

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1949

6 (1.6.1949)

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 6

STUTT GART, JUNI 1949

4. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Einladung zum Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart	105
Prof. Dr. Dennig: Über den einfachen Kropf und die Hyperthyreose	105
Dr. Lex: Gedanken zur Neuordnung der Krankenzwangsversicherung	110
Dr. Frohn: Das „Freiwillige Mitglied“ (F. M.)	112
Dr. Häussler: Die Stellung des Arbeitskreises Württ. Kassenärzte zur Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg	113
Dr. Theiss: Welche Änderungen bringt das 2. Gesetz zur vorläufigen Neuordnung von Steuern für die freien Berufe?	114
Dr. Oeter: Wird die Bürokratie triumphieren?	116
Bekanntmachungen	116
Ärztekammer Nord-Württemberg	117
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	117
Ärztekammer Nord-Baden	118
<i>Beilagen: Inhaltsverzeichnisse der Jahrgänge 1946/47/48 des Württembergischen bzw. Südwestdeutschen Ärzteblattes</i>	

EINLADUNG

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

- 9—10 Uhr **Prof. Dr. Lange, Göppingen:**
Herzkrankheiten und praktischer Arzt
- 10—11 Uhr **Prof. Dr. Weese, Düsseldorf:**
Digitalis-Probleme
- 11—12 Uhr **Prof. Dr. Zenker, Mannheim:**
Chirurgische Behandlung des Hochdrucks
- 15—16 Uhr **Prof. Dr. Stähler, Tübingen:**
Urologie und praktischer Arzt
- 16—17 Uhr **Prof. Dr. Seiffert, Heidelberg:**
Erkrankungen des Oesophagus
- 17—18 Uhr **Prof. Dr. Leicher, Stuttgart:**
Akute Mittelohrentzündungen und ihre Behandlung

Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Über den einfachen Kropf und die Hyperthyreose¹⁾

Von Professor Dr. med. H. Dennig
Chefarzt der Inneren Abteilung des Karl-Olga-Krankenhauses, Stuttgart

Im Mittelpunkt der Physiologie und Pathologie der Schilddrüse steht das Schilddrüsenhormon, das Thyroxin, dessen Konstitution seit 1926 bekannt ist. Wir wissen, daß es aus der Aminosäure Tyrosin entsteht und daß in einem Molekül Thyroxin 4 Atome Jod eingebaut sind. Zum Aufbau des Hormons ist also erstens Eiweiß

und zweitens Jod notwendig. Wenn eines von beiden nicht in genügendem Maße vorhanden ist, so kann das Hormon nicht aufgebaut werden. Mit beiden Möglichkeiten ist zu rechnen.

Für die Klinik steht ganz im Vordergrund die Beziehung der Schilddrüse zum Jod. Seitdem Baumann in Freiburg 1895 festgestellt hat, daß die Schilddrüse Jod enthält, ist viel gearbeitet worden, um den Jodstoff-

¹⁾ Nach einem Vortrag auf der ärztlichen Fortbildungstagung in Stuttgart am 2. April 1949.

wechsel zu klären. Einerseits ist die Frage des Mindestbedarfes an Jod in klassischer Weise gelöst worden, andererseits stellt uns das Jod noch vor viele Rätsel.

Wenn wir zunächst an die klaren Verhältnisse herangehen, so wissen wir heute besonders durch die Untersuchungen des Schweizer Eggenberger, daß der Mensch täglich ungefähr $0,15 \text{ mg} = 150 \text{ Gamma}$ ($1 \text{ Gamma} = 1 \text{ Tausendstel mg}$) Jod braucht. Wenn er dieses nicht hat, so kann er sein Thyroxin nicht aufbauen. Die Schilddrüse gerät unter einem solchen Hormonmangel in einen Zustand erhöhter Tätigkeit, der schließlich zum **Kropf** führt. Wir wissen genau, daß überall in der Welt, wo der Kropf gehäuft vorkommt, zu wenig Jod in der Nahrung vorhanden ist. Das Jod wird mit dem Wasser, den Speisen und der Luft aufgenommen. Wenn im Wasser kein Jod ist, enthalten z. B. auch die Gemüse keines, und wenn das Grünfutter jodarm ist, wird auch die Kuhmilch jodarm sein. Durch Jodarmut entsteht nicht nur beim Menschen ein Kropf, sondern auch beim Tier, z. B. an Ratten, die jodfrei ernährt werden. Selbst Forellen haben in jodarmen Gegenden Kröpfe. Besonders gefährdet sind Menschen mit erhöhtem Hormonbedarf. Ein solcher besteht z. B. bei wachsenden Individuen, also in der Jugend, bei Schwangerschaft und bei Infektionskrankheiten. Deshalb sehen wir gerade bei solchen Menschen besonders leicht einen Kropf auftreten.

Neben dem Jodmangel kennen wir noch einige weitere Ursachen für die Entstehung einer Struma. Sie spielen lange nicht die Rolle wie der Jodmangel, seien aber kurz erwähnt. Z. B. können gewisse Nahrungsmittel die Kropfentstehung fördern; so wird durch ganz einseitige Ernährung mit Kohl eine Struma hervorgerufen. Wahrscheinlich war in unserer schlimmsten Hungerzeit auch der Eiweißmangel so groß, daß das Eiweiß zum Aufbau des Hormons nicht ausreichte; es ist denkbar, daß dies ebenso die Bildung eines Kropfes begünstigt wie der Jodmangel.

In Deutschland haben in der Nachkriegszeit die Kröpfe stark zugenommen. Selbst Gegenden, wo sonst kaum Kröpfe vorkamen, wurden befallen. Auch bei uns in Württemberg scheint eine erhebliche Zunahme deutlich. Zum Teil mag dies an einseitigster Kohlnahrung, zum Teil auch an Eiweißmangel liegen. In der Hauptsache sind jedoch auch diese Nachkriegsstrumen sehr wahrscheinlich durch Jodmangel bedingt. In Gegenden wie der unseren, wo die Jodzufuhr gerade an der Grenze des Notwendigen liegen dürfte, können schon ganz geringe Einbußen den Ausschlag geben. Zeitweilig mußte die Nahrungszufuhr nur aus der eigenen Gegend bestritten werden. So fehlten uns z. B. lange die stark jodhaltigen Seefische oder die Gemüse und das Obst aus jodreichen Ländern wie Holland oder Italien. In Thüringen nimmt man an, daß die Luft jodärmer wurde, weil die jodverarbeitende Industrie an der Seeküste darniederliegt oder die Winde, die das Jod von der See bringen sollten, in den letzten Jahren eine andere Richtung nahmen²⁾.

