage gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Zulassungsausschüsse mit dem Begehren, auf Grund des Gesetzes Nr. 56 der Militärregierung gegen diese Organisationen einzuschreiten.

Dieses Vorgehen kennzeichnet am besten die demokratische Sinnesart des Komitees und seiner Anhänger. Demokratisch würde es sein, innerhalb des Berufes und seiner Organisationen Kritik zu üben und nötigenfalls Änderungen zu fordern. Ein würdiges demokratisches Mittel wäre das der Diskussion und die Herbeiführung von Mehrheitsbeschlüssen gewesen in Angelegenheiten, die für das berufliche und wirtschaftliche Schicksal eines jeden einzelnen Arztes von entscheidender Bedeutung sind. Wenn die Besatzungsmächte das Entstehen einer wirklichen Demokratie in Deutschland fordern, so können sie das Vorgehen des freien Komitees nicht billigen, und wir können uns nicht vorstellen, daß sie ihre Maßnahmen gegen den Willen des überwiegenden Teiles

der Ärzteschaft nach dem Willen einiger Außenseiter einrichten werden; denn es handelt sich hier eben nicht allein um Rechte des Arztes, sondern um Rechte des Kranken und namentlich des kranken Versicherten, dem die organisierte ärztliche Hilfe der Kassenärzte zur Verfügung gestellt werden muß nach Grundsätzen, die sich bewährt haben und die das Ergebnis jahrzehntelanger Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen sind.

Die Argumentation des Komitees ist in einem wichtigen Punkte irreführend:

Die Kammern, deren Rechtsstatus nach den Anordnungen der US-Militärregierung geändert wird, **hören nicht etwa auf zu bestehen!** Sie bleiben auch dann weiter tätig, wenn sie nicht mehr öffentlich-rechtliche Körperschaften sind und die Pflichtmitgliedschaft nicht mehr besteht. Dasselbe würde natürlich für die Kassenärztlichen Vereinigungen gelten, wenn ihr Rechtsstatus dank den Bemühungen des Komitees geändert werden sollte. Und in diesem außerhalb jeder Wahrscheinlichkeit liegenden Falle würden die Kassenärztlichen Vereinigungen von selbst in den Hartmannbund zurückverwandelt sein. Wozu also eigentlich ein neuer Verein? Offensichtlich wollen seine Begründer die Usurpatoren der bestehenden Standeseinrichtungen werden. Oder ist es dem Komitee wirklich ernst mit seiner Absicht, an die Stelle der KV. eine *Arztebank* zu setzen, wie es einige seiner Anhänger propagieren? Wenn das der Fall ist, wird vom Komitee der freien Ärzte die Rückkehr zum Rechtsstatus des Gewerbetreibenden als Hochziel deutschen Arztiums programmatisch empfohlen. Für diese Enthüllung der eigentlichen Absichten der Reformatoren des Arztrechtes müssen wir dankbar sein: Die Genossenschaftsbank als Trägerin der ärztlichen Berufsidee und als Organ der Krankenversicherung! Was sagt dazu die Antitrustgesetzgebung der US-Militärregierung?

Wenn die Forderungen des Komitees der freien Ärzte berechtigt sind und die Mehrheit der Angehörigen des Berufsstandes zu überzeugen vermögen, so werden sie sich durchsetzen. Ob es dem Versicherten und dem Kassenarzte zum Segen gereichen würde, wenn wir zu dem Zustand zurückkehrten, den Hartmann und seine Nachfolger mit großen Opfern der gesamten Ärzteschaft überwunden haben, ist eine andere Frage. Eines ist gewiß: die ungebundene Freiheit würde siegen, aber der Arzt würde auf der Strecke bleiben.

Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen
der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Entstehung und Entwicklung der ärztlichen Organisationen in Deutschland seit Einführung der Sozialversicherung

Von Dr. med. Friedrich Langbein, Pfullingen

Gerne komme ich dem Wunsche des Schriftleiters dieses Blattes nach, für die jüngeren Arztegenerationen, denen die diktatorische Art der Arztführung in der nationalsozialistischen Zeit und der anschließende Weltkrieg die Möglichkeit genommen hat, sich selbständig mit der Standespolitik zu beschäftigen, einen kurzen Abriss der geschichtlichen Entwicklung unserer Standesorganisation zu schreiben.

Die ersten ärztlichen Standesvereine im Gebiet des späteren Deutschen Reiches finden wir vereinzelt schon im 3. Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts. Mit wirtschaftlichen Fragen hatte die Gründung wenig zu tun. Ihre Aufgaben waren im wesentlichen wissenschaftlicher und standesethischer Natur und bestanden in der Beratung der Regierung bei Aufstellung der staatlichen Gebührenordnung. Die Errichtung des Deutschen Rei-

ches im Jahre 1871 ermöglichte auch den Zusammenschluß dieser Standesvereine durch die **Gründung des Deutschen Ärztevereinsbundes im Jahre 1874**. Die ersten öffentlichen ärztlichen Kundgebungen waren die von ihm veranstalteten deutschen Arzttage. Dem Deutschen Ärztevereinsbund trat dann auch der erste im Jahre 1875 ins Leben gerufene württembergische ärztliche Landesverein sofort bei. Er war von der württembergischen Regierung als Standesvertretung anerkannt und setzte sich zusammen aus den Vertretern der 8, später 13 ärztlichen Bezirksvereine. Ein Bezirksverein umfaßte ursprünglich die Ärzte von 8 Oberämtern. Die Mitgliedschaft bei den Bezirksvereinen war eine freiwillige. Die Wahl des Vertreters im Landesverein erfolgte in einer hierzu einberufenen Mitgliederversammlung. In der Regel wurde in den ersten Jahrzehnten des Bestehens der Bezirksvereine ein Oberamtsarzt gewählt. Der ärztliche Landesverein und die Bezirksvereine führten bis zur Errichtung der Sozialversicherung durch Bismarck ein stilles Dasein. Das wurde anders mit Einführung des **Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883**, das vom Reichstag ohne Anhörung der ärztlichen Berufsvertretung beschlossen wurde. Es muß als ein geradezu tragisches Verhängnis bezeichnet werden, daß diese Gesetzgebung, besonders das Krankenversicherungsgesetz, das dem deutschen Volk so ungeheure Vorteile in gesundheitlicher, wie in allgemein kultureller Beziehung gebracht, das die medizinische Wissenschaft in all ihren Zweigen befruchtet hat, gerade dem Stand, auf dessen willige Mitarbeit es in erster Linie angewiesen war, dem Stand der Ärzte, die größte sittliche und wirtschaftliche Not gebracht hat. Wie konnte es kommen, daß Ansehen, Würde und Ehre des Standes ebenso wie seine wirtschaftliche Lage in schwerster Gefahr kamen?

Zunächst erhielt das uralte, persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken einen kaum wiedergutzumachenden Riß. Zwischen sie schob sich der Versicherungsträger, der hauptsächlich aus finanziellen Ersparnisgründen, aber auch von dem Herr-im-Hause-Standpunkt aus, dem Kranken nicht nur die Person des Arztes vorzuschreiben, häufig sich sogar in die Behandlungsmethoden einzumischen versuchte. Die durch Gesetz und Sitte dem Arzte auferlegte Schweigepflicht wurde durch die den Kassen gegenüber vorgeschriebene Auskunftserteilung mehr oder weniger illusorisch. Für die Behandlung der Versicherten hatte das Gesetz ursprünglich freie Arztwahl und Bezahlung nach den damaligen staatlichen Mindesttaxen vorgesehen. Eine wenige Jahre nachher vom Reichstag beschlossene Novelle gab aber den Kassen das Recht, „bestimmte“ Ärzte zur Behandlung auszuwählen und diese nach einem **Kopfpauschale zu bezahlen, das zwischen 1½ und 2½ Mark pro Jahr** schwanken konnte. Reichsregierung und Landesregierung beeilten sich, in ihren Ausführungsbestimmungen diese Bestimmung zu unterstreichen und den Kassenverwaltungen nahezu legen, die Arzthilfe möglichst billig, wenn nicht anders möglich, auf dem Wege der Submission sich zu verschaffen. Damit war dem Versicherten die Wahl des Arztes seines Vertrauens unmöglich gemacht. Eine große Zahl von Ärzten wurde von der Behandlung der Kassenmitglieder ausgeschlossen und in ihrer Erwerbsmöglichkeit geschädigt. Trotz der kärglichen Entlohnung, die da und dort unter ein Kopfpauschale von 1,5 Mark pro Jahr her-

unterging, fanden sich immer wieder Bewerber, da die vermehrte Zahl der Ärzte die Unterbringung in der verminderten Privatpraxis mehr und mehr unmöglich machte. Es kam zu Unterbietungen und entwürdigendem Wettlauf der Ärzte bei den Verwaltungen der Krankenkassen. Die angestellten Kassenärzte konnten ihres Lebens ebenfalls nicht froh werden. Bei Differenzen mit den Kassenverwaltungen, mochten sie sachlicher oder persönlicher Art sein, setzten sie sich der Gefahr aus, ihre Stelle zu verlieren. Der Arzt, der durch all diese einengenden Bestimmungen als Beauftragter der Kassen gelten mußte, verlor den Wert als Ratgeber, und verloren ging bei solchen alltäglich und an allen Orten sich wiederholenden Vorgängen Ansehen und Würde der Ärzte nicht minder wie seine Berufsfreudigkeit. Ebenso wenig konnte ausbleiben, daß die oft weit unter der Armentaxe liegende Entlohnung zu schwerer wirtschaftlicher Notlage der Ärzte führte.

Die deutsche Ärzteschaft war bei Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1883 im großen und ganzen noch in gesicherter wirtschaftlicher Position und stand der kassenärztlichen Frage vielfach vornehm gleichgültig gegenüber. Man betrachtete die Krankenversicherung als eine Erweiterung der Armenfürsorge, die man schon bisher aus humanitären Gründen neben der eigentlichen Praxis mehr oder weniger unentgeltlich besorgt hatte. Aus dieser Illusion erwachte sie, als es zu spät war. Die bestehenden ärztlichen Standesvereine im Reich wie in den Ländern, waren in der Organisation zu lose, auch nicht auf wirtschaftliche Kämpfe eingestellt und der einzelne Arzt stand der durch die Behörde geschützten Kasse vollends machtlos gegenüber. Eine ungeheure Erbitterung, aber auch Resignation hatte sich der Ärzte bemächtigt angesichts des drohenden oder eingetretenen Verlustes ihrer Berufsfreiheit. Dieser Verlust wurde von den Ärzten um so schärfer empfunden, als das Temperament des Arztes an und für sich bürokratischer Beschränkung abhold ist. Hatte der junge Student, als er das Studium der Medizin ergriff, damit einen freien Beruf zu ergreifen geglaubt, so fühlte er sich bei der Ausübung dann bitter enttäuscht. So lagen die Verhältnisse Ende des vorigen Jahrhunderts im Reiche, verschieden höchstens in den Graden. **Wie lagen sie in Württemberg?**

1883 war das Krankenkassengesetz in Kraft getreten. Schon im Februar 1884 forderte der Landesausschuß die Bezirksvereine auf, über das Kassengesetz zu beraten und hat dazu empfohlen a) bei Abschluß von Verträgen muß der Arzt darauf bestehen, daß der Honorarsatz für die Einzelleistung festgesetzt wird, b) die Mitglieder verpflichten sich, um den für die Einzelleistung vereinbarten Betrag die Kassenmitglieder ärztlich zu behandeln. Gegen den ministeriellen Erlaß von 1886, der im wesentlichen auf die Anstellung fest honorierter Kassenärzte abhebt, nahm der Landesausschuß in einer eingehend motivierten Eingabe Stellung. 1894 wies Deahna, der Vorsitzende des Landesausschusses, auf der Landesversammlung in Freudenstadt auf das feste Zusammenhalten aller Ärzte als das einzige Mittel zur Besserung der bestehenden Zustände hin. 1895 im Juni erfolgt eine neue Eingabe des Landesausschusses um Einführung der freien Arztwahl. Februar 1896 Erlaß des Ministeriums Pischek betreffend Empfehlung der beschränkten freien Arztwahl durch die Krankenkassen. 1899 Eingabe an die Regierung, beim Bundesrat für freie Arztwahl und

Kaiser's Trauben Zucker Extrakt

Nach neuartigem Verfahren und auf biologischem Wege gewonnenes Erzeugnis. Hervorragend begutachtet und als mediz. Stärkungs- und Nährpräparat anerkannt. Natürliche Aromatisierung. In Apotheken und Drogerien der Trizone erhältlich.

FR. KAISER
GMBH.

WAIBLINGEN-
STUTTG.



Gegen
Durchfälle
aller Art:

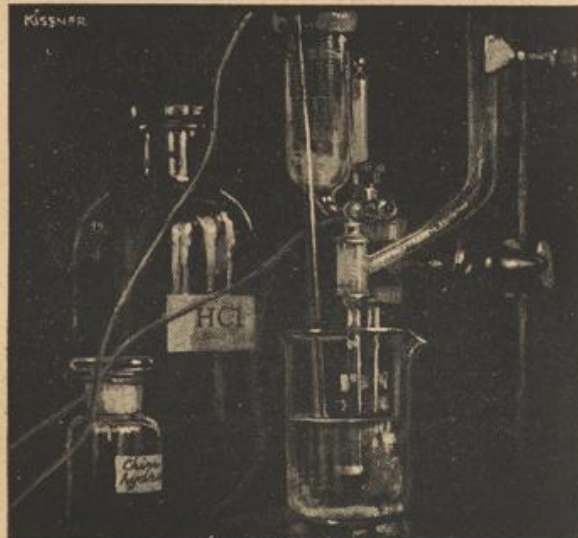
Aplona

Apfeldiät

HEILMITTEL UND DIÄT ZUGLEICH



PHARMAZEUTISCHE ABT. DER
KALI-CHEMIE A.G. SEHNDE · HANNOVER



Theorie und Praxis bestätigen die hohe Pufferungswirkung des ACINORMAL: sofortige Beseitigung der Hyperaciditätsbeschwerden.

ACINORMAL
PULVIS
Packung 40 g.



ACINORMAL
PULVIS CUM
BELLADONNA
Packung 40 g.

NORMACIDITÄT DURCH ACINORMAL

Wildbad

RHEUMA · GICHT · ISCHIAS
NERVEN · ZERMÜRBUNG

Mitten im Schwarzwald · 430-750 m
Bergbahn · Hauptkurzeit Mai-Sept.
Thermalbäder ganzjährig

WÜRTT. STAATSBAD
WILDBAD I. SCHWARZWALD (14 b)



**Sofortige
Erleichterung**
ohne Belastung des
Magens und ohne
Reizung der
Schleimhäute
bewirkt

SOLE DUM BALSAM

durch Einreiben der Brust bei:
schwerer hartnäckiger Bronchitis
und bei Keuchhusten!

durch Inhalation bei:
Grippe, akutem Stirnhöhlen-
katarrh
O. P. 20,0 = 1,55 DM o. U.

Soledum
G.m.b.H., chem. pharm. Fabrik
Bad Segeberg (Holst.)

LEO HAUCK

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten

Leitfaden für Ärzte und Studenten

In dritter Auflage bearbeitet von

DR. HEINZ WALTHER
Erlangen

1948 167 Seiten Geh. DM 6.60 Gebd. DM 8.—

FERDINAND ENKE VERLAG STUTTGART

NEUERSCHEINUNG - MAI 1949

Arzneitherapie innerer Krankheiten

KLINISCHE PHARMAKOLOGIE

Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte

von

Prof. Dr. Kurt Beckmann

Stuttgart

Mit 46 Abbildungen. 846 Seiten.

Geftet DM 41,50. Gebunden DM 45,-

FERDINAND ENKE VERLAG STUTTGART

PS IN DER TECHNIK
EIN BEGRIFF FÜR DIE LEISTUNG



in der Medizin

EIN PRINZIP VON OPTIMALER WIRKUNG

DIE KOMBINATION VON PENICILLIN MIT SULFONAMIDEN
BEHERRSCHT NAHEZU ALLE PATHOGENEN ERREGER

PS-Präparate

ZUR LOKALBEHANDLUNG BAKTERIELLER INFESTIONEN
INFOLGE PREISSENKUNG WIRTSCHAFTL. VERORDNUNG

PENICILLIN-GRÜNENTHAL
FÜR DIE INJEKTION UNBESCHRÄNKT LIEFERBAR
AMP. ZU 100.000 I.E. / DM 6,90

CHEMIE *Grünenthal* G.M.B.H.
STOLBERG IM RHEINLAND

STADA

Präparate

Externa:

JOD-VASOLIMENT 5% „STADA“
30 ccm —.90 DM

ICHTHYOL-VASOLIMENT
10% „STADA“
30 ccm —.90 DM

Fragen Sie
Ihren
Apotheker

Nervina et Sedativa:

MARSIBROM
kochsalzarme, vitaminhaltige Bromhefe
100 ccm 1.50 DM

NERVEN-TEE „STADA“
Spec. nervin. sedant. „Stada“
50 g —.90 DM

aus dem
Laboratorium
Ihrer
APOTHEKE

Einzelhonorierung bei den Krankenkassen einzutreten. Alle diese Eingaben waren ohne jeglichen Erfolg. Es bildeten sich nun außerhalb der ärztlichen Bezirksvereine, die in der Kassenarztfrage völlig versagt hatten, in den größeren Städten des Landes, besonders im industriereichen Neckartal, ärztliche Ortsvereine, die sich die Durchführung der freien Arztwahl und eine bessere Entlohnung zur Aufgabe gemacht hatten. Ihre Erfolge waren gering, im großen und ganzen blieb bis zum Jahre 1900 die Lage unverändert. Nur ein einiger lückenloser Zusammenschluß nach Art der Gewerkschaften konnte die Ärzte aus ihrer drückenden Lage befreien. So kam Dr. Mangold, Eßlingen, auf den Gedanken, den bereits in Verbände zusammengeschlossenen Kassen etwas Ähnliches entgegenzustellen und einen Verband der freien ärztlichen Vereine in Württemberg zu gründen. Diese Gründung erfolgte am 30. September 1900 in Eßlingen. Mitglieder waren zunächst vier Vereine: Stuttgart, Cannstatt, Eßlingen und Reutlingen. Die Satzungen dieser Vereine, die um geschäftsfähig zu sein, sich alle in das Vereinsregister eintragen ließen, enthielten Bestimmungen über Erwerb und Verlust der Mitgliedschaft, über die Vollversammlung, die monatlich stattfinden sollte, über Standespflichten, über Schlichtung von Differenzen unter den Mitgliedern, über Grundsätze beim Abschluß von Verträgen, die nicht mehr vom einzelnen Arzt, sondern nur vom Verein abgeschlossen werden dürfen, und freie Arztwahl und Bezahlung der Einzelleistung vorsehen sollen. Bei der Gründung des Reutlinger Ärztevereins wird als Vorbild der Cannstatter Verein genannt. Dieser hatte schon Mitte der 90iger Jahre unter Führung seines Vorsitzenden, des Dermatologen von Weltruf, Geheimrat Veiel in Cannstatt, die freie Arztwahl und Bezahlung der Einzelleistung erreicht. Dankbar gedenke ich dieses Chefs, der mir, seinem Assistenzarzt am Bezirkskrankenhaus in Cannstatt, nicht nur seine reichen Erfahrungen auf allen Gebieten der praktischen Medizin, sondern auch auf dem Gebiet der Standes- und insbesondere der kassenärztlichen Fragen vermittelte. Den oben genannten vier Vereinen, die den von ihnen gegründeten Verband „Eßlinger Delegiertenverband (EDV.)“ taufte, schlossen sich bald weitere Vereine an. Es dauerte allerdings beinahe 10 Jahre, bis sämtliche Oberämter ihre eingetragenen Vereine hatten und so das ganze Land erfaßt war. Die Organisation des EDV. beruhte ja, anders als bei dem soeben gegründeten Leipziger Verband, nicht auf der Vereinigung von einzelnen Mitgliedern, vielmehr von Anfang an auf dem Zusammenschluß bestehender und zu gründender Ortsvereine, welche sich die gleichen Ziele gesteckt hatten. Deren Aufgabe war es, die einzelnen Ärzte zum Beitritt zu gewinnen. Durch eine kluge Schonung bestehender Vertragsverhältnisse wurde die Einigkeit auch mit den bisherigen Kassenärzten erhalten, aber den Schutz des Vereins und Verbandes sollte nur das Mitglied genießen. Wer sich abseits stellte, sollte auch kein Anrecht auf die Vorteile, besonders auf die Beteiligung an der kassenärztlichen Tätigkeit haben. Freie Arztwahl einerseits, angemessene Entlohnung durch Bezahlung der Einzelleistungen waren die Forderungen den Kassen gegenüber, Schiedsinstanzen zur Beilegung von Streitigkeiten und Schutz der Krankenkasse gegen Mißstände, die sich etwa aus der freien Arztwahl ergeben könnten, waren vorgesehen. Wie im Reich der Leipziger Verband mit dem Ärztevereinsbund,

so hatte in Württemberg der EDV. mit dem Ausschluß des im Jahre 1875 gegründeten ärztlichen Landesvereins anfangs manche Fehde zu bestehen. Der Landesverein hatte sich zwar in der Abstellung der Mißstände völlig impotent erwiesen, aber die *Capitis diminutio*, die der EDV. durch die Übernahme der wirtschaftlichen Belange an ihm vollzog, betrachtete er doch als einen Eingriff in alte Rechte. Königshöfers kluges und energisches Vorgehen verstand diese Schwierigkeiten zu beseitigen, die allerdings erst aufhörten, als bei den nächsten Wahlen in den Landesauschuß ein Teil der widerstrebenden Mitglieder von den Ärzten des Landes herausgewählt wurden.