Flüchtlinge, die aus jodreicheren Gegenden in jodärmere verschlagen werden, scheinen besonders leicht zu einer Struma zu neigen. Jedenfalls ist es äußerst wahrscheinlich, daß auch die Nachkriegskröpfe ebenso wie die früheren Friedensstrumen im wesentlichen durch

Jodmangel bedingt sind. Damit ist die Prophylaxe und Therapie klar vorgezeichnet: Wir müssen unser Nahrungsjod um eine Spur vermehren, so daß wir etwa so viel Jod einnehmen wie die Menschen, die in kropffreien Gegenden wohnen. Ein solches Vorgehen wurde 1922 in der Schweiz von Eggenberger eingeführt und ist seither in der ganzen Welt nachgeahmt worden. Auch in Württemberg wurde es zeitweilig durchgeführt, man war aber an manchen Stellen ängstlich, weil man glaubte, die Gefahr eines Jod-Basedow heraufzubeschwören. Heute hat man in allen Kropfgegenden der ganzen Welt soviel Erfahrung gesammelt, daß an dem Segen einer kunstgerechten Regulierung der Jodzufuhr nicht mehr gezweifelt werden kann³⁾. 1947 empfiehlt sie ein Komitee von Kropfsachverständigen in Amerika⁴⁾, 1948 ein ebensolches Komitee in England⁵⁾. Auch in Württemberg hatten wir vor dem letzten Krieg besten Erfolg mit Jodzugaben, die teils in Tabletten der Schuljugend, teils im jodierten Kochsalz verabreicht wurden. Diese Jodzusätze sind in den letzten Jahren unterblieben, vor allem deshalb, weil wir kein Jod mehr hatten; in keiner Apotheke und in keinem chemischen Laboratorium waren mehr Vorräte vorhanden. Wir haben in den letzten zwei Jahren oft aus mehreren Apotheken die letzten Reste irgendwelcher Jodpräparate zusammenkratzen müssen, um die Jodvorbereitung für eine Operation (von der unten die Rede sein soll) mit einem halben Gramm Jod aufzubringen. Das Jod muß aus dem Ausland eingeführt werden, aber an sich sind es keine großen Beträge. Schon jetzt ist eine Verbesserung der Jodbeschaffung eingetreten, und es kann nur eine Frage kurzer Zeit sein, bis die Prophylaxe und Therapie des Kropfes wieder ordnungsmäßig möglich ist. Soviel Jod ist auch heute schon wieder in den Apotheken, daß einzelne Kropfträger oder Familien behandelt werden können.

Wie das Jod zugeführt wird, ist gleichgültig, ob in Tabletten, in Tropfen, als Zusatz zum Nahrungssalz; einerlei ist auch, ob es in organischer oder anorganischer Verbindung eingenommen wird. Nicht gleichgültig aber ist die Menge. Der tägliche Bedarf liegt wie gesagt um $0,15 \text{ mg}$ Jod. Da aber auch in jodarmen Gegenden immer noch etwas Jod in der Nahrung ist, braucht man für die Prophylaxe nicht ganz so viel zuzuführen, es genügen meistens täglich $0,04$ – $0,08 \text{ mg}$. Zur Therapie eines bestehenden Kropfes nehmen wir etwas mehr, nämlich $0,1$ – $0,25 \text{ mg}$ täglich. Größere Mengen sind keineswegs wirksamer, sondern in einzelnen Fällen schädlich. Jedenfalls ist es nicht gut, durch große Mengen Jod den Kropf schnell wie Butter an der Sonne hinschwinden zu lassen; es bewährt sich besser, wenn die Struma langsam im Lauf von einigen Wochen und Monaten zurückgeht. Das einfachste Rezept, das sich immer wieder bewährt, ist die von Eggenberger empfohlene einpromillige Lösung von Jodkalium (Kal. jodat. $0,02 \text{ aq. ad } 20,0$), von der 1 Tropfen $0,04 \text{ mg}$ ($= 40 \text{ Gamma}$) Jod enthält. Man gibt zur Prophylaxe täglich 1–3 Tropfen, zur Behandlung eines schon bestehenden Kropfes 3–6 Tropfen. Die Lösung ist so schwach, daß sie geschmacklos ist, daher werden die Tropfen am besten regelmäßig dem Morgenkaffee beigefügt. Zur Propy-

²⁾ Erfurth: Das Gesundheitswesen 3:83 (1948), Grimm: Das Gesundheitswesen 3:449 (1948), Kunze: Das Gesundheitswesen 3:632 (1948).

³⁾ Wesp: *Ergebn. d. inn. Med.* 61:489–585 (1942).

⁴⁾ *J. Am. Med. Assoc.* 133:620 (1947).

⁵⁾ *Lancet* 12. 6. 1948 p. 913.

laxe eignet sich auch jodiertes Kochsalz: es werden einem Kilogramm gewöhnlichen Kolchsalzes 5—20 mg Jodkalium beigemischt: wenn man etwa 10 g Salz täglich ißt, so nimmt man damit etwa 40—160 Gamma Jod zu sich. Ein solches Vollsatz ist jetzt wieder käuflich⁹⁾. Man kann es sich auch leicht selbst herstellen. Von der erwähnten einpromilligen JK-Lösung werden 1—2 Teelöffel über ein Kilogramm Kochsalz gegossen und in einer weiten Schüssel innig verrieben; das entspricht einer täglichen Zufuhr von 40—80 Gamma Jod.

Mit den Tropfen im Morgenkaffee oder dem jodierten Salz bewegen wir uns in der Jodzufuhr in physiologischen Grenzen; es ist so, als ob wir in einem kropffreien Gebiet, z. B. an der See, leben würden. Man kann die Kropfprophylaxe und -therapie auch stoßweise durchführen, da das Jod im Körper teilweise gespeichert wird, also einmal im Monat oder zweimal im Jahr über einige Tage eine größere Menge zuführen; aber hier ist die Gefahr des Jod-Basedow, von der gleich die Rede sein soll, schon nicht ganz ausgeschlossen. Vor allem möchte ich vor ganz unübersehbarer Jodzufuhr warnen, wie sie z. B. in Zahnpasten oder Jodsalben geschieht. Es ist überhaupt nicht zu berechnen, wie viel aufgenommen wird, oft ist es ein 100- oder 1000faches der physiologischen Mengen. Namentlich die Jodsalben mit gleichzeitiger Massage der Struma sind gefährlich. Auch vor ausländischem Jodsalz ist zu warnen, solange nicht die Zusammensetzung bekannt ist. Es ist selbstverständliche Pflicht eines jeden Arztes, daß er sich genau ausrechnet, wieviel Jod er mit einer Arznei oder Tablette oder sonstiger Verschreibung zuführt, nachdem nun die optimale Dosierung seit fast drei Jahrzehnten bekannt ist. Eine zu hohe Dosis wird zwar meist gut vertragen, aber gerade bei Kropfträgern entstehen doch gelegentlich Hyperthyreosen, und das ist bei richtiger Dosierung vermeidbar.

Was erreichen wir nun mit einer richtigen Jodzufuhr? Erstens läßt sich die Entstehung des Kropfes mit fast absoluter Sicherheit vermeiden. Zweitens werden die vorhandenen Kröpfe sehr günstig beeinflusst. Vor allem verschwinden die diffusen parenchymatösen Strumen der Jugendlichen regelmäßig in einigen Wochen oder Monaten vollständig unter der erwähnten therapeutischen Dosis und bleiben weg, wenn man dann die prophylaktische Dosis weitergibt. Leider lassen sich die späteren Veränderungen der Strumen nicht mehr so gut beeinflussen: Die diffuse Kolloidstruma, bei der die vergrößerten Follikel mit Kolloid gefüllt sind, und die Knotenstruma (mit ihren Zysten und fibröser Umwandlung und Zunahme des Bindegewebes) sprechen weniger gut an. So ist die Prognose jenseits des 18. Lebensjahres meist nicht mehr so günstig. Aber in jedem Fall kann ein Versuch gemacht werden. Häufig erreicht man mindestens eine erhebliche Verkleinerung der Struma, so daß öfters auch Trachealstenosen wieder zurückgehen. Auf alle Fälle wird eine weitere Zunahme des Kropfes verhindert. Bei der genannten vorsichtigen Dosierung erreicht man das Optimum meist in 2—4 Monaten; man braucht den Versuch aber nicht vor einem Jahr aufzugeben; so lange kann noch eine Besserung eintreten. Was dann nicht erreicht ist, kann nur noch durch das Messer geändert werden.

⁹⁾ „Jodiertes Kochsalz (Vollsatz)“ in roten Packungen, zu erhalten in Kolonialwarengeschäften oder in der Staatlichen Saline Friedrichshall-Jagstfeld.

Was hier allgemein gesagt wurde, gilt auch für Württemberg im besonderen. Ich hatte vor 3 Jahren Gelegenheit, am Bodensee, wo der Kropf ja sehr stark verbreitet ist, hunderte von Kropfträgern mit bestem Erfolg so zu behandeln. Die gleichen erfreulichen Erfahrungen mache ich jetzt in der Stuttgarter Gegend und bei vielen Kropfträgern, die von der Alb oder vom Schwarzwald kommen. Man staunt nur, warum von dieser einfachen und dankbaren Behandlung so wenig Gebrauch gemacht wird. Ich glaube, nur deshalb, weil die klaren Kenntnisse noch zu wenig verbreitet sind. Es wäre wünschenswert, wenn in Kropfgebieten die Prophylaxe wieder von Amts wegen allgemein durchgeführt würde, mindestens bei Schulkindern.

Etwas ganz anderes als der einfache Kropf ist die **Hyperthyreose**, die mit einer Überfunktion der Schilddrüse einhergeht. Die Krankheit wird durch eine Mehrproduktion des Hormons bedingt. Ihre Ursache ist noch recht wenig geklärt. Sicher hat die Hypophyse mit ihrem thyreotropen Hormon eine erhebliche Bedeutung, aber wenn wir die Hypophyse verantwortlich machen, so ist die Klärung der Ursache ja nur um eine Station weiter zurückgeschoben.

Auch bei den Hyperthyreosen spielt das Jod eine große Rolle. Sicher ist, daß die hyperthyreotische Schilddrüse durch ihre vermehrte Produktion von Thyroxin mehr Jod braucht. Das ist in letzter Zeit sehr schön in Amerika gezeigt worden: Man kann radioaktives Jod (vom höheren Atomgewicht 131 statt 126) in den Körper einführen und mit besonderen Methoden nachweisen, wo es bleibt. Dabei sieht man, daß die hyperthyreotische Schilddrüse im Gegensatz zur normalen Schilddrüse das zugeführte Jod geradezu frißt. Soweit sind die Verhältnisse verständlich. Nun kommen aber noch Funktionen des Jods dazu, für die wir vorläufig keine rechte Erklärung haben. Man weiß, daß durch plötzliche starke Zufuhr von Jod gelegentlich eine Hyperthyreose hervorgerufen werden kann, ganz besonders ist dies bei Kropfträgern der Fall. An dem Vorkommen dieses sog. Jod-Basedow zweifelt in Europa wohl kaum ein Arzt, während sonderbarerweise ein solcher Zusammenhang in Amerika vollständig abgelehnt wird. (Deshalb gibt man in Amerika bei der Jod-Prophylaxe auch etwa fünfzigmal so große Dosen ohne Bedenken, während wir hier uns lieber an die vorsichtigen Dosen halten, die ja auch vollständig genügen.) Der Jod-Basedow tritt hauptsächlich dann auf, wenn man das Jod eine Zeitlang gegeben hat und es dann plötzlich wegläßt. Auf die Höhe der Joddosis kommt es nicht allzusehr an. Man kann den Jod-Basedow sicher schon mit kleinen Dosen von täglich einigen Milligramm provozieren, durch große Gaben von einem und mehreren Gramm täglich wird er noch leichter ausgelöst. Die kleinen Dosen unter 0,25 mg, die wir zur Vorbeugung und Behandlung des einfachen Kropfes geben, sind jedoch so gut wie sicher unschädlich.

Die rätselhafte Rolle des Jodes bei Hyperthyreosen tritt aber noch in einem zweiten Punkt in Erscheinung. Es ist zuerst von Neisser in Stettin festgestellt worden, daß man umgekehrt durch Gaben von Jod die Basedowsche Krankheit in erstaunlicher Weise bessern kann, und es hat sich darauf eine Jodtherapie des Morbus Basedow gegründet, die außerordentlich wertvoll ist. Man sieht, wie in wenigen Tagen der Grundumsatz fällt, der Puls verlangsamt wird, der Tremor verschwindet —

kurz, wie alle Symptome ganz wesentlich zurückgehen. Leider hat sich aber herausgestellt, daß diese Jodbesserung meistens nicht lange anhält, sondern nicht selten nach einiger Zeit durch eine wesentliche Verschlechterung abgelöst wird, was Plummer und Boothby dazu führte, daß sie das Jod nur noch zur Vorbereitung einer Operation für 8—14 Tage benutzten. Sie konnten dadurch die Operationsletalität ganz wesentlich senken. Es galt in den letzten Jahren geradezu als ein Kunstfehler, eine Hyperthyreose ohne Jodvorbereitung zu operieren.