Man machte dem jungen Verband hauptsächlich seine den Arbeitergewerkschaften nachgebildete Organisation und die Einstellung auf wirtschaftliche Ziele zum Vorwurf und betrachtete dieses als der Würde des Standes abträglich. Die Kritiker übersahen aber zwei ganz wesentliche Unterschiede. Die Arbeitergewerkschaft kämpfte im wesentlichen um materielle Ziele, in erster Linie um Lohnerhöhungen zum Zwecke verbesserter Lebenshaltung. Die Ärzte erstrebten und erstreben zwar auch eine Besserung der Wirtschaftslage ihres Standes, aber maßgebend waren ihnen ethische Momente, die Wiederherstellung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Kranken und Erhaltung der ärztlichen Berufsfreiheit, für welche allerdings die Sicherstellung standesgemäßer Einnahmen eine der Voraussetzungen bildet. Die Arbeitergewerkschaft benützt als letztes Mittel zur Erreichung ihrer Ziele den Streik, die Verweigerung der Arbeit. Die Ärzte und ihre wirtschaftliche Vertretung haben sich dieses Mittels nie bedient, sie versagten den Kranken die Hilfe nicht, wohl aber lösten sie in Zeiten des Kampfes alle Beziehungen zu den Kassen. Heute können wir in objektiver Rückschau auf diese Bedenken der älteren Ärzteorganisation mit Befriedigung feststellen, daß der Kampf mit den gewerkschaftlichen Mitteln, die Leipziger Verband und Württembergischer Ärzteverband angewandt haben, gerade auch die ethischen Eigenschaften des Standes, Standesbewußtsein, Kollegialität, Opferfreudigkeit in hohem Maße gehoben haben. Im übrigen hat sich der alte Grundsatz „*Si vis pacem para bellum*“, wenn du den Frieden willst, schärfe dein Schwert, nie und nirgends besser bewährt als bei den württembergischen Ärzten, als sie mit ihrem Verband eine geschlossene Phalanx schufen, die durch den gleichzeitig gegründeten Leipziger Verband eine feste Rückendeckung fand. Württemberg ist wohl über zwei Jahrzehnte lang der einzige größere Staat geblieben, in dem ohne offenen Kampf die Bestrebungen der Ärzte nach Einführung der freien Arztwahl und Bezahlung der Einzelleistung, die Wünsche der Kassen nach Schiedsgerichten und Revisionseinrichtungen durchgeführt werden konnten. Eine Reihe günstiger Umstände kam uns dabei zu Hilfe; neben Königshöfers einzigartigem Geschick als Verhandlungsleiter, die schon 1896 erfolgte, und 1903 wiederholte Empfehlung der freien Arztwahl durch das Ministerium des Innern und die Gründung des Württembergischen Krankenkassenverbandes, dessen Führer, bei aller energischen Vertretung der Kassenbelange, doch weit-schauend erkannt hatte, daß freie Arztwahl und standesgemäße Entlohnung der Ärzte nicht unvereinbar sei mit dem Interesse der Versicherten. Der EDV. hatte sich die Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Kas-

senärzte zur Aufgabe gestellt und in den ersten Jahren seines Bestehens die Abschlüsse von Verträgen mit den lokalen Krankenkassen den Ortsvereinen überlassen. Erst allmählich erwies sich die Notwendigkeit und gelang es, mit den zu Verbänden zusammengeschlossenen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, mit der staatlichen Eisenbahn- und Postkrankenkasse, die ihre Mitglieder über das ganze Land verteilt hatte, zu zentralen Abmachungen zu kommen.

Die fast gleichzeitige Gründung des Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen in Leipzig und die Gründung des EDV. in Württemberg waren zwar äußerlich völlig voneinander unabhängig, sie bewiesen aber schon durch ihr zeitliches Zusammentreffen, noch mehr durch den gleichen Zweck, den sie verfolgten, die innere Notwendigkeit des Geschehens. In Leipzig hat Dr. Hartmann, der als Kassenarzt in einem Leipziger Vorort das ganze wirtschaftliche Elend des Kassenarztes, seine unwürdige Stellung bei Bewerbungen, seine Rechtlosigkeit bei Eingriffen der Kassenverwaltung am eigenen Leib erlebt hatte, am 12. Sept. 1900 den Verband gegründet, der bald auch nach seinem Namen als Hartmannbund bekannt wurde. Der Gründung waren im Ärztlichen Vereinsblatt, dem Zentralblatt des Deutschen Ärztevereinsbundes, Aufrufe zum Zusammenschluß aller deutschen Ärzte, unter anderem von Dr. Scherer, Ludwigshafen, und dem schlesischen Arzt Dr. Knobloch vorhergegangen, von letzterem mit der gleichzeitigen Aufforderung zur Niederlegung der kassenärztlichen Arbeit. Hartmann erklärte sich mit den Zielen einverstanden, fügte aber die Warnung vor Übereilung hinzu und sagte: „Vorher wollen wir uns organisieren. Wir brauchen eine Organisation, in die uns kein Staat und keine Aufsichtsbehörde hereinreden kann, und deshalb wollen wir für sämtliche Ärzte des ganzen deutschen Reiches eine große Kasse — nennen wir sie Streikkasse — gründen, denn es tut niemand mit, wenn er nicht einen pekuniären Stützpunkt hat. Geld, Geld ist die Hauptsache. Verlangen wir für unsere schwere, aufreibende, entsagungsvolle Arbeit eine anständige Entlohnung, fort mit allen Dienstmannstaxen, dann wird die Standeswürde und Standesehre am besten gewahrt. Deshalb rufe ich aus: Ärzte ganz Deutschlands, organisiert euch!“ Hartmann hat für seine für das ganze Reich berechnete Organisation die Einzelmitgliedschaft gewählt. Die einzelnen Länder sollten durch Obmänner vertreten sein. Diese Aufgabe übernahm bei uns in Württemberg Dr. Bauer, Stuttgart. Die gleichzeitige Gründung eines die gleichen Ziele verfolgenden Verbandes in Württemberg hat im Anfang die Werbung für den Leipziger Verband erschwert, zumal der hohe Jahresbeitrag von 50 Mark manchen nicht auf Rosen gebetteten Arzt abhielt. Aber das Bewußtsein, daß nur das Zusammengehen aller deutschen Ärzte im Kampf gegen die Ausbeutung der Krankenkassenärzte einen Erfolg zeitigen könnte, führte doch von Anfang an die Leitung des EDV. zu einer Unterstützung auch des Leipziger Verbandes. Durch eine schon im Jahre 1903 in die Satzungen der lokalen Vereine aufgenommene Bestimmung, wonach jedes Mitglied eines dem EDV. angehörigen Ortsvereins automatisch auch Mitglied des Leipziger Verbandes wird, war die innere Verschmelzung hergestellt. Jedoch blieb es bei aller Wahrung der grundsätzlichen Übereinstimmung noch über zwei

Jahrzehnte dabei, daß die einzelnen Länderorganisationen, besonders die süddeutschen: Baden, Bayern, Württemberg gesonderte Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden führten und auch Verträge abschlossen. Erleichtert wurde uns Württembergern dieses Verhalten durch das schon erwähnte **Eingreifen des württembergischen Innenministers**, welcher im Hinblick auf die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 am 17. Juli einen Erlaß an die Kreisregierungen, die Stadtdirektion Stuttgart, die Oberämter, Gemeindebehörden und die Vorstände der Krankenkassen herausgab, der verdient, in extenso heute wieder in Erinnerung gebracht zu werden. Er lautet:

„Die durch die Novelle vorgeschriebene Ausdehnung der Krankenunterstützung von 13 auf 26 Wochen macht für alle Gemeindekrankenversicherungen und für diejenigen organisierten Krankenkassen, welche nicht jetzt schon die freie Kur für diese Zeitdauer gewähren, eine angemessene Erhöhung der den Kassenärzten anders als in Form der Berechnung der Einzelleistung ausgesetzten Honorare notwendig. Eine weitere Erhöhung der Arzthonorare erscheint ferner insoweit geboten, als infolge der neuen Vorschriften die freiwilligen Leistungen der organisierten Kassen erweitert werden.“

Die Verwaltungen der Kassen wollen zu diesem Zweck in eine Revision der mit den Kassenärzten abgeschlossenen Verträge eintreten.

Die Aufsichtsbehörden und die höheren Verwaltungsbehörden wollen auf eine, der Erweiterung der Kassenleistungen entsprechende Erhöhung der ärztlichen Honorare erforderlichenfalls hinwirken.

Eine Revision der mit den Kassenärzten abgeschlossenen Verträge wird sich aber auch aus anderen Rücksichten vielfach empfehlen:

In dem Ministerialerlaß vom 26. Febr. 1896 Nr. 2514 (Amtsblatt S. 65) ist den Krankenkassen das System der freien Arztwahl, d. h. die Freigebung der ärztlichen Behandlung an alle approbierten Ärzte des Kassenbezirks, welche zur Mitwirkung bei der Behandlung der Kassenmitglieder bereit sind, unter der Voraussetzung der Erfüllung bestimmter, vertragsmäßig festzusetzender Bedingungen empfohlen worden; die inzwischen mit diesem System der kontrollierten freien Arztwahl in Württemberg gemachten Erfahrungen sind durchaus günstige. Das System entspricht ebensowohl dem Interesse der Versicherten, denen die Behandlung durch den Arzt ihres Vertrauens gewährleistet ist, wie den berechtigten Standesinteressen der Ärzte, und es sind die früher an dasselbe geknüpften Befürchtungen einer finanziellen Überlastung der Kassen nicht in Erfüllung gegangen, und zwar, soweit es sich von hier aus beobachten läßt, auch da nicht, wo von den Kassen die Einzelleistung unter Zugrundelegung der staatlichen Minimaltaxe honoriert wird. Den Krankenkassen kann hiernach der Übergang zur freien Arztwahl, wo dieselbe noch nicht eingeführt ist, unter den in dem Erlaß vom 26. Februar 1896 bezeichneten Kautelen nur dringend empfohlen werden. Dabei ist es geboten, daß die Krankenkassen nicht mit den einzelnen Ärzten, sondern mit den in dem Kassenbezirk vorhandenen oder neu sich bildenden freien Vereinigungen der Ärzte in ein Vertragsverhältnis treten. Soweit durch diese Verträge das von der Kasse zu bezahlende ärztliche Honorar nicht unter Zugrundelegung der staatlichen Minimaltaxe oder von Prozenten dieser Taxe, sondern nach

Aversen bestimmt wird, ist es dringend zu wünschen, daß jedenfalls die Abrechnung unter den Ärzten auf der Grundlage der Einzelleistung erfolgt und daß die Kasse sich vertragsmäßig einen Einfluß in dieser Richtung sichert, damit so ein Maßstab für das Verhältnis des tatsächlich bezahlten Honorars zur staatlichen Minialtaxe und damit die statistische Grundlage für ein späteres gesetzgeberisches Eingreifen gewonnen wird."

Wenn die württembergischen Ärzte am 30. Sept. 1950 die Erinnerung an die vor 50 Jahren erfolgte Gründung ihres wirtschaftlichen Verbandes feiern, möchte ich wünschen, daß die Ärzte und die Krankenkassen, an welche die guten und klugen Worte des damaligen Ministers P. gerichtet waren, ihrer immer eingedenk geblieben sind und bleiben werden.

Mit dem Württembergischen Krankenkassenverband wurden schon im Jahre 1902 Beziehungen angeknüpft, um eine Einheitlichkeit in der Honorarberechnung und eine Festsetzung der Honorare nach möglichst einheitlichen Grundsätzen durchzuführen, Schiedsgerichte zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten zu errichten, und Einrichtungen zur Prüfung von Arztrechnungen und Rezepten zu treffen. Im Jahre 1903 wurden dann unter Mitwirkung des Ministeriums des Innern Schiedsgerichte in jedem der fünf Schiedsgerichtsbezirke für Arbeiterversicherung und ein Landesschiedsgericht eingesetzt, bestehend aus je vier Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Zu Vorsitzenden wurden die jeweiligen Vorsitzenden der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung und zum Vorsitzenden des Landesschiedsgerichtes der jeweilige Ministerialreferent für soziale Gesetzgebung bestimmt. Ärzte und Krankenkassen verpflichteten sich, sich mit Ausschluß der öffentlichen Gerichte dem Spruch dieser Schiedsgerichte zu unterwerfen.

Von Interesse ist auch heute noch die Begründung und die Folgerungen, welche der Württembergische Krankenkassenverband beim Abschluß dieser Abmachungen bekanntgegeben hat. Sie lauten:

„Die zwischen den Krankenkassen und Ärzten entstehenden Streitigkeiten, namentlich über Honorarfragen, waren bisher der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte unterworfen, was im Laufe der Jahre zu mancherlei Unzuträglichkeiten geführt hat. Im Einverständnis mit der Vertretung der Ärzte hat nun der Württembergische Krankenkassenverband sog. Fachschiedsgerichte geschaffen, welche unter dem Vorsitz eines vom Ministerium des Innern ernannten Beamten aus je vier Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen zusammengesetzt sind und entstehende Streitigkeiten zu entscheiden haben. Über diesen Schiedsgerichten steht noch eine Landeskommission, die wieder aus je fünf Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen unter Vorsitz eines Regierungsbeamten entscheidet und deren Bescheid die streitenden Parteien endgültig bindet. In entgegenkommender Weise hat auf Ersuchen des Württembergischen Krankenkassenverbandes das Ministerium des Innern zu Vorsitzenden dieser Krankenkassenschiedsgerichte die jeweiligen Vorsitzenden der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung und zum Vorsitzenden des Landesschiedsgerichtes den jeweiligen Referenten des Ministeriums für soziale Gesetzgebung bestimmt. Sowohl die Vertreter der Ärzte des Landes als auch die der Kassen, die dem Württembergischen Krankenkassen-

verband angehören, haben sich dem Spruch dieser Schiedsgerichte, deren Zusammensetzung für ein objektives sachverständiges Urteil genügende Gewähr bietet, unterworfen, so daß sowohl eine Anrufung der ordentlichen Gerichte, als auch Ärztestreiks nunmehr als ausgeschlossen erscheinen. Selbstverständlich stehen nur diejenigen Ärzte und Krankenkassen unter dem Schutze dieser Fachschiedsgerichte, welche den beiderseitigen Organisationen angehören. Damit ist eine Einrichtung geschaffen, welche gesicherte Verhältnisse zwischen Krankenkassen und Ärzten herbeiführen wird, und die einzig im Deutschen Reich dasteht!"

Im Jahre 1907 wurden zwei vom EDV. gewählte Revisionsärzte eingestellt, deren Wirkungskreis das Landesgebiet umfaßte. Es wurden ihnen folgende Aufgaben zugewiesen:

a) die Prüfung sämtlicher Anrechnungen der Ärzte für Behandlung von Kassenmitgliedern, sowohl auf die Einhaltung der staatlichen Gebührenordnung oder der sonst vereinbarten Taxen, als auch auf die Entfaltung einer Vielgeschäftigkeit bei Ausübung der kassenärztlichen Praxis;

b) die Prüfung der gesamten Rezeptur auf ökonomische Verordnungsweise und die Taxation, für welche die vom EDV. ausgegebene Anleitung zur ökonomischen Rezeptur als Richtschnur galt.

Die Bestimmungen über Schiedsgerichte und Prüfungseinrichtungen änderten sich mit den jeweiligen Landesarztverträgen, die vom EDV. oder Württembergischen Ärzteverband in den Jahren 1913, 1920 und 1924 abgeschlossen wurden und können hier im einzelnen besprochen werden. Die ersten Verträge, die der EDV. für das ganze Land abschloß, waren die im Jahre 1903 geschlossenen Verträge mit den Betriebskrankenkassen der württembergischen Verkehrsanstalten, der Eisenbahnbetriebs- und Baukrankenkasse und der Postbetriebskrankenkasse.

Mit dem Württembergischen Krankenkassenverband wurde im Jahre 1913 der erste Landesarztvertrag in Form eines Mantelvertrags geschlossen unter Mitwirkung des Ministeriums des Innern und des Oberver sicherungsamtes. In diesem Vertrag wurde die organisierte freie Arztwahl unter Abschluß von Verträgen von Organisation zu Organisation festgelegt. Allerdings mußten die Ärzte dieses sehr wichtige Zugeständnis mit dem Verzicht auf die grundsätzliche Bezahlung der Einzelleistung erkaufen und auch in der Höhe des Pauschales entgegenkommen. Wie wichtig jedoch dieses Zugeständnis war, zeigte sich Ende 1913, als die Verhandlungen des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Leipziger Verbandes mit den Krankenkassenhauptverbänden scheiterten und durch Vermittlung der Reichsregierung das Berliner Abkommen zustande kam, das in seinem wesentlichen Inhalt durch die Notverordnung vom 30. Oktober 1913 Gesetz geworden war. Auf Bayern, Baden und Württemberg, in welchen Ländern Ärzte und Krankenkassen zu Vereinbarungen kamen, fand das Berliner Abkommen keine Anwendung. Der EDV. stand damals vor der sehr schwierigen Frage, ob er sich mit dem Württembergischen Krankenkassenverband, der sich damals von den deutschen Hauptkrankenkassenverbänden noch nicht beeinflussen ließ, vereinbaren oder aufs Unge wisse mit dem Leipziger Verband gemeinsame Sache ma-

chen solle. Der Verlauf der damaligen Kämpfe hat das selbständige Vorgehen des EDV. gerechtfertigt.

Nach Ablauf dieses Vertrages wurde im Jahre 1920 ein neuer Vertrag auch auf der Basis der organisierten freien Arztwahl, aber mit Bezahlung der Einzelleistung, abgeschlossen. Die Kassen selbst zogen diese Bezahlungsart jetzt vor. Eine zentrale Verrechnungsstelle für das ganze Land wurde in Stuttgart eingerichtet, die aber wegen der Geldentwertung im Oktober 1923 vorübergehend wieder aufgehoben werden mußte. Jetzt zeigte sich aber nach dem Kriege, daß die deutschen Krankenkassenverbände auch in Württemberg großen Einfluß gewonnen hatten, indem die Ärzte in Württemberg bezüglich des Honorars nur das Erreichen konnten, was auch im übrigen Reich nach den zentralen Abmachungen bewilligt wurde. Die Verhandlungen in Berlin fanden unter der Führung des Reichsarbeits- und Wohlfahrtsministeriums statt, und man konnte deutlich erkennen, daß die Reichsregierung sich mehr auf Seite der Kassen stellte, deren finanziellen Verhältnisse sich durch die Geldentwertung vielfach sehr verschlechtert hatten, was bei den Ärzten aber genau ebenso der Fall war. Dem immer größer werdenden Einfluß der Krankenkassen, welche eine Macht im Staat geworden waren, gelang es, die Notverordnungen vom Oktober 1923 durchzusetzen, angeblich, um sie vor dem drohenden Untergang zu schützen, in Wirklichkeit aber, um den äußerst verhassten Gegner, den Leipziger Verband zu sprengen und unschädlich machen zu können. Die Notverordnungen riefen unter der Ärzteschaft eine ungeheure Empörung hervor und führten am 1. Dezember zum vertragslosen Zustand. In Württemberg war der vertragslose Zustand schon am 6. November eingetreten, weil durch die verspätete Bezahlung von seiten der Kassen bei der rasch fortschreitenden Geldentwertung das Geld nichts mehr wert war, wenn der Arzt es erhielt. In dem vertragslosen Zustand wurden die Versicherten als Privatpatienten nach bestimmten Taxen behandelt und mußten sofort bar bezahlen. Die bezahlten Beträge wurden den Versicherten von den Krankenkassen wieder ersetzt. Der vertragslose Zustand hörte dann Ende Januar 1924 auf, nachdem in Berlin zwischen beiden Parteien Frieden geschlossen war, wobei die Ärzte nur erreichten, daß die schroffsten Bestimmungen über den Ausschluß von Kassenärzten gemildert wurden. Der in der Notverordnung vorgesehene Reichsausschuß trat in Tätigkeit und stellte im Laufe der Jahre 1924/25 die Richtlinien für den Abschluß von Verträgen fest. Von der Notverordnung waren am schlimmsten betroffen die neu sich niederlassenden Ärzte, da die Zulassungsbestimmungen die Zulassung zur Kassenpraxis sehr erschweren und auf Jahre hinaus verzögern konnten. Was dies bei der Überfüllung des ärztlichen Standes und der Ausdehnung der Versicherungspflicht und Berechtigung (in ganz Deutschland zirka 80—90 % Versicherte) für die jungen Ärzte bedeutete, darüber kann kein Zweifel bestehen. Dazu kommt, daß die Privatpraxis sehr zurückgegangen ist und die jungen Ärzte auch nicht mehr die Mittel besaßen, um einige Jahre auf Praxis warten zu können. Von jeher hatte der Württembergische Ärzteverband sich bemüht, die früher übliche Wartezeit herabzusetzen und zu beseitigen. Im Jahre 1919 wurde sie ganz aufgehoben, es handelte sich damals darum, die vertriebenen und im Kriege

approbierten Ärzte unterzubringen. Da aber, wie schon früher ein unverhältnismäßig hoher Zugang von Ärzten nach Württemberg mit seinen günstigeren Organisationsverhältnissen eintrat, wurde auf dem Württembergischen Arztag in Ulm 1922 beschlossen, wieder Beschränkungen einzuführen, wenn durch weitere Niederlassungen in einem Bezirk die Existenz der bereits ansässigen Ärzte gefährdet wurde.

Durch die Notverordnung von 1923 war die organisierte freie Arztwahl, d. h. der Zustand, daß jeder niedergelassene Arzt, sofern er Mitglied des lokalen Ärztevereins und des Leipziger Verbandes war, automatisch mit oder ohne bestimmte Wartezeit zur Kassenpraxis zugelassen war, aufgehoben. Die Zulassung erfolgte nunmehr durch einen paritätischen Zulassungsausschuß unter Berücksichtigung des Bedürfnisses und der persönlichen Verhältnisse des Arztes. Religiöse, politische und wissenschaftliche (Allopathie, Homöopathie) Anschauungen durften keine Rolle spielen. Als Norm für die Bedarfsfrage wurde in dem 1924 abgeschlossenen Vertrag bestimmt: „Die Zulassung von weiteren Ärzten ist in der Regel abhängig von der Bedarfsfrage, wobei als Norm gilt, daß auf tausend Kassenmitglieder des Bezirks eines Versicherungsamtes nicht mehr als ein Arzt kommen soll. Vor der Zulassung eines Arztes sind die örtlichen Krankenkassen und Ärztevereine zu hören. Auch ist ihnen Gelegenheit zu geben, ihre Wünsche beim Vertragsausschuß mündlich vertreten zu lassen.“ Sehr wichtig ist aber auch in diesem am 28. Juni 1924, also nach der Inflationsperiode in Württemberg abgeschlossenen Landesarztvertrag in den Schlußbestimmungen der § 48, der heißt: „Bei einschneidenden Änderungen des Geldwertes kann von jeder Partei derjenige Teil des Vertrages, der sich auf die Honorarbestimmungen bezieht, mit vierzehntägiger Frist auf das Ende des laufenden Monats gekündigt werden; ob eine solche Änderung einschneidend ist, entscheidet bei Uneinigkeit der Parteien das Schiedsamt.“

Mit der Notverordnung von 1923, noch mehr mit den im Anschluß an die Finanz- und Wirtschaftskrise im Jahre 1920 erlassenen Notverordnungen und mit den dadurch dem Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen zugefallenen Aufgaben ist die Sonderstellung des Württembergischen Ärzteverbandes innerhalb des Hartmannbundes, die er sich durch seine früheren Erfolge auf dem Gebiet der freien Arztwahl und der Honorarfrage erworben hatte, abgeschlossen und er nimmt mehr und mehr teil an der durch diese und späteren Notverordnungen geschaffenen und sich verschlechternden Lage des deutschen Arztstandes. Immerhin hat Württemberg von der Gründung des EDV. an bis zum 6. November 1923, an dem als Folge der Inflation der vertragslose Zustand erklärt werden mußte, also über 23 Jahre, im wesentlichen in friedlicher Zusammenarbeit mit den Kassen die Vorzüge der organisierten freien Arztwahl und eines tragbaren Kassenhonorars genossen. Der EDV., seit 1920 umgetauft in „Württembergischer Ärzteverband“, hat das Glück gehabt, bei seiner Gründung und später eine Reihe von Männern zu finden, die unter Hintansetzung persönlicher Interessen aus Liebe zu ihrem Stand in aufopfernder Hingabe ihr Bestes gegeben haben, die württembergischen Ärzte zu einigen und zu fördern. Die meisten von ihnen leben nicht mehr. Aber ihr Gedächtnis wachzuhalten und auf ihr Vorbild hinzuweisen,

erscheint mir in der heutigen wirren Zeit besonders notwendig und ich stehe nicht an, die Worte hier zu wiederholen, die am 26. Sept. 1925 bei der Feier des 25-jährigen Jubiläums des Württembergischen Ärzteverbandes in Stuttgart gesprochen wurden.

„Am 30. September 1900 hat **Dr. Mangold**, Eßlingen, die Ärztevereine Eßlingen, Cannstatt, Stuttgart und Reutlingen einberufen und an diesem Tag den Eßlinger Delegiertenverband gegründet und damit den so erfolgreichen Kampf gegen die üblen Auswirkungen der Sozialversicherungsgesetze aufgenommen und sich ein bleibendes Verdienst um die Ärzteschaft und deren Dank erworben. **Königshöfer**, als Vorsitzender des größten ärztlichen Orstvereins ebenso wie durch seine erfolgreichen Bemühungen um die freie Arztwahl in Stuttgart gleichermaßen zum Vorsitzenden des neugegründeten Verbandes prädestiniert, hat mit Begeisterung den Gedanken Mangolds zum Zusammenschluß aufgenommen. Ihm verdanken wir sowohl die in kurzer Zeit beendete, lückenlose Organisation in Württemberg, wie die rasche Einführung der freien Arztwahl, und damit die weitere friedliche Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, Erfolge, um die wir von den übrigen deutschen Ärzten lebhaft beneidet wurden. **Ludwig Bauer**, der schwäbische Charakterkopf hat als Mitarbeiter Königshöfers und als erster Geschäftsführer des Verbandes es als seine Hauptaufgabe angesehen, die Verbindung mit dem großen Bruder, dem Leipziger Verband, herzustellen und immer enger zu gestalten. Er setzte es durch, daß die Mitgliedschaft zu den Ortsvereinen gleichzeitig den Beitritt zum Leipziger Verband bedingte und erreichte hierdurch schon früh eine vollständige Homogenität zwischen dem Landesverband Württemberg des Leipziger Verbandes und dem EDV. Als Nachfolger von Bauer führte die Geschäfte **Herr Rosner**, der mit diplomatischem Geschick und herzerquickendem Humor manche schwer entwirrbare Fäden löste und während des Krieges bis zu seinem allzufrühen Tod die ganze organisatorische und laufende Arbeit allein zu erledigen hatte. Als Nachfolger Königshöfers, von diesem selbst kurz vor seinem Tode vorgeschlagen, wurde **Bok** Vorsitzender des EDV. Eine glücklichere Wahl hätten wir niemals treffen können. Boks ruhige und sichere Art, sein klarés unbestechliches Urteil den Personen und Dingen gegenüber, seine nie versagende Ruhe und Pflichttreue, haben ihn befähigt, das Werk Königshöfers mit gleichem Erfolge zu führen und die Organisation der württembergischen Ärzte zu vollenden. Die endgültige, friedliche Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Landesverein, die völlige Übernahme aller wirtschaftlichen Belange der Ärzte in den Machtbereich des Württembergischen Ärzteverbandes hat er mit **Herrn Mandry**, dem damaligen Vorsitzenden des Landesausschusses, in die Wege geleitet und zum glücklichen Abschluß gebracht. Als Nachfolger von Mandry, dessen klugem Entgegenkommen wir die reibungslose Teilung der Standestätigkeit danken, ist es ihm in vieljähriger, mühevoller Arbeit gelungen, die württembergische Regierung für den Gedanken **der Errichtung einer Arztekammer** zu erwärmen und damit einem langjährigen Wunsch und einem immer dringenderen Bedürfnis des Standes die Erfüllung zu bringen. Aber von all den führenden Köpfen hat keiner wie **Dörfler**, der Nachfolger von Bok, es verstanden, die württembergischen Ärzte für die Aufgaben des Ver-

bandes zu begeistern, zur Mitarbeit heranzuziehen und mit Opferwilligkeit und Liebe ihrem Stande gegenüber zu erfüllen. Der Abschluß des Württembergischen Landesarztvertrages von 1920 mit dem Grundsatz der Bezahlung der Einzelleistungen und die zentrale Verrechnungsstelle waren sein Werk. Wenn unsere Versorgungskasse so reibungslos und einheitlich zustande kam, wenn ihre Leistungen so ausreichend bemessen werden konnten, verdanken wir dieses seiner unbeugsamen Energie und der überzeugenden Kraft seiner von der Liebe zum Stande erfüllten Rednergabe.“ Die Beziehungen der führenden Köpfe des EDV. zu dem Standesverein, dem Württembergischen ärztlichen Landesverein, hatten sich nach Überwindung der anfänglichen Eifersucht rasch gebessert. Die Kompetenzen waren klar abgegrenzt, die wirtschaftlichen Belange mit Ausnahme der Beratung der Regierung bei Festsetzung der Gebührensätze der staatlichen Gebührenordnung wurde dem EDV. überlassen. Zu diesen wirtschaftlichen Belangen gehörte nun auch die nach dem ersten Weltkrieg und durch die rasch fortschreitende Inflation notwendig gewordene Versorgung der Ärzte und ihrer Familien bei Invalidität, Alter und Tod. Zwar bestand schon seit den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts bei uns in Württemberg die Württembergische ärztliche Unterstützungskasse, die, gespeist durch die Zuwendung mehrerer sehr hochherziger Stiftungen von Ärzten (Frisoni), von freiwilligen gelegentlichen Spenden von Kollegen und von alljährlichen Sammlungen unter der Ärzteschaft, beträchtliche Mittel lieferte, die von dem Verwaltungsrat der Kassen unter die in Not geratenen Kollegen, Arztwitwen und Waisen verteilt wurde. Diese Kasse besteht heute noch, wird geleitet von **Dr. Metzger** in Stuttgart und ist dankbar für jede Zuwendung im Interesse ihrer durch die Währungsreform besonders bedürftig gewordenen Schützlinge.

Als nach dem ersten Weltkrieg die Mittel dieser Kasse nicht mehr ausreichten, um die vermehrte Not unter den alten und invaliden Ärzten und ihren Hinterbliebenen zu lindern, wurde in Württemberg wie übrigens auch in den meisten übrigen Ländern Deutschlands beraten und wurden Vorschläge gemacht, wie man nicht nur die entstandene Not beseitigen, sondern solcher in Zukunft auch vorbeugen könne. Wohl war ein großer Teil der Ärzte bei irgendeiner Versicherungsgesellschaft für den Todesfall versichert, aber durch die Inflation waren die oft recht beträchtlichen Versicherungssummen wertlos geworden. Man hatte auch bei der Verwaltung der Württembergischen ärztlichen Unterstützungskasse die Beobachtung gemacht, daß die Hinterbliebenen der Ärzte das Versicherungskapital häufig rasch und unzweckmäßig verbrauchten und dann nach kurzer Zeit zu der Unterstützungskasse um Hilfe kamen. Diese Erfahrungen waren bei der Planung einer Versorgungskasse, die von Anfang an nicht als Versicherung im üblichen Sinne, sondern als **soziale Versorgungseinrichtung** gedacht war, ausschlaggebend und so entschloß man sich zu einer Versorgung, bei welcher die Leistungen der Kasse nicht in der Auszahlung einer Kapitalsumme, sondern in Jahresrenten ähnlich den Pensionen der Beamten bestehen sollten. Die Beiträge sollten in Form eines prozentualen Abzuges vom Kassenhonorar erhoben, die Leistungen den Durchschnittsbeiträgen des einzelnen Arztes entsprechen. Mindest- und Höchstrenten waren im Sinne

des sozialen Charakters der Versorgungskasse vorgesehen sowie ein Sterbegeld. Bei der Festsetzung der Beiträge und der hierdurch möglichen Leistung war der EDV. beraten von international anerkannten Statistikern, die beide württembergische Ärzte waren, Dr. Prinzing in Ulm und Dr. Weinberg in Stuttgart, beide heute nicht mehr unter den Lebenden. Mit diesem Programm trat der EDV. im Jahre 1921 vor den Württembergischen Ärzteschaft in Tübingen, der einstimmig und ohne Widerspruch die Vorlage billigte; ebenso die Absicht, diese Kasse mit Rücksicht auf größere Einsparungen in eigener Regie zu verwalten. Dies wurde erleichtert durch die inzwischen errichtete zentrale Verrechnungsstelle. Von ihr konnten die Beiträge zur Versorgungskasse durch prozentualen Abzug vom jeweiligen Kassenhonorar gebucht und der Versorgungskasse überschrieben werden. Die Verwaltungskosten waren minimal. Sie beliefen sich nach einem mir noch vorliegenden Kassenbericht vom 21. 8. 1925 auf 1 Prozent. Das Wesen dieser Kasse schildert Dr. Neunhöffer, Stuttgart, ihr verdienstvoller Rechner und Verwalter von 1921 bis 1933, in der Festnummer des Medizinischen Korrespondenzblattes zum 25jährigen Jubiläum des EDV., wie folgt:

„Unsere Versorgungskasse ist auf dem Umlageverfahren aufgebaut, d. h. jeder berufstätige Arzt liefert einen bestimmten Prozentsatz seiner Berufseinnahmen an die Versorgungskasse ab, und diese Summe wird nach einem bestimmten Umlageverfahren unter die Rentenberechtigten verteilt. Diese Versicherungsart dürfte nach den Erfahrungen der letzten Jahre die sicherste sein, denn sie beruht nicht auf Kapitalansammlung allein, sondern in erster Linie auf der **Arbeit** der berufstätigen Standesgenossen. Zurzeit allerdings führen wir dieses Umlageverfahren nicht restlos durch. Wir haben heute noch (1925) eine kleine Anzahl von Rentenberechtigten. Dieselbe steigt aber von Jahr zu Jahr, solange, bis Zugang und Abgang der Rentenberechtigten sich die Waage halten, d. h. bis der Beharrungszustand eingetreten ist. Bis zu dieser Zeit behalten wir einen in den Satzungen vorgeschriebenen Teil unserer Einnahmen als Rücklagen zurück für Zeiten der Not und zur Erhöhung derjenigen Renten, die auch für den kümmerlichsten Lebensunterhalt nicht ausreichen würden. Der Abzug vom Kassenhonorar betrug anfangs 10%, konnte nach Errichtung der Ärztekammer durch Hereinnahme der Privatpraxis auf 7%, ermäßigt werden.“

Die Kasse kam über die Inflation gut hinweg. Sie war auf Grund der Satzungen in der Lage, die Renten aus den nach der Inflation sofort weiterlaufenden Beiträgen zu bezahlen. Sie hat bis zum Jahre 1933 ihre Aufgabe, den invaliden und über 70 Jahre alten Ärzten nicht nur eine Unterstützung, sondern eine angemessene Rente zu gewähren, glänzend erfüllt. Nachher ist sie den Zentralisierungstendenzen des Dritten Reiches zum Opfer gefallen und ist als Kapitalversicherung zwei Versicherungsgesellschaften überantwortet worden. Die Währungsreform hat auch diese Sicherung noch zerschlagen und heute stehen die meisten Ärzte und ihre Familien wie vor 1921 wieder vor einer trostlosen Zukunft bei Tod, Alter und Invalidität. Einzig die Bayerische Ärzteversorgung hat sich auf Grund ihrer festen Verankerung durch Staatsgesetz als einigermaßen krisenfest erwiesen. Zu erwähnen ist noch, daß eine Reihe von anderen Ärzteorganisationen 1921 und

den folgenden Jahren nach den Grundsätzen unserer württembergischen Ärzteversorgung ihre Versorgungskassen aufgebaut haben. Die hessische Versorgungskasse unter Brüning und Haller war bis zur Errichtung der Ärztekammer Hessen mit der württembergischen Versorgungskasse gekoppelt. Ferner hatten Bremen und Sachsen-Anhalt ihre Versorgungskasse nach dem württembergischen Vorbild gestaltet. Es ist nicht die Aufgabe dieser geschichtlichen Reminiszenz an den Werdegang der ärztlichen Versorgungskasse, Vorschläge für ihre zukünftige Regelung zu machen. Das ist die Aufgabe des Versorgungsausschusses der westdeutschen Ärztekammern.

Nach dem ersten Weltkrieg haben sich allmählich die bisherigen ärztlichen Standesvereine in allen Ländern zu **Ärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechtes entwickelt**. Unsere württembergische Ärztekammer wurde auf Grund des Gesetzes über die öffentlichen Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 3. August 1925 errichtet. Ihr erster Vorsitzender war der bisherige Vorsitzende des ärztlichen Landesausschusses, Sanitätsrat Dr. Bok in Stuttgart. Ihm folgte nach seinem allzufrühen Tod in Personalunion mit dem Vorsitz beim württembergischen Ärzteverband, den er seit 1924 innehatte, Dr. Langbein, Pfullingen.

Die Zentralisierung des deutschen Ärztevereinswesens, ihrer wirtschaftlichen und standesethischen Belange machte nach dem vertragslosen Zustand 1923/24 rasche Fortschritte. Der Deutsche Ärztevereinsbund, eine weder durch Gesetz noch Verordnung geschaffene, sondern rein private Zusammenfassung der Standesvereine der deutschen Länder, blieb dies auch, nachdem ihre Standesvereine längst Ärztekammern mit dem Charakter einer Körperschaft öffentlichen Rechtes geworden waren. Es war nichts natürlicher als der Wunsch, die Länderkammern, die alle den Charakter einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes hatten, deren Pflichten und Aufgaben gesetzlich festgelegt waren, nun auch in einer **Reichsärztekammer** mit gesetzlichen Rechten und Pflichten zusammenzufassen, um so der gesamtdeutschen Ärzteschaft, die an allen Gebieten der Gesundheitsfürsorge und der Sozialversicherung beteiligt war, zu ermöglichen, maßgeblich auch zumindest durch Beratung an den diese Gebiete berührenden Fragen mitzuarbeiten. Der bayerische Ärztführer, Geheimrat Dr. Stauder, Nürnberg, der nach dem Rücktritt von Dippe Vorsitzender des Ärztevereinsbundes geworden war und nach dem Rücktritt von Streffer in Personalunion den Leipziger Verband führte, verfolgte diesen Plan energisch und zäh jahrelang. Es gelang ihm auch, maßgebende Stellen der Reichsregierung für den Plan zu gewinnen. Die ihm gewordene Zusage, durch ein Reichsgesetz eine Reichsärztekammer zu schaffen, wurde allerdings erst nach Jahren von der Regierung des Dritten Reiches erfüllt, nachdem er längst von dem Vorsitz des Hartmannbundes und Ärztevereinsbundes hatte zurücktreten müssen. Eine eingehende Würdigung seiner Person und seiner Arbeit wird voraussichtlich die erste Nummer des in Bälde wieder erscheinenden zentralen deutschen Ärzteblattes bringen. Als Führer des Hartmannbundes hatte Stauder die Genugtuung, die jahrzehntelangen Kämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das Berliner Abkommen, dessen Abmachungen im wesentlichen heute noch gelten, im Jahre 1932 zum Abschluß zu bringen. Der Kölner Ärzteschaft 1931, der von dem da-

maligen Oberbürgermeister der alten schönen Stadt Köln, Herrn Dr. Adenauer, begrüßt wurde, hatte auf Grund von Referaten und nach ausgiebiger Aussprache die Grundsätze gebilligt, nach denen die Verhandlungen mit den Hauptverbänden der Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Landkrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkrankenkassen geführt und Verträge abgeschlossen werden sollten. Die Verhandlungen fanden unter dem Vorsitz und der unparteiischen Leitung der Vertreter des Reichsarbeitsministeriums, Grieser, Krone und Sauerborn, statt und dauerten fast eine Woche. Sie brachten den Frieden durch einen Vertrag, der damals in der Honorarfrage eine erträgliche Lage schuf, besonders aber den Jungärzten eine wesentliche Abkürzung der langen Wartezeit bis zur Zulassung zur Kassenpraxis. Die Jungärztefrage war seit dem Ende des ersten Weltkrieges nicht mehr von der Tagesordnung der deutschen Standes- und wirtschaftlichen Ärztevereine verschwunden. Durch die Auflösung des Heeres und der Kriegsmarine war schon eine große Zahl bisherige Militärärzte in die freie Praxis als allgemeine Praktiker und Fachärzte gekommen. Verstärkt wurde der Zustrom durch die zahlreichen Approbationen der vom Krieg heimgekehrten Medizinstudenten. Durch den württembergischen Landesarztvertrag vom 11. Juni 1920, der den Mitgliedern der Ärztevereine des EDV, die völlige freie Arztwahl brachte, konnten die meisten dieser Bewerber untergebracht werden. Eine weitere Erleichterung wurde geschaffen durch eine Verfügung der Regierung, welche die Kliniken der Universitäten und Landkrankenanstalten ermächtigte, die Zahl ihrer Assistenten zu erhöhen, allerdings mit dem Zusatz, daß der Etat für diese Assistenten nicht erhöht, vielmehr unter die erhöhte Zahl verteilt würde. Die durch die vierjährige Kriegsdauer bedingte oft recht mangelhafte Ausbildung der Neuapprobierten zwang im Interesse der Kranken, daß zur Approbation eine weitere praktische Ausbildung von erst einem, dann zwei und schließlich drei Jahren folgen müsse, ehe die jungen Ärzte zur Kassenpraxis zugelassen werden können. Aber alle diese hemmenden Bestimmungen konnten so wenig wie die dauernd sich verschlechternde wirtschaftliche Lage des Arztstandes den hemmungslosen Zustrom zum medizinischen Studium drosseln. Dementsprechend wuchs dann in den 20er Jahren des Jahrhunderts die Zahl der Jungärzte, die in der Praxis schwer untergebracht werden konnten, bzw. auf die Zulassung warten mußten. Bei uns in Württemberg konnte nach Beendigung des vertragslosen Zustandes 1923/24 im neuen Landesarztvertrag vom 28. Juni 1924 die 1920 vereinbarte unbeschränkte Zulassung zur Kassenpraxis nicht aufrechterhalten werden. Vielmehr wurde als Norm bestimmt, daß auf 1000 Kassenmitglieder des Bezirks (heute Kreis) nicht mehr als ein Arzt kommen solle. Ähnlich und meist schlechter waren die Aussichten für die jungen Ärzte im übrigen Deutschland. Um Mittel und Wege zur Verbesserung ihrer Lage zu finden, schlossen sie sich zusammen und gründeten einen zunächst außerhalb des Leipziger Verbandes stehenden Verband (Reichsnotgemeinschaft deutscher Ärzte) (RNG.), der eine Zentrale und in den Ländern Unterabteilungen hatte. Führer dieses Verbandes wurde Dr. Le Jeune, später im Dritten Reich Prof. der Geschichte der Medizin in Wien. Der Hartmannbund hatte gleichzeitig einen Ausschuß für Planwirtschaft ins Leben gerufen, dessen Sachbearbeiter

der Nationalökonom im Stabe des Bundes, Dr. Hadrich, wurde. In diesem Ausschuß wurden alle Fragen bearbeitet, die mit der Notlage der Jungärzte in Verbindung standen, Wege zur Eindämmung des medizinischen Studiums, Vermehrung der Assistentenstellen an den Kliniken und Krankenhäusern, gleichmäßige Verteilung der Ärzte über das ganze Reich und Verbesserung des numerus clausus bei der Zulassung zur Kassenpraxis. Dem Ausschuß gehörten auch Vertreter der Jungärzte an, und unter den Vertretern des Leipziger Verbandes bei den schon früher erwähnten Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die zum Berliner Abkommen führten, befand sich auch Dr. Le Jeune. Trotz gelegentlicher, manchmal auch recht scharfer Reibereien des Jungärzteverbandes mit dem Hartmannbund und seinen Landesverbänden, wurde doch die Einigkeit und der Zusammenhalt gegenüber den Trägern der Sozialversicherung nie ernstlich getrübt. Das Zusammengehörigkeitsgefühl und das Bewußtsein, daß nur einheitliches Vorgehen einen Erfolg möglich machen, überwogen immer. Stärker bedroht wurde die Einigkeit durch den Nationalsozialistischen Ärztebund, der, 1931 gegründet, weniger durch brauchbare Vorschläge für die Besserung der Lage der Ärzte, als durch Agitation zum Eintritt in die NSDAP. die Tagungen der ärztlichen Vereine und Verbände belebte. Sein Einfluß auf die Aufgaben des Hartmannbundes und Ärztevereinsbundes war dementsprechend bis 1933 sehr gering, zumal auch die Zahl seiner Mitglieder verhältnismäßig klein blieb. Aber auch nach der Machtübernahme wurde an den bis dahin von den wirtschaftlichen und den Standesvereinen geschaffenen Einrichtungen und an den Beziehungen zu den Trägern der Sozialversicherung in sachlicher Hinsicht kaum etwas geändert. Die vom Dritten Reich eingeführte Reichsärzteordnung und Reichsärztekammer war schon von der Regierung Brüning auf Grund der Entschließungen des Kölner Ärztetages vorbereitet worden. Einzig die Übertragung der Vollmacht zur Zulassung der Kassenärzte an die Kassenärztliche Vereinigung an Stelle des gemischten bisherigen Zulassungsausschusses ist als Erfolg der neuen Ärzteführung auf dem Gebiet der kassenärztlichen Selbstverwaltung zu buchen. Während aber bis zur Machtübernahme durch Hitler in den ärztlichen Organisationen, sei es der Standes- oder wirtschaftlichen Vereine, jeder Arzt die Möglichkeit hatte, seine eigene Auffassung darzulegen und so an der Entwicklung mitzuarbeiten, hörte diese demokratische Form der Selbstregierung mit der Machtübernahme sofort auf. An Stelle der von den Ärzten gewählten Führer traten die von der Parteileitung hierzu bestimmten. Die Versammlungen waren im wesentlichen nur dazu da, um Belehrungen und Befehle entgegenzunehmen. Eine Kritik war unmöglich, eine Aussprache fand kaum statt. So ist es erklärlich, daß die Teilnehmer das Interesse verloren, daß insbesondere die jüngeren Generationen von der Entwicklung und den Aufgaben der ärztlichen Vereine nichts hörten und lernten.