Immerhin wurde das Jod doch von einer ganzen Reihe von Autoren auch zu einer Dauerbehandlung verwendet. Freilich war dies eine der schwierigsten Behandlungsarten in der ganzen Medizin, man mußte den Kranken unter dauernder Aufsicht halten, die Joddosis individuell variieren und Vorsichtspausen in der Behandlung einlegen. Mit dieser Methode konnte man bei entsprechender Vorsicht Kranke über viele Monate, ja sogar über Jahre hin in gutem Zustand halten, jedoch bestand immer die Gefahr, daß eines Tages eine Verschlechterung eintrat, besonders dann, wenn das Jod unvorsichtigerweise plötzlich wieder abgesetzt wurde.

Die optimale Dosis für die präoperative Vorbereitung oder für eine Dauerbehandlung liegt zwischen täglich 10 und 50 mg Jod, ist also etwa hundertmal so hoch wie die Menge, die wir zur Behandlung der einfachen Struma brauchten. Dabei ist die Art der Jodmedikation gleichgültig¹⁾, man kann es ebensogut als Lugolsche Lösung in Tropfen wie als Dijodtyrosin in Tabletten geben oder als Agontan einspritzen oder ein anderes der Dutzende von Jodpräparaten verabreichen. Nur muß man sich die Menge Jod ausrechnen und zwischen 10 und 50 mg täglich bleiben. Wir geben gerne die Lösung: Jodi 0,1, Kal. jodat. 1,0, aq. ad 10,0. Ein Tropfen enthält 4 mg Jod.

Es war ein großer Fortschritt, als 1944 durch Astwood in Boston die sog. thyreostatischen Stoffe in die Therapie eingeführt wurden. Man fand, daß eine ganze Reihe chemischer Verbindungen imstande ist, die Schilddrüse am Aufbau des Thyroxins zu hindern. Vor allem sind es Abkömmlinge des Thioharnstoffs, das Thiouracil und besonders seine Methyl- oder Propylverbindung. Wie die Hemmungswirkung im einzelnen vor sich geht, ist noch nicht klar. Sicher aber ist, daß auf irgendeine Weise der Einbau des Jods verhindert wird; die Schilddrüse frißt jetzt nicht mehr das Jod, sondern läßt es vorbeiziehen. Dem entspricht der klinische Erfolg: Die Symptome der Hyperthyreose verschwinden, wie wenn man die Schilddrüse operativ entfernt hätte; die vorher aufgeregten, abgemagerten Menschen mit hohem Grundumsatz und hohem Puls sind nicht mehr wiederzuerkennen, wenn sie nun ruhig und dick werden und ihr Grundumsatz und Puls normal wird. Allerdings geht dies nicht so schnell, wie nach einer Operation, sondern der Vorgang braucht erhebliche Zeit: man rechnet durchschnittlich für jedes Prozent Grundumsatzsteigerung einen Tag, d. h., daß ein Kranker mit einer Steigerung von 40% etwa 40 Tage, ein solcher mit einer 80prozentigen Steigerung 80 Tage bis zur Normalisierung braucht.

So wunderbar der Erfolg der thyreostatischen Stoffe ist, so haben diese doch außer der langsamen Wirkung noch einige weitere Nachteile. Gelegentlich rufen sie

¹⁾ Dennig und Schuelke: M. m. W. 1934:1263.

eine fieberhafte Reaktion hervor, besonders gefährlich aber ist eine Schädigung der Blutbildung, die Agranulocytose. Sie trat in einem erheblichen Prozentsatz auf bei Anwendung von Thiouracil. Seitdem man das Methyl- oder Propylthiouracil benutzt, ist diese Gefahr auf ein Minimum reduziert, aber doch nicht ganz ausgeschaltet. Jedenfalls ist es ratsam, von Zeit zu Zeit die Leukozyten zu kontrollieren.

Der größte Nachteil der thyreostatischen Stoffe liegt aber darin, daß die Heilung gewöhnlich nicht anhält. Wenn die Kranken aufhören, diese Stoffe einzunehmen, fallen sie allmählich wieder in ihre Hyperthyreose zurück. Nur ein geringer Teil der Kranken bleibt endgültig geheilt; die übrigen müssen auf Jahre hinaus die thyreostatischen Stoffe einnehmen. Die sog. Erhaltungsdosis ist allerdings sehr niedrig, aber es ist doch sehr un bequem, daß die Kranken dadurch gezwungen sind, dauernd unter ärztlicher Kontrolle zu bleiben.

So sind viele Ärzte dazu übergegangen, die thyreostatischen Stoffe nur dazu zu benutzen, die Kranken für die Operation vorzubereiten. Tatsächlich ist schon dies ein sehr großer Gewinn. Die Kranken kommen in einem viel besseren Zustand zur Operation. Früher mußte man immer im Anschluß an den operativen Eingriff die thyreotoxische Krise befürchten, dieses schreckliche Krankheitsbild, in dem die Patienten mit hohem Fieber, fliegendem Puls und schwersten Vergiftungserscheinungen meistens zugrunde gingen. Die andere Gefahr bei der Operation war das geschädigte Herz. Diese beiden Gefahren sind mit einer Vorbereitung durch thyreostatische Stoffe heute gebannt; die Operationsletalität ist sehr gering geworden; größere Statistiken geben auf 500—700 Basedowoperationen nur noch einen Todesfall an!

Aber auch hier sind gewisse Schwierigkeiten zu überwinden. Die thyreostatischen Stoffe haben noch einen weiteren Nachteil: Wenn sie verhindern, daß die Schilddrüse das Jod ins Hormon einbaut, dann bringen sie die Kranken ja in den gleichen Zustand, als ob sie in einer jodarmen Gegend lebten; es ist also zu erwarten, daß die Schilddrüse wieder mit einer Vergrößerung reagiert. Das ist tatsächlich auch der Fall. Unter der Behandlung mit thyreostatischen Verbindungen nimmt die Basedow-Struma gewöhnlich an Umfang zu. Besonders unangenehm ist dabei, daß die Schilddrüse weicher und blutreicher wird. Dadurch ist die Operation technisch erheblich erschwert. Um dem abzuwehren, ist man in letzter Zeit dazu übergegangen, die Behandlung mit thyreostatischen Stoffen und die alte Jodvorbereitung der Operation zu kombinieren. Die Jodzufuhr ist unter dem Schutz der thyreostatischen Stoffe ungefährlich und bewirkt auf eine noch nicht geklärte Weise, daß die Schilddrüse nicht so stark wächst und daß sie fester wird. Auf Einzelheiten der Kombination von thyreostatischen Stoffen und Jod möchte ich hier nicht eingehen, die Kombination ist aber, wenn man sie beherrscht, sehr erfolgreich.