Erleichtert wurde zwar die Lage des Arztstandes im Dritten Reich durch die rasche Senkung der Arbeitslosigkeit und die damit verbundene Vermehrung der Zahl der Versicherten, durch den Bedarf der nationalsozialistischen Formationen an Ärzten, noch mehr durch die bald einsetzende Wiederaufrüstung. Andererseits führte die in Voraussicht eines kommenden Krieges erfolgte Begünstigung und Erleichterung des mediz. Studiums

zu einem enormen Andrang der Abiturienten gerade zu diesem Studium. Wenn heute Zehntausende junger Ärzte keinen oder ungenügenden Platz an den Kliniken und Krankenhäusern und in der freien Praxis finden, so verdanken sie das der großwahn sinnigen Politik des Dritten Reiches, die glaubte, nach einem siegreichen Krieg im Osten dieses weite Gebiet mit Deutschen besiedeln und dabei auch die Ärzte unterbringen zu können. Diese fast unlösbare Aufgabe ist in den Westzonen heute den bald nach dem Zusammenbruch im Frühjahr 1945 neu aufgebauten ärztlichen Organisationen zugefallen. Die Notwendigkeit raschen Handelns, um einem Chaos in dem durch Seuchen und Not wichtiger denn je gewordenen Gesundheitsdienst vorzubeugen, veranlaßten die rasch gebildeten Regierungen der Länder, die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen den Ärztekammern zu übertragen. Diese sahen sich gezwungen, Niederlassung und Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit zu koppeln, da besonders in den Gegenden, wo bei Kriegsende die deutschen Heere zusammengedrängt, aufgelöst und in Kriegsgefangenschaft geraten waren, auch eine entsprechend große Zahl von Ärzten der Wehrmacht versuchte, sich in der freien Praxis zu betätigen. Die neugebildeten Kammern haben die ihnen übertragene Aufgabe nach Möglichkeit erfüllt, haben sie aber jetzt wieder an die ebenfalls neu gebildeten Kassenärztlichen Vereinigungen abgegeben. Nun sind ja auf Anordnung der Militärregierung in der amerikanischen Zone die Ärztekammern ihres Charakters als Einrichtung öffentlichen Rechts und als Zwangsorganisation entkleidet, die Niederlassung ist freigegeben. In allen drei Zonen wurde schon oder wird in Bälde die Zulassung zur Kassenpraxis von einem gemischten, aus Ärzten und Krankenkassenvertretern gebildeten Ausschuß ausgesprochen werden, entsprechend den Abmachungen des Berliner Abkommens. Die jüngeren, d. h. die Ärzte, denen es bisher nicht geglückt ist, das Recht der Niederlassung und Zulassung zu erhalten, haben sich zur Vertretung ihrer Belange, wie vor 25 Jahren die Jungärzte zur RNG., heute zum „Marburger Bund“ zusammengeschlossen. Es ist erfreulich, feststellen zu können, daß einerseits ihre Bestrebungen von den Ärztekammern anerkannt und unterstützt, und sie in ihre Gremien und Ausschüsse aufgenommen wurden, andererseits sie selbst ihre Aufgaben im Rahmen der gesamtärztlichen Organisation erfüllen wollen. Der am 16. und 17. Oktober 1948 in Stuttgart abgehaltene 51. deutsche Ärztetag hat, wie schon in Köln, die Einigkeit in allen die Gesunderhaltung unseres Volkes betreffenden Fragen, in der positiven Einstellung zur Sozialversicherung, aber auch, als deren wichtigste Mitarbeiter, in der Forderung der Ärzte auf **Freiheit bei der Ausübung des Berufes und angemessene Entlohnung** bekundet. Sie sind bereit, wie 1932, die durch die politischen und wirt-

schaftlichen Veränderungen notwendig gewordenen Änderungen des Berliner Abkommens unter dem Vorsitz unparteiischer und sachkundiger Männer friedlich neu zu regeln.

Bei der Vorbereitung dieser wichtigen Aufgaben brauchen wir, wie schon immer in den letzten 50 Jahren, eine Standespresse, die die deutschen Ärzte über die Absichten der Führer dauernd auf dem Laufenden hält und zum Zusammenhalt der deutschen Ärzteschaft begeistert. Wir haben in den letzten 50 Jahren das Glück gehabt, daß unser Standesblatt von Schriftleitern geleitet war, die es verstanden, die deutschen Ärzte für die Ziele des Hartmannbundes zu begeistern. Das Organ des Hartmannbundes, die Ärztlichen Mitteilungen, wurden viele Jahre lang von Dr. Hellpach, dem späteren badischen Staatspräsidenten und Professor in Heidelberg geleitet. Sein Nachfolger wurde der auch den jüngeren Ärztegenerationen bekannte Dr. Haedenkamp, jetzt Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, im Oktober 1948 Organisator des 51. Deutschen Ärztetages in Stuttgart. Die deutsche Ärzteschaft ist diesen Kollegen den gleichen Dank schuldig, den sie den Führern der Ärzteverbände schuldet.

Mit Zuversicht sehen wir Ärzte heute, aber auch mit Sorge, der weiteren Entwicklung unserer Beziehungen zu den Trägern der Sozialversicherung entgegen. Mit Sorge, weil wir beobachten, daß unsere Forderungen auf Erhaltung unserer beruflichen Freiheit bei der Krankenbehandlung wieder wie vor 50 Jahren auf Widerstand stoßen und weil unsere wirtschaftliche Notlage zwar anerkannt, aber nicht erleichtert wird. Mit Zuversicht, weil wir überzeugt sind, daß Regierungen, Parlamente und Träger der Sozialversicherung sich auf Dauer der Einsicht nicht verschließen können, daß für den kranken Versicherten ein von bürokratischer Bevormundung freier und zufriedener Arzt besser ist, als ein in seinem Heilplan gehemmter und hungriger. Wir können auch nicht glauben, daß die Einnischung der Alliierten in innerdeutsche Verhältnisse auf dem Gebiet der Sozialversicherung, des Schulwesens, der Berufe auch nach Errichtung des deutschen Bundesstaates so weitergeht wie bisher, daß auch in Zukunft und in alle Ewigkeit diese Verhältnisse den Gepflogenheiten der zufällig in den Bundesstaaten herrschenden Militärregierung angepaßt werden, und die so wichtige einheitliche Regelung auf diesen Gebieten unmöglich gemacht wird, und die doch demokratisch gewählten Regierungen und Landtage ausgeschaltet bleiben.

Wieder, wie vor 50 Jahren, als Hartmann in Leipzig seinen Aufruf an alle deutschen Ärzte und Mangold, Eblingen, seinen an die württembergischen Ärzte zum Zusammenschluß richteten, wollen wir diesen Ruf hören und ihm folgen.

Die neue „Ärztekammer Nord-Württemberg e.V.“

Von Dr. jur. Schimmelpfennig, Stuttgart

Die Reichsärztekammer, welche auf Grund des Gesetzes vom 13. Dezember 1935 als Körperschaft des öffentlichen Rechts für das ehemalige Reichsgebiet gebildet worden war, ist in dem Zusammenbruch des Jah-

res 1945 untergegangen. Geblieben sind die Bezirksärztekammern, die sich meist über den Bereich eines Landes (in Preußen einer Provinz) erstreckten und die Aufgaben der ehemaligen Reichsärztekammer fortführ-

ten, wobei sie sich auf die RAO. stützten und an die Tradition und Verfassung der Landesärztekammern aus der Zeit vor 1933 anknüpften.

Die Amerikanische Militärregierung in Württemberg-Baden wies im Laufe des Jahres 1948 darauf hin, daß sie das Bestehen der Bezirksärztekammern mit öffentlich-rechtlichen Befugnissen, wie z. B. Berufsaufsicht, Berufsgerichtsbarkeit, Zwangsmemberschaft u. ä. mit den Grundsätzen ihrer Politik nicht vereinbar halte. Gegenvorstellungen deutscher Stellen, auch ein Beschluß des 51. Deutschen Ärztetages vom 17. Oktober 1948 in Stuttgart, welcher auf die Erhaltung der Ärztekammern in der seit etwa 60 Jahren erprobten Form der Landesärztekammern als öffentlich-rechtlichen Körperschaften Wert legte, hatten keinen Erfolg.

Im Vollzug der Befehle der Amerikanischen Militärregierung teilte das Innenministerium Württemberg-Baden im Februar 1949 der Ärztekammer Nord-Württemberg mit, daß die Bestimmungen über die Reichsärztekammer (§ 19 bis 82 der Reichsärzteordnung) sowie die Vorschriften über die Zuständigkeit der Ärztekammer für den Erlaß einer Berufsordnung und die Durchführung der Berufsgerichtsbarkeit nicht mehr anwendbar seien. In einem weiteren Erlaß wurde der Ärztekammer eine Abwicklungsfrist bis zum 31. Mai 1949 bewilligt. Sie wird voraussichtlich um eine Verlängerung bis zum 30. Juni 1949 bitten müssen, da selbst bei größter Beschleunigung dieser Zeitraum erforderlich ist, um die Umstellung der bisherigen Aufgaben vorzunehmen, insbesondere die Weiterzahlung der Unterstützungen an arbeitsunfähige und alte Ärzte oder deren Hinterbliebene sicherzustellen.

Der Schritt des Innenministeriums kam nicht unerwartet. Zwar hatte man immer noch gehofft, die Amerikanische Militärregierung zu einer Änderung ihres Standpunktes zu bewegen. Jedoch war in Vorbesprechungen zwischen den Ärztekammern bereits ein Satzungsentwurf für einen eingetragenen Verein aufgestellt, welcher ohne Hoheitsbefugnisse und ohne Zwangsmemberschaft die Ärzte Nord-Württembergs zusammenfassen und die ideellen, beruflichen und sozialen Belange seiner Mitglieder wahrnehmen soll. Insbesondere soll der Verein:

1. für das Vorhandensein eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärztestandes Sorge tragen,
2. die ärztlichen Aufgaben gegenüber den Organen der Gesetzgebung und Verwaltung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens vertreten,
3. für die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten bei seinen Mitgliedern Sorge tragen,
4. die ärztliche Aus- und Fortbildung fördern,
5. Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen als eigene Rechtspersonlichkeit schaffen,
6. für ein gutes Verhältnis der Ärzte untereinander sorgen.

Mitglieder des Vereins können alle Ärzte werden, die eine in Deutschland anerkannte Approbation besitzen und das deutsche Ärztegelöbnis abgelegt haben. Die in Zukunft aufzunehmenden Mitglieder müssen außerdem zwei Leumundszeugen nachweisen, damit die Ärztekammer nur zuverlässige und charakterlich einwandfreie Ärzte in ihren Reihen hat. Rassische, kulturelle, politische oder weltanschauliche Voraussetzungen dürfen für die Mitgliedschaft selbstverständlich nicht mehr gefordert werden.

Ärztliche Vereinigungen können korporativ Mitglieder der neuen Ärztekammer Nord-Württemberg e. V. werden. Die Mitglieder dieser Vereinigungen können dadurch die unmittelbare Mitgliedschaft in der „Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“ erwerben. Mit Vorbedacht ist der Erwerb der unmittelbaren Mitgliedschaft auf eine Kannbestimmung abgestellt, damit die einzelnen Angehörigen dieser Ärztevereinigungen nicht gegen ihren Willen in die Ärztekammer Nord-Württemberg e. V. überführt werden und die Ärztekammer Nord-Württemberg e. V. die Möglichkeit hat, einzelne Mitglieder der korporativ beigetretenen Vereinigung, die nicht in ihre Reihen passen, auszusondern. Einzelheiten dieser Fragen werden von Fall zu Fall bei den Vereinbarungen mit den korporativ beigetretenen Mitgliedern geregelt werden.

Ein besonderes Problem bot die Überführung der bisherigen Angehörigen der früheren Ärztekammer in den neuen Verein. Einmal wollte man diesen Vorgang möglichst reibungslos gestalten, um unnötigen Verwaltungsaufwand und Kosten zu vermeiden, andererseits war eine gewisse Eile geboten, um die Abwicklungsfrist bis zum 31. Mai 1949 bzw. 30. Juni 1949 einzuhalten. Schließlich mußten sämtliche Ärzte über die Umwandlung in Kenntnis gesetzt werden, um dazu Stellung nehmen zu können. Deshalb ist sämtlichen Angehörigen der bisherigen Ärztekammer Nord-Württemberg die neue Satzung zugesandt worden. In § 19 der Satzung ist die Bestimmung enthalten, daß die Mitglieder der bisherigen Vereinigung der Ärztekammer Nord-Württemberg die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft erfüllt haben und deshalb die Beitrittserklärung nicht nochmals abzugeben brauchen. Jeder Angehörige der bisherigen Ärztekammer hat jedoch die Möglichkeit, innerhalb 4 Wochen nach Erhalt der Satzung seiner Eintragung in das Mitgliederverzeichnis der neuen Ärztekammer Nord-Württemberg e. V. zu widersprechen. Er wird alsdann mit rückwirkender Kraft gelöscht, so daß gegen seinen Willen niemand auch nur einen Augenblick Mitglied des neuen Vereines sein muß. Auf diese Weise wird es möglich sein, ohne allzu großen Schreibaufwand und Rückfragen innerhalb kürzester Frist eine Übersicht über den am 1. Juli 1949 zu erwartenden Mitgliederbestand zu gewinnen. Die rechtliche Grundlage für diese Maßnahme ist die vom Württembergischen Innenministerium vertretene Auffassung, daß die bisherige Bezirksärztekammer als ehemalige Verwaltungsstelle der Reichsärztekammer nach deren Wegfall keine eigene Rechtspersonlichkeit behalten habe. Daraus folgt, daß die bisherige Bezirksärztekammer eine Vereinigung von Ärzten war, welche nach Wegfall der Reichsärztekammer auf Grund einer besonderen Ermächtigung des Staatsministeriums vom 6. August 1947 mit der Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben der Ärztekammer beauftragt und damit allerdings berechtigt war, öffentlich-rechtliche Befugnisse auszuüben, jedoch ohne eine eigene Rechtspersonlichkeit zu sein. Höchststrichterliche Entscheidungen über diese Rechtsfrage sind bisher nicht ergangen. In jedem Fall — ob öffentlich-rechtliche Körperschaft oder Vereinigung mit den Befugnissen einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft — bildeten die Angehörigen der bisherigen Bezirksärztekammer Nord-Württemberg eine Vereinigung, zu der sich bei der Abstimmung im Sommer 1948 über den Weiterbestand der Ärztekammer mehr als 90 % der Ärzte freiwillig be-

kannt haben. Diese Vereinigung stellt zu mindesten einen nicht rechtsfähigen Verein privatrechtlicher Art dar, welcher durch den Entwurf einer Satzung und durch die Eintragung in das Vereins-Register eine festgefügte — man kann wohl sagen — zunächst endgültige Form der Organisation erhält, während von 1945 bis jetzt ein gewisser Schwebestand bestanden hat.

Um den Mitgliedern bei der Beendigung dieses Schwebestandes eine eigene Entscheidungsmöglichkeit zu geben, ist die schon erwähnte Übergangsbestimmung getroffen worden, daß jedes Mitglied binnen 4 Wochen nach Bekanntgabe der Satzung seinen sofortigen Austritt erklären kann. Auch später ist für die Mitglieder ein Ausscheiden zulässig, jedoch dann mit sechsmonatlicher Kündigungsfrist zum Halbjahresschluß. Diese Frist ist notwendig. Der Verein wendet zur Zeit monatlich etwa 30 000 DM für Unterstützungen an alte und arbeitsunfähige Ärzte oder deren Hinterbliebene auf und hat außerdem für die Zahlung der Prämien an die Kapital- und Sterbeversicherungen mit einem Vierteljahresbetrag von rund 130 000 bis 140 000 DM Sorge zu tragen; letzten Endes muß er noch das Büro für die Erledigung der laufenden Arbeiten unterhalten. Der neue Verein muß deshalb eine Übersicht haben, mit welchen Mitteln er diese Aufgaben fortführen kann oder entsprechend der Mitgliederzahl einschränken muß.

Der Beweis für die Mitgliedschaft wird in Zukunft durch die Eintragung in das Mitgliederverzeichnis erbracht. Aus der Eintragung erwachsen dem Mitglied verschiedene Rechte. Das Wesentliche ist der Anspruch gegen die Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen, die fortgeführt und im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten ausgebaut werden sollen. Durch die vorbildliche soziale Einstellung der Angehörigen der bisherigen Ärztekammer ist es möglich gewesen, die Unterstützungen nach der Währungsreform im Verhältnis 1 : 1 weiterzuzahlen. Das Zusammensinken der Kapitalbeträge und der Renten bei privaten Lebensversicherungen hat sogar eine Ausdehnung der bisherigen Unterstützungen notwendig gemacht. Es wird auch in Zukunft die vornehmste Aufgabe des Vereines sein, für ausreichende Fürsorge und Versorgung seiner alten und arbeitsunfähigen Mitglieder oder deren Angehörigen Sorge zu tragen. Ferner wird der Verein die Mitglieder in allen beruflichen Fragen beraten und — insbesondere für die jüngeren Ärzte — eine Stellenvermittlung ausbauen, sowie sämtlichen Mitgliedern durch Fortbildungsveranstaltungen und Benutzung der Vereinsbücherei die Möglichkeit der ärztlichen Weiterbildung geben.

Schließlich ist noch vorgesehen, daß der Verein durch Abschluß von Kollektivverträgen oder durch Errichtung von wirtschaftlichen Unternehmungen für seine Mitglieder günstige Bedingungen auf den verschiedenen Gebieten, die mit der ärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang stehen, schafft. Auch hier kann vor allem das bisherige System der Gruppenversicherungen den Mitgliedern beträchtliche Vorteile gegenüber Einzelversicherungsverträgen bieten, ohne daß ein Zwang zum Abschluß einer Versicherung ausgeübt werden soll.

Die Berechtigung, hinter der Arzt- bzw. Facharztbezeichnung den Zusatz „Mitglied der Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“ zu führen und der Anspruch auf gegenseitige freie ärztliche Behandlung unter den Vereinsmitgliedern, seien noch außerdem erwähnt.

Zu den Pflichten der Mitglieder gehört in erster Linie die Aufrechterhaltung der bereits in der bisherigen Gesetzgebung verankerten Grundsätze über das berufliche und persönliche Verhalten:

1. Der Arzt ist zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des ganzen Volkes berufen.
2. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.
3. Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben.
4. Der Arzt hat sich der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert.

Der Verein wird hierzu noch eingehende Erläuterungen herausgeben, die für die Mitglieder verbindlich sind und den Zweck haben, die bisherige Berufsauffassung der Ärzte wachzuhalten.

Außerdem haben die Mitglieder nicht nur das Recht sondern auch die Pflicht, sich beruflich fortzubilden.

Über Verstöße gegen die Einhaltung der Berufspflichten oder gegen das Ansehen des Vereins oder eines einzelnen Mitgliedes wacht ein Ehrenrat, der vom Verein eingesetzt ist. Der Ehrenrat hat das Recht, Verwarnungen und Verweise zu erteilen und in schweren Fällen die Mitglieder aus dem Verein auszuschließen. Er ist kein Ersatz der staatlichen Berufsgerichtsbarkeit, denn ihm steht keine Strafbefugnis zu, er kann nur private Mißbilligungen in abgestufter Form aussprechen oder die Mitgliedschaft im Verein für beendet erklären. Denn jede freie Vereinigung muß die Möglichkeit haben, ungeeignete Mitglieder aus ihren Reihen zu entfernen. Das Ehrenratsverfahren soll aber gleichzeitig dazu dienen, die Rechte eines einzelnen Mitgliedes gegen Vorwürfe, die erhoben werden, zu schützen. Der Ehrenrat besteht aus dem Vorsitzenden, dem stellvertretenden Vorsitzenden und 3 Beisitzern. Als zweite Instanz wird ein Großer Ehrenrat eingeschaltet, welcher endgültig entscheidet. In diesem müssen der Vorsitzende und sein Stellvertreter die Befähigung zum Richteramt haben, während die 3 Beisitzer Ärzte sein müssen.

Für sonstige Schwierigkeiten beruflicher und persönlicher Art, die zwischen den Vereinsmitgliedern entstehen, ist in der Kreisinstanz ein Schlichtungsausschuß vorgesehen, welcher — ohne Zwangsbefugnisse auszuüben — zwischen den Mitgliedern vermitteln soll. Denn Unstimmigkeiten zwischen den Mitgliedern sollen im kollegialen Kreise beigelegt werden. Das Gleiche gilt für Rechtsstreitigkeiten, die zwischen den Mitgliedern und dem Verein entstehen können. Auch hier ist ein Schiedsgericht vorgesehen, welches unter dem Vorsitz eines vom Oberlandesgerichtspräsidenten zu ernennenden Richters mit ärztlichen Beisitzern entscheidet. Zweck der vorgesehenen Schlichtungsausschüsse und Schiedsgerichte ist es, bei den nicht zu vermeidenden Interessengegensätzen und menschlichen Schwierigkeiten zwischen den Mitgliedern untereinander oder zwischen den Mitgliedern und dem Verein ausgleichend zu wirken. Die Unabhängigkeit und Selbständigkeit der Schiedsgerichte ist dadurch gesichert, daß richterliche Vorsitzende vorgesehen sind und die Bestellung der ärztlichen Beisitzer von der Delegiertenversammlung auf eine im voraus bestimmte Zeit erfolgt, in der die Beisitzer nicht abberufen werden können. Die Erledigung von Zwistigkeiten in Schlichtungs- bzw. Schiedsgerichtsverfahren empfiehlt sich, weil dabei die zwischen Ärzten besonders erforderliche Diskretion über einzelne

Vorgänge sicherer gewahrt und andererseits in vielen Fällen eine schnellere Entscheidung als vor den ordentlichen Gerichten erreicht werden kann.

Die Satzung regelt sehr eingehend die organisatorischen Bestimmungen des Vereines. Hierbei sind 3 Instanzen zu unterscheiden:

- die Kreisärzteschaft,
- die Delegiertenversammlung und
- der Vorstand.

Eine Versammlung aller Mitglieder, die bei anderen Vereinen üblich ist, kann bei der „Arztekammer Nord-Württemberg e. V.“ nicht durchgeführt werden. Es ist räumlich kaum möglich, sämtliche Ärzte Nord-Württembergs gleichzeitig an einem Ort zu versammeln. Außerdem ist ein großer Teil der Mitglieder an dem gleichen Tage nicht abkömmlich bzw. würde auch nicht erscheinen. Die Zusammensetzung einer solchen Mitgliederversammlung wäre also immer von Zufällen abhängig. Deshalb finden Mitgliederversammlungen nur in den Kreisärzteschaften statt, welche in jedem unteren Verwaltungsbezirk (Landkreis bzw. kreisfreie Stadt) gebildet werden. Die Kreisärzteschaften beraten in ihren Mitgliederversammlungen sämtliche den Verein angehenden Fragen. Sie regeln außerdem in eigener Zuständigkeit die nur den Bezirk der Kreisärzteschaft angehenden Probleme wie z. B. Bildung von Schlichtungsausschüssen und sonstige die Mitglieder interessierenden Fragen. Die Kreisärzteschaften wählen außerdem auf ihren Mitgliederversammlungen die Delegierten, welche später zur Delegiertenversammlung als Vertreter der gesamten Ärzte zusammentreten. Diese Delegiertenversammlung bildet gewissermaßen das Parlament der Ärzte. Um eine gleichmäßige Vertretung aller Ärzte zu gewährleisten, werden für je 50 Mitglieder ein Delegierter gewählt; bei der 50 Mitglieder übersteigenden Zahl werden weitere 25 Mitglieder als volle 50 gerechnet, so daß im Ergebnis bei einer Mitgliederzahl bis zu 74 Mitgliedern ein Delegierter, bei 75 bis 124 Mitgliedern zwei Delegierte, bei 125 bis 174 Mitgliedern drei Delegierte usw. gewählt werden. Im Durchschnitt entfallen also auf 50 Mitglieder ein Delegierter. Diese Zahl dürfte es ermöglichen, daß in den Kreisärzteschaften die Vertreter der verschiedenen Ärzteguppen berücksichtigt werden können. Erwünscht ist, daß der Vorsitzende der Kreisärzteschaft selbst Delegierter ist, er soll durch die unmittelbare Berichterstattung an die Ärzte und durch die Vertretung der örtlichen Interessen ein lebendiger Mittler zwischen den Kreisärzteschaften und der Leitung des Vereines sein.