Die Dinge sind noch in der Entwicklung. Im Augenblick ist die Lage so: Kranken mit leichter oder mittelschwerer Hyperthyreose wird man im allgemeinen zur Operation raten, und man wird, um nicht viel Zeit zu verlieren, die Operation nach der alten Methode nur mit Jod vorbereiten. Kranke mit schwerer Hyperthyreose sind unbedingt vorher mit den thyreostatischen Stoffen mehrere Wochen lang zu behandeln. Wenn sie

in den normalen Zustand zurückgekehrt sind, so hat man die Wahl, sie nach entsprechender zusätzlicher Jodvorbereitung zu operieren oder sie dauernd unter der Erhaltungsdosis der thyreostatischen Stoffe zu halten. Eine solche dauernde konservative Behandlung ist durchaus möglich. Man wird sie dann durchführen, wenn aus irgendwelchen Gründen, z. B. wegen hohen Alters oder schweren Herzleidens, eine Operation unerwünscht ist oder wenn der Kranke eine unüberwindliche Scheu vor dem Messer hat. Die konservative Dauerbehandlung setzt aber bedingungslos voraus, daß die Kranken immer unter ärztlicher Kontrolle bleiben. Das ist so unbequem, daß wohl die Mehrzahl der Kranken es heute vorzieht, sich doch operieren zu lassen. Man kann ihnen dazu um so mehr raten, als die Operation jetzt nach der Vorbereitung mit thyreostatischen Stoffen so gut wie keine Gefahr mehr bedeutet und die Kranken dann eben vom Arzt befreit sind.

Die Behandlung mit den thyreostatischen Stoffen ist nicht ganz einfach, insbesondere ist die Dosis im Anfang nicht leicht zu bemessen. Vom Methylthiouracil gibt man in den ersten Tagen 0,2—0,4 g, dann steigt man bei Bedarf auf 0,6, unter Umständen sogar auf 0,8 täglich. Bei zu geringer Dosierung bleibt der Erfolg aus, bei zu hoher entsteht ein Myxödem, das zwar nach Weglassen der Stoffe verschwindet oder durch Gabe von Thyroxin beherrschbar ist, aber doch eine unnötige Verlängerung der Behandlung bedeutet. Da die Behandlung mit den thyreostatischen Stoffen etwas schwierig ist, ist es günstiger, sie im Krankenhaus durchzuführen, wo man die Grundumsatzbestimmung und die Kontrolle des Blutbildes an der Hand hat. Im allgemeinen ist zu empfehlen, die langwierige Vorbereitung zur Operation dem Internisten zu überlassen; eine innige Zusammenarbeit zwischen Internisten und Chirurgen ist auf diesem Gebiet besonders fruchtbar. In der Praxis draußen können unseres Erachtens nur einzelne Ärzte, die mit diesen Stoffen schon klinische Erfahrung haben, die ambulante Erstbehandlung einer Hyperthyreose wagen. Dagegen kann der Arzt draußen einen Kranken, der mit thyreostatischen Stoffen einmal auf eine Erhaltungsdosis eingestellt ist, weiter behandeln und diese Erhaltungsdosis, die meistens zwischen 0,025 und 0,1 g liegt, nach dem Zustand des Kranken variieren und dabei die, wenn auch geringe Gefahr der Agranulocytose im Auge behalten (Bei Angina oder Fieber sofort Blutbild! Im Fall einer Agranulocytose Einweisung ins Krankenhaus zur Penicillinbehandlung). Die Lage ist also ähnlich wie beim Zuckerkranken, den man im allgemeinen zur Einstellung mit Insulin ins Krankenhaus einweist, der aber nach dieser Einstellung unter der Aufsicht seines Arztes draußen bleiben kann.

Der größte Fehler, der heute mit den thyreostatischen Stoffen begangen wird, ist der, daß man sie in Zweifelsfällen anwendet. Ich kann nicht dringend genug davor warnen. So einfach die Diagnose des „Vollbasedow“ ist, so schwierig ist es, die echte Hyperthyreose zu erkennen, wenn einzelne Symptome, wie zum Beispiel der Exophthalmus, fehlen. Andererseits werden sehr oft Menschen mit vegetativer und nervöser Labilität, mit Hypertonie, mit familiärem Exophthalmus als Hyperthyreotiker angesehen, während in Wirklichkeit ihre Schilddrüsenfunktion völlig in Ordnung ist. Bei ihnen

hat eine Operation nur vorübergehenden suggestiven Wert, und eine Behandlung mit thyreostatischen Stoffen, die über Monate hingeht, ist eine reine Zeit- und Geldvergeudung. Außerdem verschleiert sie das Krankheitsbild so vollständig, daß man nun überhaupt nicht mehr feststellen kann, ob eine Hyperthyreose vorliegt oder vorgelegen hat. Wir müssen daher dringend darum bitten, in Zweifelsfällen nicht mit thyreostatischen Stoffen anzubehandeln, sondern die Kranken kurzfristig zur Stellung der Diagnose ins Krankenhaus zu schicken. Mit den Mitteln des Krankenhauses, insbesondere mit einer gut durchgeführten Grundumsatzbestimmung ist so gut wie immer eindeutig festzustellen, ob wirklich eine Hyperthyreose vorliegt. Ambulant durchgeführte Grundumsatzbestimmungen sind grundsätzlich falsch. Man sieht immer und immer wieder, daß ambulant eine Erhöhung des Grundumsatzes festgestellt wurde, die einer klinischen Prüfung nicht standhält. Die armen Menschen werden dann wegen einer solchen falschen Bestimmung zu Hyperthyreotikern gestempelt mit den Folgen einer monatelangen unnötigen Behandlung. Zur Grundumsatzbestimmung gehört eben wirkliche Vorbereitung mit Ruhe und mehrmaliger Atemübung am Apparat. Fast immer ist es auch notwendig, zwei Kontrollbestimmungen zu machen. Nur unter diesen Umständen hat die so wertvolle Methode einen Sinn.