Bei dieser Persönlichkeitswahl (Vertreter der Kreisärzteschaften) kann es vorkommen, daß einzelne Sondergruppen der Ärzteschaft — Ärztinnen, Flüchtlingsärzte, beamtete Ärzte, nicht niedergelassene Ärzte, niedergelassene, aber nicht zugelassene Ärzte, leitende Krankenhausärzte usw. — nicht entsprechend ihrer Bedeutung vertreten sind. Deshalb soll die Delegiertenversammlung 1 bis 8 Ärzte als Delegierte hinzuwählen können. Dieses Verfahren hat sich bisher bewährt und vermeidet wahltechnische Schwierigkeiten. Denn bei einem besonderen Wahlgang für die Sondergruppen müßte jede Sondergruppe zunächst organisatorisch straff erfaßt sein, Bestimmungen über ihre Wahlberechtigung aufstellen und eine größere Zahl von Kandidaten herausstellen. Dies würde zur Folge haben, daß der einzelne Arzt als Mitglied von 3 bis 4 Sondergruppen für

jede gesondert wählen muß. Z. B. müßte ein leitender Krankenhausarzt, der Flüchtlingsarzt und nicht zur Kasernenpraxis zugelassen ist, nach dieser Regel außer dem Delegierten der Kreisärzteschaft noch etwa 3 weitere verschiedene Persönlichkeiten wählen. Dies ist unzumutbar, würde zur Aufstellung zahlreicher Wahllisten und zu noch mehr ungültigen Stimmabgaben führen. Außerdem würde dadurch ein Teil der Mitglieder ein mehrfaches Wahlrecht erhalten und damit mehrfach in der Delegiertenversammlung vertreten sein, während das Gros der Mitglieder sich mit dem einfachen Stimmrecht und entsprechend geringerer Vertretung begnügen müßte. Die Zuwahl der einzelnen Mitglieder durch die Delegiertenversammlung erfolgt im Benehmen mit den vorhandenen Vertretungen der Sondergruppen, damit deren hauptsächlichste Exponenten ihren Einfluß in der Delegiertenversammlung geltend machen können. Außerdem ist es dadurch möglich, Vertreter der Universität Tübingen und der Arztekammer Württemberg-Hohenzollern in die Delegiertenversammlung hinzuzuwählen. Die Zusammenarbeit mit beiden hat sich besonders fruchtbringend gestaltet. Die Beschränkung dieser mittelbar gewählten Delegierten auf höchstens 8 (das sind rund 10 bis 12 % der voraussichtlich unmittelbar zu wählenden Delegierten) sorgt dafür, daß diese keinen zahlenmäßig beherrschenden Einfluß in der kommenden Delegiertenversammlung nehmen können, sondern in erster Linie um ihrer besonderen Persönlichkeiten willen gewählt werden.

Der Delegiertenversammlung als dem Parlament der Mitglieder stehen die wichtigsten Entscheidungen zu. Hierzu gehören insbesondere:

1. die Aufstellung und Änderung der Satzung,
2. die Wahl des Gesamtvorstandes,
3. die Wahl von Ausschüssen,
4. die Bildung des Ehrenrates und des Großen Ehrenrates,
5. die Aufstellung einer Liste der Beisitzer in den Schiedsgerichten,
6. die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge,
7. die Aufstellung von Verfahrensbestimmungen für die Wahlen, die Geschäftsführung, die Schlichtungsausschüsse und den Ehrenrat sowie die Aufstellung von Erläuterungen zu den Berufspflichten,
8. die Aufstellung der Satzung für die zu schaffenden Fürsorge- und Versorgungseinrichtungen,
9. die Genehmigung des Geschäftsberichtes und des Haushaltsplanes.

Die Delegierten werden für zwei Jahre gewählt. Die Versammlung muß mindestens einmal im Jahr, außerdem jederzeit auf Antrag des Gesamtvorstandes oder von 1/3 der Delegierten zusammentreten. Die Tagesordnung der Versammlung muß schriftlich mindestens 7 Tage vor dem Versammlungstermin abgesendet werden, damit der einzelne Delegierte auch in eiligen Fällen noch die Möglichkeit hat, mit den Mitgliedern seines Bezirkes Fühlung zu nehmen. Einzelne Delegierte oder mindestens 10 Mitglieder können Anträge auf Änderung oder Ergänzung der Tagesordnung bis 3 Tage vor dem Versammlungstermin stellen. Diese Vorschrift ist geschaffen, um auch einer Minderheit in einer Kreisärzteschaft die Möglichkeit zu geben, Wünsche, die sie in der örtlichen Kreisärzteschaft nicht durchsetzen kann, in der Delegiertenversammlung zur Sprache zu bringen.

Der Gesamtvorstand besteht aus insgesamt 11 Personen, die von der Delegiertenversammlung auf die Dauer von 2 Jahren in geheimer Wahl gewählt werden. Außer dem Vorsitzenden und seinem Stellvertreter gehört dazu der Rechnungsführer, der die Aufsicht über die gesamte Vermögensverwaltung des Vereines hat, ferner der Schriftführer, dessen Aufgabe im wesentlichen in der Abfassung und Beglaubigung der Sitzungsprotokolle sowie der Vertretung des Rechnungsführers besteht, und aus 7 weiteren Mitgliedern, die nach der Satzung bestehen sollen aus:

- 1 Ärztin,
- 1 Flüchtlingsarzt,
- 1 leitenden Krankenhausarzt,
- 1 niedergelassenen, aber nicht zugelassenen Arzt,
- 1 nicht niedergelassenen Arzt.

Für die weiteren 2 Vorstandsmitglieder wird eine bestimmte Gruppenzugehörigkeit nicht verlangt.

Die Aufgaben des Gesamtvorstandes sind insbesondere:

1. die Festsetzung der Tagesordnung der Delegiertenversammlung,
2. die Vorbereitung der in der Delegiertenversammlung zu stellenden Anträge und einzubringenden Vorlagen,
3. die Aufsicht über die Geschäftsstelle,
4. die Durchführung der Beschlüsse der Delegiertenversammlung,
5. die Entscheidung über die Aufnahme korporativer Mitglieder und über abgelehnte Aufnahmeanträge neuer Mitglieder.

Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sind der gerichtliche Vorstand, die im Vereinsregister eingetragen werden. Diese Zahl ist mit Absicht klein gehalten, um formelle Schwierigkeiten vor Gerichten zu vermeiden. Sonst müßte jede Änderung im Vorstand, die bei 11 Vorstandsmitgliedern nicht nur alle 2 Jahre, sondern häufiger zu erwarten ist, zu erneuten Anträgen auf Eintragung in das Vereinsregister führen. Besondere Funktionen sind mit der Eintragung in das Vereinsregister für den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter nicht verbunden. Seine Befugnisse richten sich nach der Satzung und der vom Verein aufgestellten Richtlinien. So ist der Vorsitzende und sein Stellvertreter dem Gericht gegenüber zwar zur alleinigen Vertretung des Vereines berechtigt, er wird jedoch Willenserklärungen, durch die vermögensrechtliche Folgen für den Verein eintreten, auf Grund einer Bestimmung der Geschäftsordnung nur unter Mitzeichnung des Rechnungsführers und in der Regel nur nach Vorlage beim Gesamtvorstand abgeben dürfen.

Dem Vorsitzenden bzw. seinem Vertreter obliegt auf Grund der Satzung

1. die Leitung und Aufsicht der gesamten Geschäfte des Vereines,
2. die Einberufung und Leitung der Sitzungen des gesamten Vorstandes und der Delegiertenversammlungen,
3. die Ausführung der Beschlüsse des Gesamtvorstandes und der Delegiertenversammlung

Im übrigen ist der Vorsitzende bzw. sein Stellvertreter nur primus inter pares.

Die Delegiertenversammlung kann zur Unterstützung des Gesamtvorstandes Ausschüsse bilden, deren Zusammensetzung und Aufgabenkreis jeweils von ihr be-

stimmt wird. An die Einsetzung folgender Ausschüsse ist gedacht:

1. Ausschuß für berufsständische Fragen,
2. Ausschuß für Fortbildung,
3. Ausschuß für Facharztausbildung,
4. Ausschuß für wirtschaftliche Angelegenheiten,
5. Ausschuß für Haushalts- und Finanzfragen,
6. Ausschuß für Honorarfragen,
7. Ausschuß für Versicherung, Versorgung und Fürsorge,
8. Ausschuß für nicht-niedergelassene Ärzte,
9. Ausschuß für leitende Krankenhausärzte,
10. Ausschuß für Röntgenfachärzte,
11. Ausschuß für Flüchtlingsärzte.

Es können je nach Bedarf weitere Ausschüsse gebildet werden. Die Delegiertenversammlung kann diesen Ausschüssen selbständige Entscheidungen übertragen, andernfalls bedürfen die Beschlüsse der Zustimmung des Vorstandes der Ärztekammer. Es ist zu hoffen, daß die bisherige lebhaftige Mitarbeit in den Ausschüssen an den Aufgaben des Vereines auch weiterhin fortgeführt werden kann. Denn die wesentliche Vorarbeit für viele schwierige und zeitraubende Fragen wird in diesen Ausschüssen geleistet. Es ist möglich, diese Ausschüsse durch Hinzuwahl geeigneter Mitglieder, die nicht Delegierte sein müssen, zu ergänzen. Da Zusammensetzung und Aufgaben der Ausschüsse häufiger einem gewissen Wechsel unterliegen, ist davon abgesehen, nähere Bestimmungen in der Satzung zu treffen. Die Beschlüsse der Delegiertenversammlung werden die Einzelheiten regeln.

Schließlich ist noch vorgesehen, daß die „Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“ sich mit anderen ärztlichen Berufsvereinigungen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen kann. Dabei ist es unerheblich, ob diese Berufsvereinigungen privatrechtliche Organisationen oder öffentlich-rechtliche Körperschaften sind. Zur Zeit ist nur bekannt, daß die Ärztekammern in der britischen und französischen Zone in unveränderter Form weiterbestehen.

Von den bisherigen Aufgaben der Reichsärztekammer fällt in Zukunft vor allem die Berufsggerichtsbarkeit weg. Dies ist eine staatliche Hoheitsaufgabe, die nur von allgemeinen oder besonderen Gerichten ausgeübt werden darf. Das Ehrenratsverfahren, das eine Mißbilligung oder den Ausschluß aus dem Verein aussprechen kann, ist damit nicht zu verwechseln. Die Facharztanerkennung wird neu geregelt werden müssen, da die einschlägigen Bestimmungen der Berufsordnung sich auf Vorschriften der Reichsärzteordnung gründen, die vom Innenministerium für nicht mehr anwendbar erklärt worden sind. Interessant ist, wie man in Amerika diese Frage gelöst hat. Dort sind Sondervorschriften vom Staat über Facharztanerkennung nicht erlassen worden. Die einzelnen Facharztgesellschaften erteilen auf Grund einer Prüfung, die sie selbst abnehmen, ein Facharzt Diplom, das meistens in den Wartezimmern ausgehängt wird. Den Facharztgesellschaften dürfen nur solche Ärzte angehören, die gleichzeitig Mitglied der allgemeinen ärztlichen Vereinigung (American Medical Association) sind.

Die dem eingetragenen Verein „Ärztekammer Nord-Württemberg e. V.“ verbleibenden Aufgaben werden auch weiterhin ein breites Tätigkeitsfeld bieten. Die Interessenvertretung der Mitglieder und die Fürsorge-

und Versorgungsaufgaben sind allein zwei Arbeitsgebiete, die mit Nachdruck nur durchgeführt werden können, wenn der Verein die Masse aller Ärzte vertritt und seinen Worten und Handlungen den Nachdruck geben kann, der ihm als Vertreter des freiwilligen Zusammenschlusses der nord-württembergischen Ärzte

gebührt. Die Zeiten, denen die Ärzteschaft entgegengeht, sind nicht leicht. Um so bedeutsamer werden in Zukunft die Aufgaben der Ärztekammer Nord-Württemberg e. V. sein und um so wichtiger ist es, daß alle Ärzte Nord-Württembergs sich auf freiwilliger Grundlage in dieser Vereinigung zusammenfinden.

Ertragsstaffelkürzung statt Fallstaffelkürzung

Von Dr. med. Walther Scharpff, Stuttgart

Die Not vieler Kollegen ist groß. Man darf sagen, es ist den Ärzten noch nie so schlecht gegangen wie gegenwärtig. Die Klagen über die Notlage häufen sich beim Vorstand der KV. Wenn es auch mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu Verhandlungen gekommen ist, die eine Erhöhung des Gesamtpauschales erhoffen lassen, so ist es immer wieder eine wichtige Aufgabe des Vorstandes, zu überprüfen, ob die überwiesene Summe unter den Ärzten richtig verteilt wird. Der Vorstand hat eine besondere Kommission eingesetzt, welche diese Frage überprüfen sollte, wobei den eingegangenen Klagen, vor allem der prakt. Ärzte, Augenärzte, Nervenärzte und Röntgenologen besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

Es handelte sich also für die Kommission zunächst nur darum, zu prüfen, ob die jetzige Verteilung des Gesamthonorars einer Korrektur bedarf oder nicht, entsprechende Vorschläge zu machen, sie mit dem Vorstand durchzuarbeiten und dann zur Genehmigung der Vollversammlung der Delegierten vorzulegen. Es ist das Verdienst der beiden Kollegen Zahn und Ewen, in sehr einleuchtender Weise klargelegt zu haben, daß es für Augenärzte viel vernünftiger wäre, sich auf einen kleineren Kreis von Patienten zu beschränken. Es muß ja, wird eine gewisse Zahl von Fällen im Quartal überschritten, eine weitere Hilfskraft eingestellt werden, die aus dem Honorar in Anbetracht der hohen Staffelkürzung gar nicht bezahlt werden kann, tritt doch vom 500. Fall zunehmend eine sehr starke Kürzung ein, so daß es nicht mehr zur Deckung der Spesen reicht.

Eine weitere Überlegung macht dieses Problem vielleicht noch deutlicher. Vom 500. Fall an trat, wie gesagt, eine zunehmende Kürzung ein. Der Augenarzt erhielt pro Fall 5 DM im Quartal, hatte er 500 Fälle, so waren das 2500 DM, hatte er 1000, so waren es längst keine 5000 DM, sondern viel weniger, und hatte er selbst 1500, so erreichte er nie eine Summe von 5000 DM, sondern blieb weit darunter. Ein anderes Fachgebiet, die Orthopäden, hatten bisher 10 DM pro Fall bekommen, hatten sie 500 Fälle im Quartal, so bekamen sie 5000 DM, eine Kürzung trat erst ein nach diesen 500 Fällen. Es muß jedem einleuchten, daß diese großen Unterschiede nicht berechtigt sind. (Die Quotenkürzung ist hier noch gar nicht in Betracht gezogen.)

Bei unserer bisherigen Fallstaffelkürzung blieb aber noch ein anderer Gesichtspunkt völlig unberücksichtigt, daß nämlich alle Sonderleistungen von der Kürzung ausgenommen waren. Wenn z. B. ein Internist auf seinem Fachgebiet röntgt, so wurden die Röntgenleistungen nicht gekürzt, oder, wenn ein Chirurg oder Frauenarzt operiert, so wurden die Operationen oder andere Sonderleistungen einer Kürzung nicht unterworfen, wogegen ein Arzt, der so gut wie keine Sonderleistungen hatte,

wie die meisten prakt. Ärzte, aber auch viele Augenärzte, sich entsprechend der Fallzahl eine Kürzung gefallen lassen mußten. Das war zweifellos eine Ungerechtigkeit und ein Fehler in unserer bisherigen Rechnungsweise.

Auf meine Anregung hin kam die Kommission sehr bald zu dem Ergebnis, daß der gesamte Ertrag der ärztlichen Tätigkeit für die Kürzung in Betracht gezogen werden muß. Diese Auffassung wurde von dem Vorstand und der Delegiertenversammlung gebilligt. Zum Ertrag sind zu rechnen: Das Fallpauschale, alle Sonderleistungen, der ärztliche Anteil bei Röntgenuntersuchungen, die Wegegelder, die Entschädigung für die physikalische Therapie und auch die Einnahmen für die Behandlung von Mitgliedern der Ersatzkassen oder anderer Krankenkassen, die über die KV. abgerechnet werden. Die Privatpraxis mit einzubeziehen wurde abgelehnt, abgesehen davon, daß über diese Einnahmen die KV. keine Kontrolle hat, ist die Durchführung eines solchen Vorschlags aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Die KV. kann nur Bestimmungen über ärztliche Einnahmen treffen, die über sie abgerechnet werden.

Zunächst war zu prüfen, ob die Höhe des Fallpauschales für die einzelnen Fachgebiete richtig ist. Auch hier sind Änderungen notwendig geworden; so hat sich herausgestellt, daß die Nervenärzte mit 7 DM pro Fall zu niedrig eingestuft waren. Die fachärztliche neurologische oder psychiatrische Untersuchung ist sehr zeitraubend, die Fallzahl sehr vieler Neurologen auffallend niedriger, so daß die Nervenärzte zu den Kassenärzten gehören, welche die niedersten Einnahmen haben. Es wurde beschlossen, ihr Fallpauschale auf 10 DM zu erhöhen. Andererseits ist der Satz für die Orthopäden mit 10 DM zu hoch, seitdem aus diesem Satz die physikalische Therapie, Massage usw. herausgenommen wurden. Es schien ein Betrag von 6 DM entsprechend den Sätzen anderer Fachgebiete als richtig. Es hat sich herausgestellt, daß die Augenärzte unter Belassung ihres bisherigen Satzes für das Fallpauschale (5 DM) sich nach der Neuregelung besser stellen werden, und damit ihren berechtigten Wünschen Rechnung getragen werden konnte.

Die Frage, ob es richtig ist, die oben erwähnten verschiedenen ärztlichen Einnahmen unbeschränkt für den Ertrag der Praxis einzubeziehen, mußte genau überprüft werden. Über Fallpauschale, Sonderleistungen, Einnahmen aus Ersatzkassen und anderen Kassen gab es keinen Zweifel. Anders war es schon bei den Wegegeldern. Sie mit einzubeziehen, ist aber aus 2 Gründen richtig: 1. im Wegegeld ist der Zeitverlust des Arztes mit eingerechnet und 2. beklagen sich die Ärzte der Stadt, daß sie für ihre hohen Unkosten eines Kraftwagens nichts bekommen. Es ist aber zuzugeben, daß viele Ärzte auf

dem Land, wenn sie auf schlechten Straßen, im Winter bei Eis und Schnee fahren müssen, ihre Wagen stärker abnutzen als die Kollegen in der Stadt; sie könnten auch kaum veranlaßt werden, manchen einsamen Ort aufzusuchen, wenn sie kein Wegegeld bekämen. Das Wegegeld muß deswegen bleiben, es darf aber wohl in die Ertragstaffelkürzung einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang ist noch ein Wort zu den Wegegeldern zu sagen. Obgleich heute an vielen Orten Ärzte niedergelassen sind, an denen früher kein Arzt ansässig war, so sind doch die Auszahlungen an Wegegeldern höher geworden. Als Ursache kommen 2 Faktoren in Frage: 1. Es fahren heute mehr prakt. Ärzte in die Nachbarschaft als früher, da es mehr prakt. Ärzte gibt. 2. Auch die Fachärzte verlangen recht hohe Wegegelder. Der Vorstand der KV. hat es für notwendig gehalten, zu dieser Frage an die folgende Bestimmung zu erinnern: Wegegeld wird einem Facharzt nur dann bezahlt, wenn der behandelnde Arzt dem Facharzt einen Patienten zur Weiterbehandlung überweist oder wenn der Facharzt zu einem Consilium zugezogen wird. Wird dagegen der Facharzt vom Patienten unmittelbar zur Behandlung gerufen, so gilt bei der Berechnung des Wegegeldes er nicht als Facharzt, sondern als praktischer Arzt. Er darf Wegegeld in diesen Fällen nur für die Entfernung vom nächstwohnenden Arzt berechnen.

Sehr schwierig war es, die **Röntgenologen und Teilröntgenologen** in der richtigen Weise in die Ertragstaffelkürzung mit einzubeziehen. Sie beklagen sich schon lange darüber, daß bei den ungeheuren Preissteigerungen für Apparate, Röhren, Filme usw., wenn auf dem Papier auch die ganzen, übrigens heute ungenügenden Röntgensätze zugrunde gelegt werden, infolge der Quotenkürzungen die Sachkosten in keiner Weise mehr gedeckt würden. Das ist richtig. Das Ergebnis langwieriger Beratungen ist folgendes: Alle Röntgenleistungen müssen getrennt nach ärztlicher Leistung und technischen Unkosten angegeben werden. Wenn auch die Sätze für die Sachkosten aus der Zeit vor dem Krieg stammen, so müssen sich die Röntgenärzte trotzdem eine Kürzung um 10% gefallen lassen, werden doch auch den Krankenhäusern ihre Sachkosten um 10% gekürzt. Die ärztlichen Honorare für die Röntgentätigkeit sollen nun der Ertragstaffelkürzung unterliegen wie bei jedem Kollegen. Das gilt für die 22 Vollröntgenologen in Nord- und Süd-Württemberg genau so wie für die ca. 540 Teilröntgenologen. Es muß gesagt werden, daß eben auch der Praktiker sehr hohe Unkosten hat und er dieselben aus seinem ärztlichen Honorar decken muß. Es ist also recht und billig, wenn auch die Röntgenärzte ihre Unkosten nicht voll ersetzt bekommen. Praktische Ärzte hatten die Befürchtung, daß nach dieser Regelung die Röntgenologen sich nun besser stellen würden als vorher. Genaue Berechnungen eines sehr erfahrenen Sachbearbeiters haben dies widerlegt. Die Röntgenologen werden durchschnittlich auf das gleiche Gesamthonorar wie früher kommen, sie werden also nicht bevorzugt. Es erschien aber der Kommission auch im Hinblick auf spätere grundsätzliche Änderungen der Gebührenordnung, die zweifellos nötig sind, richtig, zu erfahren, welche Beträge für die rein ärztliche Leistung bei einer Röntgentätigkeit aufgeführt werden können.

Diese Regelung soll auch für die Ersatzkassentätigkeit gelten, und zwar soll einfachheitshalber die Hälfte des

Gesamt-Röntgenhonorars auf die ärztliche Leistung, die andere Hälfte auf die Sachkosten angerechnet werden.

Nun sind die Röntgenleistungen ungewöhnlich hoch angestiegen. Es muß deswegen verlangt werden, daß die Röntgenuntersuchungen auf ein für Ärzte, Kassen und Kranke noch tragbares Maß beschränkt werden, und zwar nicht nur ihre Zahl, sondern vor allem auch ihre Durchführung. Besonders die Teilröntgenologen sind oft sehr großzügig verfahren. Es wurden deswegen die folgenden Bestimmungen beschlossen, die fast sämtlich im Einverständnis mit den Röntgenologen getroffen worden sind.

Bei Röntgenuntersuchungen der Lungen sollen an Aufnahmen nicht mehr als 30% im Durchschnitt der in einem Kalendervierteljahr untersuchten Krankheitsfälle, bei Herzuntersuchungen nur ausnahmsweise eine Filmaufnahme gemacht werden. Für Magen-Darmuntersuchungen wird ein Durchschnitt von 30 DM je untersuchten Fall festgesetzt (ärztl. Honorar und Sachkosten). Bei Ärzten, die mit fremder Apparatur arbeiten, wird nur das ärztliche Honorar (15 DM) der KV. berechnet. Die Überschreitung dieses Durchschnitts ist abzustreichen. Es wird als selbstverständlich vorausgesetzt, daß bei Untersuchungen des Herzens auch die Lungen, bei Lungen auch das Herz mit untersucht werden. Ebenso gilt, daß bei Untersuchungen von Magen und Darm auch Herz und Lungen ohne besondere Berechnung mit untersucht werden. Für Skelettuntersuchungen ist das ärztliche Honorar nur einmal zu berechnen, auch wenn zwei Aufnahmen in verschiedenen Ebenen gemacht werden. Falls mehrere Aufnahmen auf einem Film gemacht werden (z. B. ein Knie in zwei Ebenen), so erhöht sich der Unkostensatz des verwendeten Films um 50%.

Alle Ermahnungen, mit dem Röntgen sich einzuschränken, sind vergeblich geblieben. Es mußten deswegen diese Bestimmungen erlassen werden. Honorare, die über diese Leistungen hinausgehen, werden nicht mehr bezahlt.

Eine schwierige Entscheidung war für die **physikalische Therapie** zu fällen. Es gibt zweifellos Kranke, besonders auf dem Gebiet der Orthopädie, die zur Wiederherstellung eine konsequente physikalische Behandlung benötigen. Da aber bei einer größeren Zahl von Kranken der Arzt diese Behandlung nicht mehr selbst durchführt, ein Apparat sich immer besser rentiert, wenn er intensiv beansprucht wird, erschien es richtig, jedenfalls zunächst einmal, diese Honorare der Ertragstaffelkürzung zu unterwerfen.

In die Ertragstaffelkürzung sollen nicht die dringlichen **Nachtbesuche** einbezogen werden. Eine Kürzung bei dieser evtl. sehr anstrengenden Tätigkeit erscheint ungerecht. Freilich gilt nur als Nachtbesuch, wenn der Arzt in der Zeit zwischen 20 Uhr und 8 Uhr dringlich bestellt wird und den Besuch auch sofort ausführt (hierfür werden 6 DM in Rechnung gesetzt). Wir wollen nicht hoffen, daß jetzt auf einmal die Zahl der Nachtbesuche erstaunlich ansteigt!

Und nun zur **Ertragstaffelkürzung selbst**. Zunächst war geplant, die Kürzung nicht so stark durchzuführen, wie es vorgeschlagen und beschlossen wurde. Sie ist aber nötig, denn ohne diese Kürzung bis zu 50% wäre eine stärkere Quotenkürzung notwendig geworden. Das sollte unbedingt vermieden, eher das Gegenteil erreicht werden. Nach wiederholten Berechnungen erschien der folgende Vorschlag als richtig. Bei Einnahmen

bis zu 3000 DM im Vierteljahr keine Kürzung. Das ist als eine ausgesprochen soziale Maßnahme gedacht, um den wirtschaftlich schwachen Kollegen, die in bedrängter Lage sich befinden, zu helfen.

Die Kürzung beträgt:

10% für die zwischen 3001—4000 DM liegenden Beträge
 20% für die zwischen 4001—5000 DM liegenden Beträge
 30% für die zwischen 5001—6000 DM liegenden Beträge
 40% für die zwischen 6001—7000 DM liegenden Beträge
 50% für die über 7000 DM liegenden Beträge
 jeweils im Vierteljahr.

Eine höhere Kürzung erschien nicht richtig, denn es sollen dem umsichtigen, tüchtigen Arzt die Leistungen bezahlt — freilich gekürzt —, nicht aber annulliert werden.

Wenn nun diese Ertragsstaffelkürzung vorgeschlagen und beschlossen wurde, so darf von ihr gesagt werden, daß sie gerechter ist als die bisherige. Aber freilich, zu viel darf von ihr nicht erwartet werden! Unmöglich ist es, die Quotenkürzung zu bessern, sie ist abhängig von der Summe, welche die Ärzte von den Kassen bekommen.

Die neue Ertragsstaffelkürzung hat sicherlich auch Folgen, die heute noch nicht übersehen werden können, trotz sorgfältigster Berechnung. Was sich nicht bewährt, kann

stets geändert werden. Jeder Kollege, der mit den Maßnahmen nicht einverstanden ist, soll sich äußern, aber bedenken, daß er seine Einwände in Beziehung setzen muß **zum Ganzen**, zu den Einnahmen der prakt. Ärzte oder der verschiedenen Fachgebiete. Nur dann kann er übersehen, ob seine Einwände standhalten. Schon jetzt bei der Grippeepidemie wird sich das neue Verfahren wohl bewähren, denn bisher waren die Praktiker und Hausärzte die Dummen, wenn solche Epidemien auftraten. Freilich, was nun diesen zugute kommt, wird anderen Kollegen gekürzt, manchen praktischen Ärzten oder Fachärzten mit relativ hohen Einnahmen. Es muß einmal ganz offen gesagt werden, daß die Leistung des Spezialistentums mit seiner medizinisch-physikalischen **Technik** zu der Zeit, als die Gebührenordnungen aufgestellt wurden, sehr hoch eingeschätzt wurde. Das hat manchen Kollegen veranlaßt, sich deswegen für ein Fachgebiet zu entscheiden; das war nicht richtig. Wir müssen so weit kommen, daß medizinische Sachleistungen mit unserem ärztlichen Handeln, der ärztlichen Kunst, nicht mehr gekoppelt sind. Die neue Ertragsstaffelkürzung ist ein kleiner Schritt in dieser Richtung, ein ganz bescheidener Anfang. Jeder Verteilungsschlüssel ist zeitbedingt und bedarf stets der Korrektur. Die jetzigen Beschlüsse sind eine solche Korrektur. Sie sollen auch in Zukunft nicht starr sein.

Fortschritte der Neurologie

Von Prof. Dr. R. Gaupp jr., Nervenarzt, Stuttgart-Degerloch

II. Teil

Wer heute eine Zeitschrift der inneren Medizin in die Hand nimmt, stößt auf Schritt und Tritt auf den Begriff des „Zwischenhirnhypophysensystems“. Darunter wird dann ein Organ verstanden, welches in freier Übertragung einer Formulierung von **Veil und Sturm** (Die Pathologie des Stammhirns, 2. Auflage, Fischer-Jena, 1946) sich „als die Zentrale der inneren Medizin schlechthin darstellt“. Was unter diesem System verstanden wird, ist vielfach unklar, manchmal sogar falsch. Zudem kann der Neurologe, der sich klinisch, histopathologisch und experimentell um die Zusammenhänge bemüht, den oft sehr weitgehenden Folgerungen an vielen Stellen nicht folgen. Es erscheint deshalb angebracht, über die morphologischen Grundlagen zu berichten und die Grenzen zu zeigen, jenseits deren die Hypothese beginnt. Die Beschränkung auf das Wesentliche ist notwendig.

Wir nennen Zwischenhirn den Teil des Gehirns, welcher sich zwischen End- und Mittelhirn einschiebt. Der vegetative Bereich, der bei Erwähnung des Zwischenhirnhypophysensystem gemeint wird, umfaßt nur einen Teil des Zwischenhirns, nämlich den, der, unter dem Thalamus gelegen, singemäßig als Hypothalamus bezeichnet wird. Er wird nach vorne durch die Sehnervenkreuzung begrenzt, nach hinten schließt er mit den Corpora mamillaria ab. Sein wichtigster Teil ist das Tuber cinereum. Zweckmäßigerweise sollte man deshalb statt von Zwischenhirn-Hypophysen-System vom Hypothalamus-Hypophysen-System sprechen. — Die Hypophyse teilen wir in einen drüsigen Teil (Adenohypophyse) bestehend aus dem Vorderlappen und Mittelappen samt den sog. Tuberaliszellen und in die

Neurohypophyse. Letztere ist diencephalen Ursprungs mit der Besonderheit, daß Nervenzellen fehlen und die Gliaelemente zu spezifischen Zellen, den sog. Pituicyten, umgewandelt sind. Die Neurohypophyse umfaßt den Hinterlappen, den Hypophysenstiel und das Infundibulum. Da sich die Tuberaliszellen dem letzteren anlegen wie Deckzellen, sollten sie einem Vorschlag von **Spatz, Diepen und V. Gaupp** entsprechend richtiger als Infudibularzellen bezeichnet werden (Dtsch. Z. f. Nervenheilk. 159). Zwischen Adeno- und Neurohypophyse besteht eine ausgedehnte konstante Kontaktfläche. Wo die Hypophyse den Hypothalamus berührt, handelt es sich ausschließlich um neurohypophysäre Anteile (des Infundibulums). Beziehungen zwischen der Adenohypophyse und dem Hypothalamus sind mithin nur über die Neurohypophyse gegeben. Dazu kommt, worauf nicht nachdrücklich genug hingewiesen werden kann, daß Nervenfaserverbindungen nur zwischen dem Hypothalamus und der Neurohypophyse bestehen, nicht aber zur Adenohypophyse. Letztere kann nervös vom Hypothalamus aus nur auf dem Umweg über den Sympathikus beeinflusst werden. Diese Tatsachen lassen die Neurohypophyse neben ihren Eigenfunktionen als ein Vermittlerorgan erscheinen. Diese Vermittlerfunktion wird morphologisch unterbaut dadurch, daß zwischen Adenohypophyse und der Neurohypophyse, insbesondere dem Infundibulum enge vaskuläre Beziehungen bestehen nach Art eines Pfortaderkreislaufes (**Popa und Fielding J. of Anat.** 65), dessen Stromrichtung nach **Romeis** (Hypophyse Handb. d. mikrosk. Anat. d. Menschen 1940) möglicherweise umkehrbar ist.

Wir können heute als gesichert ansehen, daß zwischen Hypothalamus und Neurohypophyse zwei Fasertrakte bestehen. Der erstere geht vom vorderen Hypothalamus aus (Nucleus supraopticus und paraventricularis), der andere vom Tuber cinereum (Nucleus tuberosus infundibularis?). Zerstörung oder Unterbrechung des ersteren Traktes hat zugleich mit der Entnervung und Atrophie der Neurohypophyse einen Diabetes insipidus zur Folge. Das antidiuretische Hormon, das in der Neurohypophyse gebildet wird, versiegt. (Fisher, Magoun u. Ranson Diabetes insipidus Ed. Brothers 1938, Gaupp Z. Neur. 171 u. 178). Gleichzeitig hört auch die Bildung des uteruskontrahierenden Hormons der Neurohypophyse, des Oxytocin, auf. Die Hormonbereitung der Neurohypophyse ist mithin an die Intaktheit dieses Traktes hypothalamo-hypophysäus anterior gebunden. (Wie es mit dem dritten Hormon der Neurohypophyse, das den Blutdruck steigert, steht, wissen wir noch nicht. Es sind Zweifel berechtigt, ob überhaupt ein solches vorliegt. Die blutdrucksteigernde Wirkung von Hinterlappenextrakten könnte sehr wohl eine unspezifische, eiweißbedingte sein).

Nach Untersuchungen von Spatz und Schülern (Bustamante, Spatz u. Weisschedel Dtsch. med. Wschr. 1942) findet sich im Bereich des Tuber cinereum ein Sexualzentrum, dessen Zerstörung eine Keimdrüsenatrophie zur Folge hat. Dieses Zentrum läßt sich im medialen Tuber-Feld annehmen, während einige Erfahrungen dafür sprechen, daß im lateralen ein Zentrum der Wachstumsregulation gelegen ist. Auf Wachstum und Sexualentwicklung übt andererseits aber auch die Adenohypophyse einen hormonalen Einfluß aus und so stellt sich zwangsläufig die Frage, in welcher Beziehung Hypothalamus und Adenohypophyse stehen. Diese Frage läßt sich bis heute noch nicht hypothesenfrei beantworten. Sie ist die Kernfrage, um die sich der Begriff des Hypothalamus-Hypophysensystems im wesentlichen Sinne dreht. Sie stellt sich in fast derselben Weise bei den Erörterungen über die „zentrale Steuerung“ des Fettstoffwechsels und nicht viel anders beim Kohlehydratstoffwechsel, nur daß hier die Verhältnisse derzeit noch weniger durchsichtig sind. Fettsucht kann offenbar sowohl hypophysär wie hypothalamisch bedingt sein. Ob sie bei reinen Adenohypophysenstörungen (Unterfunktion? Dysfunktion? Überfunktion?) vorkommt oder ob es gleichzeitiger Schädigung des Hypothalamus bedarf, ist ebenso ungeklärt wie andererseits, ob bei diencephaler Fettsucht durch Herdlesion die Adenohypophyse Veränderungen unterliegt oder nicht. Für den Kohlehydratstoffwechsel ist als sichergestellt anzunehmen, daß die Adenohypophyse ein kontrainsulinäres Prinzip produziert (Young Biochem. J. [Brit.] 32). Reizung des Hypothalamus hat wohl nur eine vorübergehende Glykosurie und Hyperglykämie zur Folge. Der Wirkungsweg könnte hierbei aber allein über das sympathico-adrenale System erfolgen. Wie die Erfahrung gezeigt hat, ist die Intaktheit dieses Systems für die Aufrechterhaltung des Blutzuckerspiegels notwendig, nicht dagegen die der höheren vegetativen Zentren und deren abführenden Bahnen.

Wie können wir uns die Beziehungen zwischen Hypothalamus und Adenohypophyse vorstellen? Spatz, Diepen und V. Gaupp haben folgende Hypothese zur Diskussion gestellt: Nachdem die Verbindung der Adenohypophyse zum Hypothalamus über die Neuro-

hypophyse geht, letztere von einem dichten Nervenfasergeflecht ausgefüllt wird, sei die Frage berechtigt, ob nicht — in Anlehnung an eine alte Vorstellung von Cajal —, dieser nervöse Plexus ein Organ darstelle, das auf die Produkte der Adenohypophyse wie ein Chemoreceptor eingestellt sei. Es würden dann diese Fasern nicht nur zentrifugal, sondern auch zentripetal leiten. „Sie würden über das Infundibulum dem Tuber cinereum Erregungen zuleiten, welche jenes als Regulationsstätte für Stoffwechsel und endokrine Vorgänge bedarf.“ Was in diesem Sinne sprechen könnte, sind Beobachtungen von Westmann und Jakobson (Acta obstetr. skand. 17), wonach gleiche Sexualstörungen wie bei Tuberkulosen auch bei Durchtrennung des Hypophysenstiels auftreten und es mag hier auch erwähnt werden, daß Mahoney (Amer. J. Physiol. 112), Keller, Noble und Hamilton (Amer. J. Physiol. 117) bei gleicher Technik eine — wenn auch nur vorübergehende — Glykosurie beschrieben haben.

Der Leser mag daraus ersehen, daß die exakte Forschung auf dem Gebiet des Hypothalamus-Hypophysensystems noch in ihren ersten Anfängen steht und daß die weitgehenden Vorstellungen, denen man im Gebiet der inneren Medizin begegnet, vorderhand noch sehr wenig auf tragfestem Grund aufgebaut sind. — Wer sich für Zwischenhirnsyndrome im einzelnen interessiert, sei auf die soeben erschienene Monographie von Laubenthal (Zwischenhirnsyndrome, Thieme Verlag 1948) hingewiesen.

Im Bereich der extrapyramidalen Leiden unterscheiden wir grundsätzlich zwei Symptomenverbände, den hyperkinetisch-hypotonen und den hypertonen-hypokinischen. Ersteren charakterisieren die Chorea und Athetose, letzteren der Parkinsonismus. Zurückgehend auf C. und O. Vogt wird in den Lehrbüchern die Hyperkinese auf eine Erkrankung des Striatums bezogen mit der Vorstellung, daß es durch Ausfall des Striatums zu einer Enthemmung des Pallidums kommt, jenes phylo- und ontogenetisch alten Griseums, das ein Zentrum komplexer Reflexbewegungen darstellt. Dem Parkinsonismus dagegen sollte eine Erkrankung des Pallidums zugrunde liegen, wodurch die hemmende Funktion des Striatums sich durchsetze. Letzteres hat sich nunmehr als falsch erwiesen. Die Untersuchungen der letzten Jahre an Gehirnen von Paralysis-agitans-Kranken (Hassler, J., Psychol. u. Neur. 48 und Klau e, Arch. f. Psychiatr. 111) haben gezeigt, daß die ihrer klinischen Symptomatik nach kaum von dem postencephalitischen Parkinsonismus abgrenzbare Schüttellähmung der alten Leute ebenso wie jene auf einem Zelluntergang der Substantia nigra beruht, also nicht pallidär bedingt ist. Klau e hat sogar die Frage aufgeworfen, ob zwischen dem postencephalitischen Parkinsonismus und der Paralysis agitans nicht aetiologische Beziehungen bestehen. Wenn wir das auch ablehnen, wenigstens solange nicht erwiesen ist — was uns unwahrscheinlich ist —, daß der postencephalitische Parkinsonismus im Gewebsbild demselben Entwicklungsgesetz eines bestimmten insulären Zellausfalles in der Substantia nigra (Zona nigra) folgt, bzw. dieses Stadium durchläuft wie die Paralysis agitans, so geht doch aus den Befunden hervor, daß für Rigor und Tremor beider Formen eine Erkrankung desselben extrapyramidalen Territoriums anzuschuldigen ist. Der Parkinsonismus ist kein Pallidum-, sondern ein Nigrasyndrom. Wir nehmen

an, daß der Ausfall der Substantia nigra zu einer Ent-
 hemmung niederer Hirnstamm- vielleicht auch Rücken-
 marks-Zentren führt, mit anderen Worten, daß sich auch
 hier das neurophysiologische Gesetz als gültig erweist,
 daß vorgeschaltete Zentren hemmende Funktionen aus-
 üben, deren Wegfall eine Verselbständigung niederer
 d. h. nachgeschalteter zur Folge hat. Die efferenten
 Bahnen der Substantia nigra sind uns noch nicht be-
 kannt. Die Koppelung extrapyramidaler und vegeta-
 tiver Störungen beim Parkinsonismus ist gewiß nicht
 zufällig. Muskeltonus und vegetative Funktionen stehen
 in engen Beziehungen. Es liegt nahe, in der Substantia
 nigra ein Zentrum der Steuerung beider Funktionskreise
 zu sehen (Klaue), zumal gleich anderen vegetativen
 Kernen die Substantia nigra zu den markarmen Gebie-
 ten zählt (Pache, Arch. f. Psychiatr. 104). — Damit
 wandelt sich unsere Vorstellung über den Aufbau des
 extrapyramidalen Systems ab. Die Symptomenverbände
 der Hyper- und Hypokinese sind beide Enthemmungs-
 phänomene. Bezüglich der Behandlung ändert sich da-
 durch aber nichts: Skopolamin und Atropin in ihren
 verschiedenen Formen (s. a. Homburg 680 und die bul-
 garische Kur) bleiben die Mittel der Wahl beim Parkin-
 sonismus.

Wenn wir von Lähmungen sprechen, so denken wir
 gemeinhin an eine Erkrankung des Nervensystems. Daß
 Lähmungen auch durch Stoffwechselstörungen im Be-
 reich des Muskels hervorgerufen werden können, ist eine
 neue Erkenntnis. Das Krankheitsbild, bei dem es sich
 hierum handelt, ist die **Paroxysmale Lähmung**. Sie ist
 gekennzeichnet durch anfallweise auftretende schlaffe
 Lähmungen, die mit Ausnahme des Gesichtes und zu-
 meist auch des Zwerchfelles die gesamte gestreifte
 Muskulatur betreffen, aber auch das Herz und die glatte
 Muskulatur der Eingeweide in Mitleidenschaft ziehen
 können. Die Anfälle treten in der Regel aus der Ruhe
 (Schlaf) heraus auf, entwickeln sich über Stunden bis
 zur vollen Höhe, können Stunden und Tage anhalten
 und klingen dann allmählich wieder ab. Das Bewußtsein
 bleibt erhalten, die Sensibilität ungestört. Auf der Höhe
 des Paroxysmus fehlen die Reflexe und die elektrische
 Erregbarkeit der Muskulatur erlischt vollständig, auch
 für den galvanischen Strom. Außerhalb der Anfälle sind
 die Kranken voll leistungsfähig. Das Leiden ist erblich.
 Die familiären Fälle lassen einen einfach-dominanten
 Erbgang erkennen, bei den sporadischen könnte es sich
 um einen anderen Biotypus mit vielleicht recessiver
 Vererbung handeln (Gaupp, Z. Neur. 170 u. 184).