Nebenbei sei bemerkt, daß gerade bei den leichten Fällen von Hyperthyreose die Behandlung mit den thyreostatischen Stoffen relativ wenig wirksam ist. Das Hauptindikationsgebiet liegt bei den schweren Hyperthyreosen, wo die Wirkung eklatant ist.

Es ist selbstverständlich, daß wir bei der Behandlung der Hyperthyreose auch die altbewährten Methoden körperlicher und seelischer Beruhigung anwenden. Schwerkranke werden ins Bett gelegt, seelische Nöte werden (ohne „große“ Psychotherapie) möglichst behoben oder umgangen, man gibt Luminal oder ähnliche Mittel in kleinen oder großen Dosen je nach Bedarf, man stützt den Kreislauf, wenn es notwendig ist. Aber wir wollen uns darüber klar sein, daß diese Methoden allein bei ausgesprochener Hyperthyreose so gut wie nie zum Ziel führen. Spontanheilungen echter Hyperthyreosen sind sehr selten. Wenn von ihnen die Rede ist, so lag meistens eine Fehldiagnose vor. Am ehesten noch heilt gelegentlich ein durch Jod hervorgerufener Morbus Basedow wieder aus, nachdem das Jod einige Monate weggelassen worden war. Auf keinen Fall aber darf man es darauf ankommen lassen, echte Hyperthyreosen nur mit den einfachen Methoden des Ruhigstellens zu behandeln. Auch jedes Zögern in der kunstgerechten Therapie der Hyperthyreose ist gefährlich, da jeder solche Kranke durch einen kleinen Infekt oder ein sonstiges Trauma in den Status der thyreotoxischen Krise stürzen kann. Außerdem droht die Gefahr einer irreparablen Herzstörung um so mehr, je länger die Hyperthyreose dauert.

Sobald die Diagnose einer Hyperthyreose klar ist, ist die Operation unter entsprechender Vorbereitung oder mindestens die Dauereinstellung mit thyreostatischen Mitteln anzustreben. Dies zu unterlassen, wäre ungefähr dasselbe, wie heutigentags die Behandlung einer Sepsis ohne Penicillin oder Sulfonamide.

Gedanken zur Neuordnung der Krankenzwangsversicherung

Von Dr. jur. Rudolf L e x, Neckarsulm

Bei Anknüpfung an Dr. Oeters Aufsatz „Zur Problematik der sozialen Krankenversicherung“ erübrigt es sich, auf die Gründe, die eine radikale Reform dieser Einrichtung kategorisch fordern, noch einmal einzugehen; sie werden bereits seit Jahrzehnten von berufener Seite immer wieder erörtert und kaum noch sachlich bestritten. Selbst im Ausland hat man hier und da schon lange den Wert oder Unwert einer Krankenzwangsversicherung richtig erkannt. Ein Vortrag über das Thema „Der Fehlschlag der deutschen zwangsmäßigen Krankheitsversicherung“ auf einer Jahresversammlung der amerikanischen Lebensversicherer in den zwanziger Jahren z. B. gipfelte in folgenden Sätzen:

„Jede zwangsmäßige Sozialversicherung beruht auf tiefen Mißverständnissen des Lebens und der Arbeit in einer Demokratie; denn sie setzt das Bestehen dauernder Klassenunterschiede voraus.

Unehrenhaftigkeit und Täuschung auf Seiten der Kranken, der Apotheker und der Ärzte, mit allgemeiner Unterhöhnung der öffentlichen Moral fallen der Versicherung zur Last.

Die zwangsmäßige Versicherung hat weder die Krankheitsfälle vermindert, noch die Volksgesundheit gehoben. Auf dem Gebiete der öffentlichen Hygiene haben die Vereinigten Staaten in den letzten 30 Jahren weit schnellere Fortschritte ohne soziale Versicherung gemacht als Deutschland mit einer sozialen Versicherung. Die Sterblichkeit in Deutschland hat nicht in dem gleichen Verhältnis abgenommen wie in den Vereinigten Staaten. Die Lage der deutschen Ärzte hat sich nicht gebessert, sondern im Gegenteil, die Ethik der Ärzte ist fühlbar gesunken. Die Krankheitsziffer unter den deutschen Lohnempfängern ist nicht gemindert.

Das System hat zu einem Niedergang der sozialen und der persönlichen Moral geführt und hat Betrug, Unzufriedenheit, Heuchelei gefördert.“¹⁾

Der Grundfehler des Gesetzes vom 15. Juni 1883, das schon Bismarck beanstandete, weil „dem Voluntarismus zu weite Konzessionen gemacht seien“, liegt eben in der Tatsache, daß das ungewöhnlich hohe subjektive Wagnis, das im Gegensatz zu fast allen anderen Versicherungszweigen mit dem Betrieb einer Krankenversicherung verbunden ist, nicht berücksichtigt wurde. Jede Versicherungsgemeinschaft bezweckt die Wiedergutmachung von Schäden, die zufolge unvorhersehbarer, gleichartiger Ereignisse an gleichartigen Gütern oder Werten eintreten. Auch Erkrankungen gehören zwar als Schäden an dem Gut der Gesundheit zu solchen Ereignissen. Ihr Eintritt und Ausmaß ist jedoch weitgehend von der körperlichen und seelischen Konstitution des einzelnen und seinem persönlichen Verhalten, seiner Lebensweise, seinen Maßnahmen zur Verhütung usw. abhängig. Falls aus einer Krankheit ein wirtschaftlicher Vorteil erwachsen kann, ein so hohes subjektives Wagnis also in der sonst üblichen Form versichert wird, kommt unausbleiblich die Versuchung hinzu, Krankheiten vorzutäuschen, um sich solche Vorteile, z. B. ein tägliches Krankengeld, zu erschleichen. Die Versuchung

¹⁾ Vergl. Liek „Gesundheitsdienst am deutschen Volk“, Münchener Medizinische Wochenschrift, Jahrg. 75, Nr. 37.

zu einem solchen Betrage ist deshalb gemeinhin so groß, weil sein Nachweis bei einer Versicherung gegen Krankheitskosten außerordentlich schwierig ist; auch ein berechtigter Anspruch kann sich ja auch einmal nicht auf objektive Tatbestandsmerkmale, sondern nur auf nicht erkennbare physische und psychische Vorgänge begründen. Jeder Arzt weiß, daß er auch nach sorgfältigster Untersuchung zuweilen kaum imstande ist, bestimmt zu erklären, ein Patient, der über gewisse Beschwerden klagt, sei dennoch gesund, also ein Simulant und damit, falls er Versicherungsleistungen beansprucht, ein Betrüger.