Wie sich nun beim Lähmungsanfall der p. L. ergeben
 hat — Jantz (Klin. Wschr. 1939, Nervenarzt 1948) hat
 sich mit diesen Fragen sehr intensiv beschäftigt —,
 sinkt im Blutserum der Kaliumspiegel ab (von nor-
 malerweise 20 bis zu 5 mg%), um erst nach dessen Lö-
 sung wieder die Norm zu erreichen. Das Kalium wird
 dabei nicht ausgeschieden, sondern wandert in die
 Muskulatur. Hand in Hand mit dem Absinken des Se-
 rumkaliums geht die im Intervall regelmäßig nachweis-
 bare Kreatinurie zurück, wobei der Rückgang sich
 bereits vor dem Anfall anzeigt. Gleichzeitig fällt aber
 auch der Kreatinwert im Blut ab, ebenso wie der des
 organischen Phosphors. Eine relativ rasche Lösung des
 Anfalles erreicht man stets durch Zufuhr von Kalium
 (15—30 gr Kaliumchlorid per os). Jantz erklärt über-
 zeugend das Anfallsgeschehen als eine Störung des
 Mineralhaushaltes, deren Auswirkung in Muskelstoff-

wechsel zu suchen ist. Die scheinbare Paradoxie, daß
 trotz Anreicherung des Muskels mit Kalium im Anfall
 dem Mineral bei Zufuhr per os eine ausschlaggebende
 therapeutische Wirkung zukommt, versteht sich daraus,
 daß das serumdifusible Kalium des Organismus in den
 Muskel eingelagert wird und hier in einen nicht dif-
 fusiblen Zustand übergeht. (Die Einlagerung ist histo-
 chemisch erwiesen!) Durch den dadurch bestehenden
 Mangel an freien Kaliumionen im Blutserum, den die
 Kaliumtherapie behebt, wird die Aufspaltung der Krea-
 tinphosphorsäure, an die die Erregbarkeit der Muskel-
 faser gebunden ist, gehemmt. Denn diese erfolgt nur in
 Gegenwart von ionisiertem Kalium. Es ergeben sich
 enge Beziehungen des Kaliumhaushaltes zum Neben-
 nierenrindenhormon, insofern Corticosteron bei p. L.-
 Kranken stets Anfälle auslöst. Der pathologische Me-
 chanismus liegt bei der p. L. aber im Kaliumhaushalt
 und nicht in der Nebennierenrinde, denn bei Gesunden
 sind mit Corticosteron trotz Senkung des Kaliumspie-
 gels im Serum Anfälle nicht zu provozieren. Jantz
 hält es im Hinblick auf die erblichen Zusammenhänge
 für naheliegend, daß der gesunde Organismus Möglich-
 keiten zur Verfügung hat, akut auftretende Ver-
 schiebungen des Kaliums, angezeigt durch die Senkung
 der Serumkaliumwerte, so zu kompensieren, daß eine
 Einwirkung auf den Muskelstoffwechsel, die zu einer
 Unfähigkeit der Muskelzuckung und Kontraktion führt,
 nicht eintritt. Diese Möglichkeiten besitzt der p. L.-
 Kranke offenbar nicht. Ob und wie weit die Adynamie
 beim Addison-Kranken durch die Kaliumtherapie ge-
 bessert oder behoben werden kann, ob es bei neuralen
 akuten Lähmungen auch zu einem Zusammenbruch des
 Muskelstoffwechsels kommen kann — ein eigener Fall
 von Landry'scher Paralyse wurde durch Kaliumchlorid-
 zufuhr fast augenblicklich aus dem lebensbedrohlichen
 Zustand herausgeführt —, müssen erst weitere Erfahrun-
 gen und Untersuchungen klären.

Als Letztes soll hier noch auf eine, erst in den letzten
 Jahren eingeführte neue Untersuchungsmethode hinge-
 wiesen werden, die **Elektrencephalographie**. Von Ber-
 ger 1929 beschrieben, bedeutet sie für das Gehirn das,
 was das EKG für das Herz ist. Man kann durch Ablei-
 tung der Hirnströme eine Reihe von Funktionsänderun-
 gen des Gehirns in Kurven ablesen. So wenig wie mit
 dem EKG bei Herzkrankheiten lassen sich freilich mit
 dem EEG alle Hirnleiden erfassen. Hier wie dort kom-
 men normale Stromkurven bei Erkrankungen des Or-
 gans zur Beobachtung.

Für die Praxis am bedeutsamsten ist das EEG zur
 Erkennung der Epilepsie. Im Anfall und bei den Anfalls-
 äquivalenten treten im EEG sog. Krampfpotentiale
 auf (große, steile Schwankungen, die das zehnfache der
 normalen Größe erreichen können). Sehr aufschlußreich
 ist, daß mittels dieser Methode auch kleine Anfälle
 optisch registriert werden können, die sich dem klini-
 schen Nachweis entziehen. Freilich schließt ein nor-
 males EEG eine Epilepsie nicht aus, es kommt bei etwa
 einem Fünftel der Epileptiker vor, meist bei solchen mit
 sehr seltenen Anfällen. Bei den jugendlichen Epilep-
 tikern mit häufigen kleinen Anfällen findet man in der
 Regel spezifische Veränderungen. Bei erwachsenen
 Epileptikern mit seltenen Anfällen sehen wir mehr un-
 spezifische Allgemeinveränderungen. Häufig gelingt
 auch, was diagnostisch besonders wertvoll ist, eine Un-
 terscheidung von genuinen und symptomatischen Epi-

lepten. Bei Herdepilepsien kann der Focus, von dem die Anfälle ausgehen, auch topisch erfaßt werden. Auch die klinisch oft schwer zu differenzierenden Residual-epilepsien nach frühkindlichen Hirnschäden heben sich zumeist im EEG durch Herdbefunde von der genuinen Epilepsie ab.

Das EEG bedeutet dadurch eine wesentliche Bereicherung der klinischen Diagnostik. Ein zweites wichtiges Anwendungsgebiet für das EEG sind die Hirn-
schwülsle. Großhirntumoren können lokaldiagnostisch bestimmt werden, bei den Gliomen der Großhirn-hemisphären gelingt dies in etwa 70% der Fälle. Tumoren der Basis und der hinteren Schädelgrube ent-

ziehen sich dagegen für gewöhnlich dem Nachweis durch das EEG. Eine Artdiagnose mittels des EEG ist nicht möglich, da sich nicht der Tumor selbst, sondern das von ihm geschädigte Hirngewebe durch verlangsamte sog. Delta-Wellen zeigt. Wo das EEG einen Hinweis auf das Vorliegen einer Hirngeschwulst gibt, muß die weitere Diagnostik allerdings auch heute noch den Kontrastströmungsmethoden (Encephalographie, Ventriculographie, Arteriographie) überlassen werden.

Die Elektrencephalographie wird heute an zahlreichen Univ. Nervenkliniken vorgenommen. Über besondere Erfahrungen verfügen Freiburg i. Br. und Göttingen.

Bekanntmachungen

Pakistan wünscht deutsche Spezialärzte

Für den Aufbau einer Medizinischen Akademie (Post-graduate School for Medicine and Research) sucht die Regierung von Pakistan folgende Personen:

- Prof. für innere Medizin
- Prof. für Chirurgie
- Prof. für Strahlenheilkunde und Röntgen-Therapie
- Prof. für Pathologie und Bakteriologie
- Prof. für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Chefarzt für Blutkonservierung
- Med. Statistiker.

Die Bewerber sollen die englische Sprache beherrschen, Lehrerfahrung besitzen und wissenschaftlich anerkannt sein.

Ferner werden gesucht:

Facharzt für Herzkrankheiten, Psychiater, Facharzt für Kinderheilkunde, Dermatologe, Brustchirurgen, Facharzt für plastische Chirurgie, Gynäkologe, Pathologe, Bakteriologe, Röntgenologe, Pharmakologen, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Facharzt für Augenkrankheiten, Anaesthetiker, Analytische Chemiker, Biochemiker, Pharmazeut, med. Schreiber, Blutkonservierungstechniker, 10 Schwestern, 20 Krankenpflegerinnen.

Bewerbungen mit Lebenslauf (Angabe ob politisch belastet) mit evtl. Gehaltsansprüchen, die in pound sterling für die Dauer der ganzen Dienstzeit anzugeben sind (4-5 Jahre), sind in dreifacher Ausfertigung und in englischer Sprache auf Luftpostpapier unter Beifügung von 3 Paßphotos bis zum 31. Mai 1949 an den

Pakistan Information Service
Grazer Platz 23
Berlin-Friedenau

zu richten. Mit der Entscheidung kann bis Ende Juni gerechnet werden.

Fortbildungskurs in Regensburg

Vom 27. bis 29. Mai 1949 findet in Regensburg der 2. Fortbildungskurs für Ärzte unter der Kursleitung von Professor Dr. Jahn statt. Behandelt werden folgende Hauptthemen: Rheuma, Blutkrankheiten, Nierenkrankheiten.

Als Vortragende sind gewonnen die Professoren:

Dr. Klinge, Dr. Hochrein, Dr. Slauck, Dr. Pette, Dr. Lange, Dr. Watzka, Dr. Dahr, Dr. Gänsslen, Dr. Heilmeyer, Dr. Schulzen, Dr. Randerath, Dr. Sarre, Dr. Volhard, Dr. Nonnenbruch, Dr. Kielleuthner.

Kursgebühr 25 DM bzw. 10 DM für Ärzte ohne entsprechendes Einkommen und Jungärzte.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Dachau-
platz 4 I.

Kongreß der Tuberkuloseärzte

Der II. Kongreß der „Wissenschaftlichen Gesellschaft süd-deutscher Tuberkuloseärzte“ findet in der Zeit vom 10. bis 13. Juni 1949 im Kurhotel Bad-Schachen bei Lindau/Bodensee statt. Aktuelle Fragen über Fürsorge, Diagnose und Therapie der Tuberkulose kommen zur Abhandlung.

Anmeldung zur Teilnahme an den 1. Vorsitzenden, Ober-medizinalrat Dr. R. Griebach, Augsburg, Hochfeldstr. 2.

Fortbildungskurse in Gießen

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung in Gießen veranstaltet weitere Fortbildungskurse für praktische Ärzte. Der Kurs vom 20. Juni (einschließlich) bis 25. Juni 1949 wird die **Krankheiten des Herzens und der Gefäße** besonders berücksichtigen. Der Kurs vom 18. Juli (einschließlich) bis 23. Juli 1949 wird sich besonders mit dem **Rheumaproblem** befassen. Die Teilnehmerzahl ist auf 60 beschränkt. Kursgebühren 20 DM, für Ärzte ohne entsprechendes Einkommen und Jungärzte 10 DM. Anmeldungen und Prospekte durch Professor Gg. Herzog, Gießen (Lahn), Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g.

Privatärztliche Verrechnungsstelle e. V. Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus

Am 30. April fand in Stuttgart die Mitgliederversammlung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Württemberg statt. Die Änderung der Organisationsform der Ärztekammer machte eine Trennung der PV. von der Ärztekammer notwendig. Eine Umfrage bei den z. Z. ungefähr 500 Mitgliedern der PV. hatte ergeben, daß die Kollegen fast ausnahmslos sich dafür entschieden, die PV. in voller Selbständigkeit von den Organisationen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in die Form eines eingetragenen Vereines zu überführen. Demgemäß faßte die Mitgliederversammlung einen entsprechenden Beschluß und genehmigte die vom seitherigen Vorstand vorgeschlagenen Satzungen.

Als Vorstand wurden gewählt:

Dr. Dobler, Schorndorf
Dr. Gillissen, Stuttgart.
Dr. Haas, Böblingen

Die Tätigkeit des Vorstandes ist ehrenamtlich.

Eine Prüfung der Finanzlage ergab geordnete Verhältnisse. Die Zahl der Angestellten konnte durch Verbesserung der Arbeitsweise seit der Währungsreform um ein Drittel vermindert werden, obgleich die Anzahl der Mitglieder dauernd steigt.

Die Versammlung hat beschlossen, ihre Mitglieder aufzufordern, künftighin in Anpassung an die heutige Wirtschaftslage statt der „Preugo“ die „Allg. Deutsche Gebührenordnung“ in der Fassung des Jahres 1928 (Beratung 2 DM, Besuch 4 DM) mit einem jeweils vom Arzt selbst zu wählenden Index in Anwendung zu bringen.

Die Verwaltungsgebühren werden nur von den tatsächlich eingegangenen Beträgen erhoben. Eine Steuerberatungsstelle steht den Mitgliedern zur Verfügung, die künftighin auch von allen für sie wichtigen Änderungen der Steuergesetzgebung unterrichtet werden.

Der Vorsitzende des Vorstandes:
Dr. Dobler

Bücherei im Amerika-Haus Stuttgart

Das Amerika-Haus (US. Information Center), Stuttgart, Staffenbergstr. 44, unterhält in seiner Bücherei eine Medizinische Literatur-Abteilung, die mehrere 100 Bücher aus fast allen medizinischen Fachgebieten umfaßt. Ein Katalog dieser Bücher liegt zur Einsichtnahme bei den Vorsitzenden der

Kreisärzteschaften, bei der Kammergeschäftsstelle in Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, und bei der Geschäftsstelle der Ärzteschaft Groß-Stuttgart, Danneckerstraße 26 I, aus. Die Bücher können unentgeltlich ausgeliehen werden. Das Amerika-Haus ist wochentags von 10—20 Uhr, Sonntags von 14—20 Uhr geöffnet.

Prof. Dr. W. Stock, Tübingen, zum 75. Geburtstag

Im Kreise seiner Familie, Schüler und Freunde beging in voller körperlicher und geistiger Frische am 26. 4. 1949 Prof. Dr. Wolfgang Stock in Tübingen, wo er seit 28 Jahren den Lehrstuhl für Augenheilkunde innehat, seinen 75. Geburtstag. Die Glückwünsche, die ihm aus diesem Anlaß bei einer Feierstunde im Hörsaal seiner Klinik von der Universität und Fakultät, der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, der Württ. Augenärztlichen Vereinigung und von seinen Assistenten und Studenten dargebracht wurden, gaben ein umfassendes Bild der Wertschätzung, deren sich der hohe Jubilar auf dem Gebiet der Wissenschaft und des Lebens erfreut. Der in Bönningheim, Kreis Ludwigsburg, in einem naturverbundenen Försterhaus Geborene kam nach seinem Studium in Tübingen, Berlin und München als Assistent zu v. Schleich nach Tübingen, zu Uthoff nach Breslau und zu Axenfeld nach Rostock und Freiburg i. Br., wo er sich 1902 habilitierte und 1908 a. o. Professor wurde. Seit 1910 Ordinarius in Jena, siedelte Stock 1921 als Nachfolger v. Schleich an die Heimatuniversität Tübingen über, der er trotz eines Rufes nach Basel treu blieb. Neben seinen früheren und immer wieder aufgenommenen Arbeiten zur Tuberkulose des Auges, der Pathologischen Anatomie, der Strahlentherapie, der modernen Optik der Sehhilfen und der operativen Technik, die er in überragender Weise beherrscht, widmete er sich unermüdet der Pflege seiner Kranken und der Ausbildung seiner Assistenten und Studenten, deren praktischen Bedürfnissen er in erster Linie Rechnung trug. Der Ausbau der Universität (Neue Aula, Fernheizwerk, Chirurgische und Augenklinik usw.) verdankt seiner Initiative während seines Rektorats (1924) starke Antriebe. Auch darin kommt seine außergewöhnliche, aufs Praktische gerichtete Vielseitigkeit zum Ausdruck, daß er bis 1933 dem Tübinger Gemeinderat angehörte, in den er neuerdings wieder berufen wurde. Wenn er in seinen Dankesworten meinte, er habe in seinem langen Leben viel Glück gehabt, so ist er ein lebendiges Beispiel dafür, daß „auf die Dauer nur der Tüchtige Glück hat“, und wir dürfen wünschen, daß ihm dieses Glück noch lange günstig bleiben möge.

Scheerer

Entschlebung der Apothekerschaft

Die in der Arbeitsgemeinschaft der Apothekerkammern des Vereinigten Wirtschaftsgebietes zusammengeschlossenen gewählten Vertreter der Apotheker der englischen und amerikanischen Besatzungszone haben am 31. März 1949 folgende Entschlebung zur Einführung der Niederlassungsfreiheit für Apotheker in der US-Zone durch die amerikanische Militärregierung gefaßt:

„Die Apothekerkammern des Vereinigten Wirtschaftsgebietes richten an die Militärregierung der amerikanischen Besatzungszone die Bitte, die Apotheken von der Einführung der Gewerbefreiheit auszunehmen.

Die Gesetzgebung der Länder über die Errichtung und Verlegung von Apotheken ist im Laufe von Jahrhunderten organisch entstanden. Sie verbürgt eine zuverlässige Arzneiversorgung der Bevölkerung zu billigsten Preisen.

Sie ist keine Einrichtung des Nationalsozialismus. Mehr als 90 v. H. der Apothekeninhaber wie der angestellten Apotheker sind gegen Aufhebung des Konzessionszwanges für Apotheken.

Die Einführung der Niederlassungsfreiheit für Apotheken wirft nicht nur eine Reihe komplizierter Rechtsfragen auf, sie bedeutet auch eine Erschütterung der Arzneiversorgung des deutschen Volkes, deren Folgen nicht abzusehen sind. Sie bedeutet keine Verbesserung der Arzneiversorgung der Bevölkerung und keine Verbilligung der Arzneien.

Die Einführung der Niederlassungsfreiheit bedeutet ferner, daß ca. 2000 angestellte approbierte Apotheker, die 20 Jahre und länger in Apotheken in Erwartung einer Konzessionsverleihung gearbeitet haben, nicht zur Selbständigkeit gelangen werden. Vielmehr wird der größte Teil dieser angestellten Apotheker um die Früchte seiner Arbeit betrogen und stellenlos werden. Das gleiche gilt für Flüchtlingsapotheker, für die der Apothekerstand, wie bisher, in weitgehender Weise zu sorgen bemüht sein wird.

Die vielen sozialen Einrichtungen, welche der Apothekerstand bisher für seine bedürftigen Angehörigen und für die angestellten Apotheker geschaffen hat, werden nicht aufrechterhalten sein. Die Niederlassungsfreiheit bedeutet eine entschädigungslose Enteignung der Inhaber verkäuflicher Apotheken, die für die Betriebsrechte der Apotheken hohe Beträge aufgewendet haben.

Die Apothekerkammern des Vereinigten Wirtschaftsgebietes sind bereit, der Militärregierung innerhalb von sechs Monaten Vorschläge für eine freiheitlichere Regelung des Apothekenwesens unter besonderer Berücksichtigung einer ausreichenden Vermehrung der Zahl der Apotheken zu machen.“

Deutsches Medizinal-Adreßbuch

Im Fachadreßbuch-Verlag Gütl K.-G., Nürnberg, Neudörferstr. 18, erscheint in Kürze für den Bezirk der 3 Westzonen ein Medizinaladreßbuch. Es umfaßt ein Verzeichnis der Ärzte und Apothekerkammern der Westzonen; ein alphabetisches Verzeichnis aller Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Heilanstalten, Sanatorien, Heilbäder; ein Bezugsquellenverzeichnis für Instrumente usw.; ein Markenverzeichnis der Medikamente, Präparate und Heilmittel, alphabetisch geordnet, mit Herstellerfirma, sowie schließlich eine Liste der Krankenversicherungen.

30 Jahre Arzneimittel aus Frischpflanzen

Das pharmazeutische Unternehmen für „Arzneimittel aus Frischpflanzen“ Dr. Madaus & Co. kann in diesen Tagen auf sein 30jähriges Bestehen zurückblicken.

Nach der Demontage des Radebeuler Werkes wurden die westdeutschen Fabrikationsstätten des Betriebes ausgebaut; gegenwärtig entsteht in Köln das Hauptwerk mit neuen umfangreichen Arzneipflanzenkulturen.

Ziel des Unternehmens ist es, auf der Basis seiner Arzneipflanzenkulturen chemisch oder biologisch auf gleichbleibenden Wirkstoffgehalt eingestellte Heilmittel auszubereiten.

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

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

Verhandlungsbericht über die 3. Vollversammlung der Arztekammer Nord-Württemberg und die 3. Abgeordneten- versammlung der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg,

am 9. April 1949. Beginn 9.45 — Ende 15.45

I. Zur Lage der Ärztekammer Nord-Württemberg (Referent Dr. Neuffer)

Entgegen unserer an die Militärregierung gemäß Beschluß des 51. Deutschen Ärztetages in Stuttgart gerichteten Bitte und entgegen einer anderen Behandlung der Anwaltskammer wurde uns durch das Innenministerium ein Erlaß zugestellt, der eine Reihe von Vorschriften der RAO. für nicht mehr anwendbar erklärt und damit der AK. als öffentlich-rechtlicher

Körperschaft den Rechtsboden entzieht. Für die Abwicklung der notwendigen Arbeiten ist eine Frist bis 31. 5. 1949 festgesetzt worden. Zur Umbildung der Ärztekammer in eine freie Berufsorganisation „Arztekammer Nord-Württemberg e. V.“ wurden Vorbesprechungen geführt. Für die KV. ist eine solche Änderung nicht erforderlich. Der grundsätzliche Unterschied ist folgender: Die Ärztekammer wird von oben bekämpft und von unten gehalten; bei der KV. ist es umgekehrt.

In der Aussprache führte unser Rechtsberater Dr. Schimmelpfennig aus: Nach Ansicht des Innenministeriums war die Ärztekammer Nord-Württemberg seit dem Wegfall der Reichsärztekammer im Jahre 1945 eine nicht-rechtsfähige Vereinigung der durch besonderen Auftrag des Staatsministeriums gewisse hoheitliche Aufgaben übertragen waren.

Die nicht-rechtsfähige Vereinigung soll nunmehr in einen „e. V.“ umgewandelt werden unter der Voraussetzung des Austrittsrechtes für die Mitglieder. Die Aufstellung der Satzung, das Erreichen der Lizenz und die Eintragung in das Vereinsregister sind in die Wege geleitet. Nach lebhafter Debatte um die Form der Überführung wird dem Antrag von Dr. Dobler entsprechend die Überführung der bisherigen Vereinigung der Ärztekammer in den eingetragenen freiwilligen Ärztekammerverein bei 2 Stimmenthaltungen zugestimmt. Verlesung und Besprechung der Satzung durch Dr. Schimmelpfennig: Die Fassung der Satzung gibt die Möglichkeit, einem kommenden Ärztekammerverein ohne wesentliche Änderung der Bestimmungen beizutreten, da ihr Inhalt den bestehenden Rechtsverhältnissen in den anderen Zonen Rechnung trägt. Die künftige Gestaltung der Berufsgerichtsbarkeit wird durch das Innenministerium geregelt werden. Diskussion um Formfragen! Dr. Neuffer verliest den Entwurf eines Rundschreibens an alle Ärzte mit Beilage der neuen Satzung.

II a) Zur Lage der Kassenärztlichen Vereinigung (Referent Dr. Neuffer)

Die Militärregierung hat erklärt, daß sie an der KV. desinteressiert sei. Die KV. ist vom Württ.-Bad. Arbeitsministerium de jure und de facto anerkannt. Ein Gesetzentwurf der Verwaltung für Arbeit in Frankfurt a. M. plant einen bizonalen Ausschuß für Ärzte und Krankenkassen. Teilweise wird von ärztlicher Seite ein völlig neues Arztrecht angestrebt. Verhandlungen von Arbeitsgemeinschaften außerhalb der KV. mit den Kassen hält der Referent für äußerst gefährlich und schädlich. Der geschlossenen Front der Kassen muß eine geschlossene Front der Kassenärzte gegenüberstehen. Genaue Sachkenntnis der Entwicklung unseres geltenden Arztrechtes ist wichtig. Bei der Tagung in Hannover am 31. März kam es zu keiner Einigung über die von uns geforderte Erhöhung der Honorare. Die Verhandlungen werden weitergehen. Die Aufklärung der Kollegen über diese Fragen ist dringend erforderlich.

b) Über Honorarverhandlungen in der französischen Zone (Referent Dr. Dobler)

Nach langen Verhandlungen in Offenburg wurde als Kompromiß zwischen den Kassen und uns eine Honorarerhöhung von 15% rückwirkend ab 1. 1. 1949 erreicht. Damit steht die Tür für weitere Verhandlungen in der Bizone offen.