Daß trotzdem auch eine Krankenversicherung auf die Dauer durchführbar ist, haben die zahlreichen privaten Unternehmen bewiesen, die heute etwa 10 Millionen Versicherte umfassen. Allerdings gehen sie in dem Verhältnis zu ihren Mitgliedern von der richtigen psychologischen Erkenntnis aus, daß der Gefahr übertriebener Beanspruchung oder gar bewußter Ausnutzung nur begegnet werden kann, wenn mit **unberechtigter Inanspruchnahme immerhin fühlbare persönliche Nachteile verknüpft sind**. Fast sämtliche Tarife sehen nämlich einen sogenannten Selbstbehalt vor, wonach die aus einer Behandlung entstehenden Kosten mit gewissen Bruchteilen vom Versicherten zu tragen sind. Und gerade solche Tarife werden möglichst zu fördern versucht, die in Bagatellfällen keine oder nur geringe Erstattungen, bei ersten Erkrankungen aber, bei denen die Gefahr einer Ausbeutung naturgemäß geringer ist, wie bei Operationen und Krankenhausaufenthalt, hohen Kostenersatz vorsehen. Außerdem hat sich gegen die Inanspruchnahme aus Bagatellschäden die sogenannte Prämienrückgewähr in Form der Erstattung eines Teiles der Jahresprämie bei schadenfreiem Versicherungsverlauf sehr bewährt.

Mit diesem Hinweis soll lediglich aufgezeigt werden, daß auch die soziale Krankenversicherung durchaus in der Lage wäre, durch Umbau ihres Systems unter Beachtung psychologisch richtiger Voraussetzungen nicht nur die immer wieder auftretenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten endgültig zu beheben, sondern auch die nachteiligen moralischen und gesundheitlichen Folgen zu beseitigen, die Oeter wieder einmal in helles Licht gerückt hat. Es wirkt befremdlich, daß die zuständigen Stellen auch unter den heutigen Verhältnissen zu einer Reform von Grund auf noch nicht entschlossen zu sein scheinen, sondern nach nicht bewährtem, „klassischem“ Muster wieder nur eine weitere Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze (auf 4500 DM) ins Auge gefaßt haben. Wie aus dieser Maßnahme gefolgert werden muß, ist die Notlage so kritisch, daß es zur Vorbereitung einer wirklichen Reform an Zeit fehlte. Es darf aber jedenfalls nur eine Übergangslösung sein, daß erneut Tausende von Lohn- und Gehaltsempfängern durch Gesetzeszwang einem als völlig unzulänglich erkannten System eingegliedert und an seinen Mängeln beteiligt werden. Zudem sollte in einer Demokratie zu den verfassungsmäßig gewährleisteten Grundrechten die Freiheit der Person wahrhaftig auch in dieser Hinsicht gehören. Die Arbeitnehmer, denen nunmehr durch die selbstgewählten Parlamente Vergewaltigung

droht, sind wohl in ihrer Mehrzahl freiwillig krankenversichert. Sie sollen nun, ohne über ihre Ansicht befragt zu werden, die oft in Jahrzehnten erworbenen ideellen und materiellen Rechte, z. B. auf Behandlung als Privatpatient oder auf Sterbegeld, entschädigungslos verlieren, da sie neben dem Zwangsbeitrag die Prämie für eine Vertragsversicherung natürlich nicht mehr aufbringen können, die Selbstverantwortung auf einem der wichtigsten Gebiete ihres persönlichen Lebens aufgeben und neue Opfer einer „Vermassung“ werden, die in einer echten Demokratie von Staats wegen mit allen Mitteln bekämpft werden müßte. Für eine endgültige Reform der sozialen Krankenversicherung kann jedenfalls nur die Erkenntnis, daß zu dem hohen subjektiven Risiko ein ständiges wirtschaftliches Interesse jedes Versicherten das Gleichgewicht bilden muß, der Ausgangspunkt sein. Auf diesem Grundgedanken beruhen fast alle Vorschläge, die seit Jahrzehnten zur Erörterung gestellt werden.

Auch Oeter sieht die Beteiligung der Versicherten an den Arzthonoraren und an den Arzneimittelkosten sowie eine erhebliche Verlängerung der Karenzzeit für Krankengeld in Verbindung mit einem Zwangssparkonto, gebildet aus den verfügbar bleibenden Beitragsteilen, und bei Erschöpfung dieses Sparguthabens sogar Unterstützung durch die Gemeinden vor. Gegen diesen Plan sprechen allerdings die Komplizierung der technischen Verwaltung bei den Krankenkassen, besonders die Eröffnung und Führung eines Spar- oder Sperrkontos für jeden Versicherten neben den bereits üblichen Unterlagen, und die Heranziehung der Gemeinden, deren Finanzlage sich in absehbarer Zeit kaum bessern wird, während der Karenzzeit. Gerade der Gedanke des Zwangssparens könnte aber dennoch die Grundlage für eine wirkliche Reform werden. Denn alle Nachteile des heutigen Systems wären überwunden, wenn die Krankenzwangsversicherung mit einer Krankenzwangssparkasse dergestalt verbunden würde, daß jeder Versicherte, bzw. Sparer grundsätzlich Eigentümer seiner Beiträge bliebe. Auch dieser Vorschlag ist zwar schon vor Jahrzehnten gemacht worden; er lohnt aber erneut eingehender Betrachtung in einer Zeit, die infolge der ungeheuerlichen Verarmung zu rationalster Verwendung aller Mittel zwingt. Jeder Sparer hätte also die Kosten der für ihn oder für seine Angehörigen notwendigen Behandlungen und das etwaige Krankengeld aus seinem Sparkonto zu decken. Scheidet er — etwa weil seine Bezüge die Pflichtgrenze übersteigen — aus, so steht ihm das aus seinen Beiträgen abzüglich aufgewendeter Krankheitskosten entstandene Guthaben zu; stirbt er, so fällt es an seine Erben. Ist das Konto in einem solchen Zeitpunkt überzogen, so wird der Verlust auf alle übrigen Sparer umgelegt, soweit er nicht aus dem Ertrag der verzinslich anzulegenden Guthaben ausgeglichen werden kann, eine Umlage, die übrigens mit Hilfe der Verbände auch zwischen den einzelnen Kassen der Länder oder sogar ganz Deutschlands vollzogen werden könnte. **Insoweit bleibt der Versicherungsgedanke der gegenseitigen Hilfe gewahrt.** Wenn demgegenüber eingewandt wird, ein verheirateter Sparer mit zahlreichen Kindern werde auf diese Weise unter Umständen niemals zu einem Guthaben gelangen, so wird zunächst übersehen, daß im derzeitigen System ja überhaupt keiner die Beiträge je widersieht, die er und sein Arbeitgeber laufend entrichten. Sie gehen mit der Zeit in die Tausende; denn