In der folgenden Aussprache weist Dr. Bosler auf die Unbilligkeit der freiwilligen Mitgliedschaft bei den RVO-Kassen hin. Dr. Dobler erklärt, das Arbeitsministerium in der französischen Zone wolle verfügen, daß freiwillige Mitglieder nicht nur bis 300 DM, sondern bis zum Gesamteinkommen gestaffelt beitragspflichtig werden. Hinweis von Dr. Neuffer auf die bisherigen Rundschreiben. Einstimmiger Beschluß über Fortführung der Honorarverhandlungen im bisherigen Sinne! Der Geislinger Arbeitskreis will sein Ziel der größeren Aktivität aller Kollegen nur im Rahmen der KV. — nicht gesondert — vertreten. Dr. Langbein erinnert daran, daß vor 50 Jahren neben der Landesvertretung ein wirtschaftlicher Arztverband gewisse Verbesserungen erzielte.

Unter „Verschiedenes“ berichtet Dr. Scharpf über die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (s. Seite 95). Die Neufassung der Preugeo wird betrieben werden nach Aufhebung des Preisstops. Die Abstimmung ergibt, daß die Vorschläge der Honorarkommission mit 26 gegen 1 Stimme angenommen werden.

Dankeswort an die Anwesenden und Schluß der Versammlung durch den Kammerpräsidenten. Der Verlauf der Versammlung zeigte lebhafteste Anteilnahme bei zahlreichen Wortmeldungen in der Aussprache.

Dr. Zimmerle

Sprechstunden des Innenministeriums, Geschäftsteil Gesundheitswesen

Das Innenministerium bittet dringend, die Sprechzeiten beim Geschäftsteil Gesundheitswesen des Innenministeriums einzuhalten (Montag, Mittwoch und Freitag je vormittags von 9—12 Uhr). Ausnahmen müssen auf besondere Fälle beschränkt bleiben.

Meldung der Ärzte bei den Gesundheitsämtern

Die Gesundheitsämter bitten die Ärzte, Änderungen, die bezüglich Wohnungs- oder Praxisräume nach der Meldung beim Gesundheitsamt eingetreten sind, sofort zu berichtigen.

Tagung der Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Sportärzte in Ruit bei Stuttgart

Am 10. 4. 1949 trafen auf Einladung des Landessportbundes auf Initiative von Prof. Dr. Heiss nahezu 50 Sportärzte beim ersten Nachkriegstreffen in der Jugendleiterschule in Ruit mit dem Vorstand des Landessportbundes Württemberg zusammen.

Als Vertreter des Kultusministeriums begrüßte Herr Strobel die Anwesenden und wies auf die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit hin.

Prof. Heiss umriß die Aufgaben der Sportärzte in der heutigen Zeit. Die sportärztliche Betreuung, vor allem der Jugend, ist notwendiger denn je. Trotz der mangelhaften Ernährung kann Leistungssport getrieben werden, es ist jedoch notwendig, daß jedem Übungsleiter und Sportarzt die Zeichen bekannt sind, die die Grenzen der Leistungsfähigkeit anzeigen. Die Leibesübungen sind eine der wichtigsten biologischen Reize. Sie müssen zielbewußt angewandt werden, um eine allseitige Ausbildung, vor allem der Jugend anzustreben. Die zu frühe Spezialisierung ist schädlich und muß verhütet werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Sportärzte ist es, in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und den Schulärzten die körperlichen Schwächen der Kinder durch den natürlichen Reiz der Leibesübungen unter Ausnutzung der schöpferischen Pause zu kräftigen. Die anwesenden Sportärzte nahmen eine Entschließung an, wonach die Einrichtung von Übungsstunden für körperschwache Kinder mit Hinblick auf das Fehlen eines geeigneten Turn- und Sportbetriebs in den meisten Volksschulen für dringend erforderlich gehalten wird.

Dr. Baumann, Stuttgart, bestätigte auf Grund seiner orthopädischen Erfahrungen die Notwendigkeit des Ausgleiches durch Leibesübungen und stellt fest, daß die Zahl der Haltungsschwächlichen in starkem Maße seit Kriegsende zugenommen hat.

Dr. Arnold, Schwäb.-Gmünd, gab praktische Hinweise, wie er mit Hilfe von Schwimmstunden bereits den Ausgleich für Haltungfehler aufgenommen hat.

In einem besonderen Vortrag mit zahlreichen Lichtbildern sprach Prof. Dr. Heiss über die Verhütung von Sportschäden am Bewegungsapparat; nicht der Sport an sich oder die Höchstleistung ist für das Auftreten von Sportschäden verantwortlich zu machen, sondern die falsche Technik bzw. die falsche Trainingsweise.

Der Zusammenschluß der Sportärzte zu einer Arbeitsgemeinschaft wurde von dem verdienstvollen Förderer der alten württembergischen Sportärzte, Med.-Direktor Dr. Berner gefordert. Auch Dr. Mallwitz, der langjährige Vorsitzende des alten Sportärztebundes und Dr. Vollmer, Bremen, der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft nordwestdeutscher Sportärzte, unterstützten diese Forderung. Es wurde eine Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Sportärzte ins Leben gerufen und Prof. Heiss mit dem Vorsitz betraut. Med.-Rat Ertl-Baden-Baden, überbrachte die Grüße der badischen Kollegen.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Erziehern bei der Tagung kam durch zwei Referate zum Ausdruck:

Der Vorsitzende des Landessportbundes Württemberg, Ruopp, gab einen Überblick über die Ziele und Aufgaben des Bundes, und der Jugendleiter, Dr. Hegele, stellte den Idealismus in der sportlichen Erziehung der Jugend in den Vordergrund und bat um die Mitarbeit der Ärzte.

Der alte Olympiakämpfer, Sportlehrer Dompert, gab einen kurzen Überblick über die moderne Trainingsweise in der Leichtathletik.

Prof. Dr. Heiss

Arzteadreibuch für Niedersachsen

Das Arzteadreibuch für Niedersachsen ist neu erschienen und liegt auf der Geschäftsstelle der Ärztekammer Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, zur Einsicht aus. Es enthält die Anschriften der Fachärzte, der prakt. Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Apotheker, Hebammen sowie der Krankenhäuser, Kliniken und Sanatorien Niedersachsens. Interessenten können es zum Bezugspreis von 10 DM bei der Schlüterschen Verlagsanstalt und Buchdruckerei in Hannover beziehen.

Dr. med. Paul Zenker in Bad Cannstatt gestorben

Am 28. April 1949 erlag Dr. Paul Zenker, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, den Folgen einer Apoplexie, die ihn am 18. April in der Frühe ereilt hatte.

Am 6. April hatte ihm noch die Ärzteschaft Stuttgart, ihre Untergruppe Cannstatt und die Ärztekammer ihre Glückwünsche zum 70. Geburtstag dargebracht und ihm offensichtlich noch einen Augenblick der Freude und Genugtuung in seinem schon von Krankheit und bitteren Sorgen um die Zukunft umdüsterten Dasein verschaffen können.

Am 6. April 1879 in Magdeburg geboren, absolvierte Paul Zenker das Abitur in Helmstedt. Zunächst studierte er dann Philologie und Medizin in Berlin, um sich in Rostock schließlich ganz der Medizin zu widmen; dort Staatsexamen und Promotion. Dem praktischen Jahr in München folgte 1 Jahr Pathologie in Magdeburg bei Prof. Ricker und schließlich die Fachausbildung bei den Professoren Gerber, Königsberg und Kretschmann, Magdeburg. 1909 Verheiratung mit Margarete geb. Kühnlein, der Braut aus der Königsberger Zeit. Niederlassung in Magdeburg 1909.

1911, auf Empfehlung des Leipziger Verbandes, konnte Zenker sich dann in Cannstatt niederlassen. Hatte er doch schon lange den Wunsch gehegt, nach Südwestdeutschland zu ziehen. Nun begann ein Leben intensivster Arbeit. Immer unterstützt von dem praktischen Sinn seiner treuen Lebensgefährtin, ging er sofort an den Bau einer Privatklinik, war doch damals (heute interessant zu hören!) eine Klinik eine

conditio sine qua non für die Niederlassung als Facharzt in Cannstatt. So entstand das imposante Haus in der damaligen Paulinenstraße, dessen 2. Stock von der Klinik eingenommen wurde.

Jäh unterbrochen durch den ersten Weltkrieg, den Zenker als Bataillonsarzt im Felde mitmachte, wurde die Arbeit 1919 in Sprechstunde und Klinik mit ungebrochener Energie wieder aufgenommen. Entsprechend der Zusammensetzung der Cannstatter Bevölkerung war die Klinik fast ausschließlich von Kassenpatienten belegt und war doch kein „Zuschuß-Betrieb“, ein Zeugnis für die umsichtige, wirtschaftliche Führung, die hauptsächlich in den Händen von Frau Zenker lag (der treuen Schwester Paula nicht zu vergessen!). In der Bombennacht vom 14./15. April 1943 brannte das Haus bis auf die Grundmauern nieder. Der ganze Besitz, darunter die geliebte Bücherei, ging in Flammen auf. Wenn auch dank eigener Initiative unter Hilfe guter Freunde wieder Heim und Praxis in der Königstraße erstand, so war doch das eigentliche Lebenswerk dahin. Die Flügel unseres früher oft so humorvollen, besonders durch seine Reden und reizenden Gedichte für alle Gelegenheiten bekannten Kollegen schienen gebrochen. Weiterhin aber erfüllte er mit eiserner Energie, mit Selbstlosigkeit und Gewissenhaftigkeit seine ärztlichen Pflichten. Seinen Kollegen blieb er, wie immer, ein Vorbild an Standestreue und Lauterkeit — kurzum er war in seiner schwäbischen Wahlheimat ein bei Kranken und Ärzten hochgeschätzter Repräsentant besten Preußentums.

Schröder.

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

An die Kassenärzte von Württemberg-Hohenzollern

In der Bizone sind die Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen über eine Soforthilfe für die Kassenärzte am 11. März 1949 in Hannover und am 31. März 1949 in Stuttgart ergebnislos verlaufen. Das Höchstangebot der Kassen entsprach nicht unseren berechtigten Mindestforderungen und war gekoppelt an das Zugeständnis einer Einmischung in die vertraglich festgelegte Selbstverwaltung der kassenärztlichen Vereinigung, die für die Ärzte völlig unannehmbar ist.

Verhandlungen der britisch und amerikanisch besetzten Zone, die am 25. und 26. April 1949 mit den Verbänden der Innungs-, Land- und Betriebskrankenkassen in München stattfanden, haben noch zu keiner befriedigenden Einigung geführt.

Als Vertreter der kassenärztlichen Vereinigungen der Länder der französisch besetzten Zone haben wir am 8. April 1949 in Offenburg mit dem zuständigen Ortskrankenkassenverband verhandelt. Unter ausführlicher Darlegung der Erhöhung aller Werbungskosten in der kassenärztlichen Praxis, die seit dem Vertragsabschluß 1932 eingetreten sind und inzwischen sich verdoppelt und verdreifacht haben, unter Hinweis auf die gesteigerte Morbidität der Bevölkerung und die durch den Fortschritt der Medizin bedingte Ausweitung der ärztlichen Leistungen bei gleichzeitiger Einengung der Privatpraxis durch die Verordnung 39 haben wir eine Forderung auf 25% Erhöhung der kassenärztlichen Honorare zum Ausgleich der Steigerung unserer Betriebsausgaben gestellt.

Der Vorsitzende des Verbandes der Ortskrankenkassen wies auf die tatsächlich z. Zt. ungünstige Lage der Krankenkassen hin, die zum Teil jetzt schon große Kredite aufnehmen mußten. Eine Erhöhung der Arzthonorare würde fast alle Kassen vor die Schwierigkeiten stellen, in der heutigen kritischen Wirtschaftslage ihre Beiträge gegen den Widerstand der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu erhöhen.

Trotz aller Anerkennung der Notlage der Kassenärzte glaubte der Verband der Ortskrankenkassen nicht über die in der Bizone von Kassenseite angebotene Erhöhung von 7—8% hinausgehen zu können. In zähen und schwierigen Verhandlungen ist es aber doch gelungen, rückwirkend vom 1. Januar d. J. ab eine 15%ige Erhöhung unserer gesamten Kassenhonorare in der französischen Zone zu erwirken und darüber hinaus unser Pauschale dem Steigen der Grundlöhne anzupassen. Damit wird es hoffentlich möglich sein, die Aus-

zahlungsquote zu erhöhen. Durch die getroffene Vereinbarung erhöht sich die Honorarsumme in Württemberg-Hohenzollern um ca. 900 000 DM im Jahre.

Ich bitte alle Kollegen, durch wirtschaftliche Verordnungsweise der z. Zt. tatsächlich schwierigen Finanzlage der Kassen Rechnung zu tragen und von polemischen Äußerungen und Angriffen in der Presse Abstand zu nehmen, um unsere weiteren Verhandlungen über eine grundsätzliche Neugestaltung des Honorarabkommens nicht zu erschweren, die schon eingeleitet sind.

Auch die finanzielle Lage der Ersatzkrankenkassen hat sich durch die Währungsreform außerordentlich verschlechtert, wie wir selbst nachprüfen konnten. Ein Teil der Ersatzkassen war schon gezwungen, um Zahlungsaufschub für ihre Verpflichtungen nachzusuchen. Die Honorarprüfungskommission für die Abrechnung der Ersatzkrankenkassen der kassenärztlichen Vereinigung von Württemberg-Hohenzollern hat in einer Arbeitstagung am 28. April 1949 festgestellt, daß eine Anzahl Ärzte sowohl in ihrer Verordnungsweise wie in ihrer Honorarforderung das Maß der wirtschaftlichen Tragbarkeit weit überschritten hat. Erhöhung auf 200 bis 300% des Durchschnittes früherer Quartale mußte zu einer Reihe beträchtlicher Kürzungen und Abstriche führen, um eine gerechte Verteilung des den Kassen zumutbaren Honorars an die Kassenärzte zu ermöglichen. Es kann nicht in unserem Interesse liegen, durch unwirtschaftliche Verordnungsweise und den Rahmen des Gesamtbetrages überschreitende Honorarforderungen die Existenz der Ersatzkrankenkassen zu gefährden.

Ich bitte deshalb alle für die Ersatzkrankenkassen tätigen Ärzte, dies zu berücksichtigen.

Der Präsident der Ärztekammer
Dr. Dobler**Nachruf für Herrn Oberarzt Dr. Eha, Rottenmünster**

Mit Herrn Dr. Eha senkt sich ein Stück alten, bewährten Arzttums ins Grab. Nicht durch seinen an sich liebenswerten Charakter, nicht durch seine soziale Stellung innerhalb der Heilanstalt, nicht durch epochemachende Forschungen in seinem Fachgebiet hat sich Herr Oberarzt Dr. Eha in den Herzen seiner Mitarbeiter und im Gedenken seiner Patienten unvergeßlich gemacht, sondern sein unauffälliges, uneigennütziges Wirken, seine bescheidene und vollkommene Hin-

gabe an das Wohl der Kranken hat ihn zu einem Prototyp jenes alten und soliden Arzttums gemacht, das wir in der heutigen so lauten und hastigen Zeit so selten finden und das doch so viel Segen für die kranken Mitmenschen bringt. Er war nie ein großer Mann, er wollte es auch nie sein, aber er war auch nie klein oder unbedeutend. Er war sein Typ, aber war es ganz, er war es stets und ohne Rücksicht auf Menschen oder Situationen. Diese geradlinige Zuverlässigkeit eines Menschen führt selten zu äußeren Ehrungen und wird in seiner Größe und Unentbehrlichkeit in der Regel unterschätzt. Und doch kann man sich die Entwicklung der Heilanstalt Rottenmünster ohne diese Kraft gar nicht denken. Wie sehr er sich aber in dieser nach außen so selbstverständlichen Hingabe verbraucht hat, zeigt uns sein früher Tod.

Der stille Heroismus im ärztlichen Tun hat ihn ganz erfüllt und er hat sich in den sich selbst gesetzten Grenzen in so restloser Weise durch 36 Jahre hindurch in der Pflege und Heilung der Ärmsten aller Kranken gewidmet, daß unser Dank an seinem Grabe nur ein matter Abglanz all der großen Verdienste sein kann, die er sich erworben. Vor einer solchen Lebensarbeit und Lebensleistung verneigt sich die ärztliche Generation von heute in Achtung und Anerkennung, weil wir in ihr die Bestätigung dafür finden, daß man auch im Kleinen groß sein kann, sofern ein lauterer Charakter, ein friedfertiger Mensch, ein tüchtiger Könnler, ein fleißiger Schaffer am Werke ist.

Der vollen Hingabe eines Menschen an seinen Beruf gebührt Ehre und Achtung, auch wenn die sinnfällige äußerliche Anerkennung nicht erstrebt war. Durch reines Wollen, durch rastlose Arbeit, durch eine nie versagende Güte und vorbildliche Bescheidenheit ist Herr Dr. Eha ein Arzt gewesen, der unsern Stand geehrt hat.

Nachruf für Herrn Dr. med. Franz Schmitz, Frauenarzt, Rottweil

Vor 11 Jahren kam Herr Dr. Schmitz nach Rottweil und begründete sich eine Praxis als Frauenarzt. Nur wenige Jahre konnte er sich dem friedensmäßigen Aufbau widmen, da kam der Krieg und rief ihn, der sich in Rottweil zum zweitenmal eine Existenz gründete, ab in die Dienste der Wehrmacht. An der verantwortungsvollen Stelle eines Hauptmustersarztes beim WBK. Rottweil war er dann tätig und konnte seine ärztliche Verantwortung unter Beweis stellen,

indem er dieses wichtige, tief in soziale Schichten des ganzen Volkes hineingreifende Amt mit anerkannter Sachlichkeit und Gerechtigkeit ausübte. Späterhin wurde er als Chefchirurg des Res.-Lazarettes Rottenmünster ein verständiger Berater der Verwundeten. So gut es möglich war, führte er seine zivile Praxis noch weiter, bis dann das Ende des Krieges auch ihn in die Gefangenschaft brachte, und ihm die ganze Grausamkeit und die Entbehrungen dieses entsetzlichen Nachkrieges aufbürdete.

Als er nach Hause zurückkehrte, war er wie so viele, ein gesundheitlich gefährdeter Mann und konnte sich nicht mehr erholen. Mit frischem Mut und emsiger Tatkraft ging er ein drittes Mal daran, sich durch den Ausbau der Praxis eine endgültige Sicherung seines Lebens und seiner Familie zu erwerben und sah durch die Währungsreform auch diese Bemühungen wiederum zerstört. Schon nicht mehr im Besitz der ihm früher eigenen Tatkraft bemühte er sich weiter und da rief ihn der Tod aus unvollendetem Werke ab.

Das Lebensbild des Kollegen Schmitz dokumentiert die ganze Tragik des freien Berufes der Gegenwart, der trotz allen Bemühungen und aller Arbeit, trotz Eifer und Pflichtbewußtsein sich gegen die Fährnisse des Lebens nicht schützen kann, der stets nur sät und selbst schuldlos um die verdiente Ernte betrogen ist.

Herr Dr. Schmitz war uns Ärzten ein liebenswerter Kollege, ein Mann von ausgeprägtem Gerechtigkeitssinn und Taktgefühl. Seine Kranken betreute er mit liebevoller Hingabe und Warmherzigkeit und verstand es, sich in die seelischen und körperlichen Nöte der Frauen einzufühlen. So kam es, daß weit über die Grenzen der Stadt hinaus die kranken Frauen zu ihm fanden. Haben auch die Verhältnisse in Rottweil ihm nicht die volle Entfaltung ermöglicht, so war gerade dieser Kontakt vom Arzt zum Kranken bei ihm so innig, daß auch ohne große operative Tätigkeit seine Praxis auf diesem Vertrauensverhältnis sich aufbauen und entfalten konnte.

Der Idealismus in seinem Beruf hat ihm noch in den letzten Wochen vor seinem Sterben die Kraft gegeben, selbst schon leidend, andern noch zu helfen. Dafür gebührt ihm Achtung und Anerkennung. Wir Ärzte halten ihn in unserem Gedenken als einen wackern Vertreter unseres Berufes, der in sittlicher Untadelhaftigkeit seine Lebenskraft zu früh verbrauchte, der seinen Kranken das Beispiel eines guten Menschen und gesundheitlichen Beraters, uns Ärzten das Beispiel eines korrekten Arztes vorlebte.

ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Wahlergebnis

Am 19. März haben in Karlsruhe die in den Wahlen vom Februar 1949 gewählten Vertreter der einzelnen Ärzteschaften sich versammelt und als **Vorstandsmitglieder der ärztlichen Landesorganisation für den Landesbezirk Baden US-Zone** gewählt:

Herrn Dr. Geiger, Karlsruhe, als 1. Vorsitzenden,
Herrn Dr. Rist, Karlsruhe, als 2. Vorsitzenden,
Herrn Dr. Werner, Mannheim, als 3. Vorsitzenden.

Bei der Aufforderung zur Wahl wurde die Frage der Form der zukünftigen Landesorganisation und die Frage der Form der Mitgliedschaft offengelassen.

Die **Wahlbeteiligung** war eine sehr gute; bis zu 81 %.

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Es sind folgende Kassenarztstellen neu zu besetzen:

Karlsruhe-Stadt:

Kassenarztstelle für einen Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten.

Sinsheim a. d. Elsenz:

Kassenarztstelle für einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die Bewerbungen für obige Kassenarztsitze sind innerhalb

von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes beim zuständigen Zulassungsausschuß der KV-Bezirksstelle Karlsruhe bzw. beim Zulassungsausschuß bei der Ärzteschaft Sinsheim a. d. Els. einzureichen.

Die Bewerber haben den Nachweis zu erbringen, daß sie die Bedingungen der Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit gemäß der Zulassungsordnung vom 8. 9. 1937 erfüllt haben.

Außerdem sind an Unterlagen einzureichen:

Geburtsurkunde,
Heiratsurkunde,
Approbationsurkunde,
beglaubigter Nachweis der Kinderzahl,
Staatsangehörigkeitsnachweis,
Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,
Facharztanerkennung,
polizeiliches Führungszeugnis,
Spruchkammerbescheid bzw. polit. Unbedenklichkeits-
erklärung,
ehrenwörtliche Versicherung, nicht rauschgiftsüchtig zu
sein bzw. gewesen zu sein,
Lebenslauf mit genauen Angaben der Ausbildungszeiten.
KV-Landesstelle Nordbaden
Abt. Zulassung

Diesem Heft ist je eine Prospektbeilage der Firma Ciba-A.-G., Wehr/Baden über 'Percosal-Salbe - Nupercosal' und des eigenen Verlages beigelegt.

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 8.— jährlich zuzüglich Postgebühren. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. F. d. Anzeigent.: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstraße 77.