5,7 % von 200 DM Monatslohn z. B. ergeben 11.40 DM monatlich, 136.80 DM jährlich, 1368 DM in zehn, 4104 DM in dreißig Jahren. Zum anderen könnte aber auch eine gerechtere Prämie nach dem Familienstand des einzelnen Arbeitnehmers errechnet werden, ohne daß sich das Gesamtaufkommen irgendwie zu ändern brauchte. Daß ältere Sparer ihr Sparkonto gleichfalls mit null beginnen müßten und es zuweilen vielleicht nicht mehr zu nennenswerten Guthaben bringen würden, entspräche lediglich den harten Konsequenzen der Währungsreform, die jeden Sparer, ob alt oder jung, enteignet hat. Soweit Rücklagen der Kassen noch vorhanden sind, könnten sie, gestaffelt nach der Dauer der einzelnen Versicherung, vorwiegend auf die ältesten Zwangssparer aufgeteilt werden.

Es würde in diesem Rahmen zu weit führen, die technischen Einzelheiten eines solchen Umbaus und der Abrechnung mit den Ärzten, deren Honorare wieder auf Einzelleistungen, und zwar je nach der Höhe der Beiträge der Patienten an die Kasse umgestellt werden müßten, mit den Apotheken, Krankenhäusern usw. darzulegen. Unzweifelhaft entfielen aber schlagartig die unerträglich gewordene Überbeanspruchung der Ärzte, die sinnlose Vergeudung von Medikamenten usw. und vor allem der unberechtigte Bezug von Krankengeld mit seiner Minderung volkswirtschaftlich wertvoller Arbeitsleistung. Denn jeder Sparer würde nun sehr genau darauf achten, daß Krankheitsbehandlungen nur eingeleitet werden, wenn sie wirklich notwendig sind; es wäre ja sein Geld, das aufgewandt werden müßte, und jede Abhebung minderte das einmal für ihn oder seine Erben verbleibende Guthaben. Wenn demgegenüber befürchtet werden sollte, daß bei einer solchen Regelung auch in ernstesten Krankheitsfällen aus übertriebener Sparsamkeit auf Zuziehung des Arztes verzichtet würde, so dürfte diese Gefahr bei dem heutigen Bildungsgrad unserer Arbeiter und Angestellten und bei der ständigen Aufklärung durch Presse und Rundfunk weit überschätzt werden. Im Gegenteil, die allermeisten werden erst recht auf ihre Gesundheit zu achten lernen und den Arzt frühzeitig aufsuchen, um eine etwa beginnende Krankheit, deren Behandlung ja ihr Geld kostet, wenn irgend möglich, im Keim zu ersticken. Für alle Fälle könnte aber jeder Zwangssparer auch verpflichtet werden, sich und seine mitversicherten Angehörigen ein- oder zweimal jährlich von dem Arzt seines Vertrauens gründlich untersuchen zu lassen, damit gerade bösartige Krankheiten rechtzeitig erkannt und behandelt würden. Auch Reihenuntersuchungen mit Hilfe eines von den Kassen einzurichtenden Gesundheitsdienstes wären vielleicht in Betracht zu ziehen. Bei einer gut durchdachten Verwaltungsorganisation wäre schließlich ein einfacheres Verfahren, als es heute besteht, und damit eine erhebliche Minderung der unproduktiven Kosten zu erreichen, die wahrscheinlich überhaupt aus den Zinserträgen der Anlagen gedeckt werden könnten, andernfalls durch Umlagen aufgebracht werden müßten.

Bei einer derartigen Verbindung zwischen Zwangsversicherung und Zwangssparkasse bestünde gleichzeitig die Möglichkeit, große Summen, die heute noch in kleinen und kleinsten Teilbeträgen im Konsum versickern, auf lange Sicht produktiven Zwecken, vor allem dem gemeinnützigen Siedlungsbau zuzuführen und so gerade denen wieder zugute kommen zu lassen, von denen sie

aufgebracht werden. Man hat berechnet, daß unter Aufrechterhaltung der Beiträge, einer umfassenden Betreuung aller wirklich behandlungsbedürftigen Mitglieder und aller Krankheit verhütenden Maßnahmen allein aus nicht beanspruchtem Krankengeld Hunderte von Millionen jährlich erspart werden würden, Summen also, die bei dem völligen Mangel an langfristigem Investitionskapital von ausschlaggebender Bedeutung für unsere gesamte Volkswirtschaft werden könnten.

Weitere nicht abzuschätzende Vorteile lägen u. a. in einer allgemeinen Hebung der Arbeitsfreudigkeit, in einer Wiederkehr des idealen Arztes, der nicht mehr vorwiegend zwischen häufig unberechtigten Wünschen der Patienten und ebensolchen Vorschriften der Krankenkassen stünde, sondern bei auskömmlicher Honorierung wieder Zeit fände, Helfer der wirklich Leidenden

zu sein, vor allem aber in einem wesentlichen Beitrag zur Gesundung unserer Volksmoral und zur Stärkung des Verantwortungsbewußtseins des einzelnen, einem der wesentlichsten Ziele echter Demokratie.

Es liegt auf der Hand, daß ein solcher oder ähnlicher Umbau nicht nur eine sorgfältige Vorarbeit in technischer Hinsicht, sondern vor allem auch eine Wandlung der bisherigen Anschauungen von der Notwendigkeit totaler Bevormundung zu weitgehender Selbstverantwortung voraussetzt, eine Wandlung, wie sie nur mit Hilfe eingehender Aufklärung durch die Krankenkassen selbst, die Gewerkschaften und die Parteien erreicht werden könnte. **Aber zwingt die Not der Zeit nicht zur Umkehr auf jedem als falsch erkannten Weg, zu rationellster Gestaltung unseres gemeinsamen Lebens, zu erhöhter Arbeitsleistung und zu eiserner Sparsamkeit?**

Das „Freiwillige Mitglied“ (F. M.)

Ein Vorschlag zur Frage des kassenärztlichen Honorars

Von Dr. med. Paul Frohn, Tuttlingen

Bekanntlich enthält die RVO. eine Bestimmung, wonach es einer bestimmten Personengruppe unter gewissen Umständen möglich ist, freiwilliges Mitglied der Krankenkasse zu werden, oder zu bleiben. Die Zahl dieser F. M. ist wesentlich größer, als man allgemein glaubt. Sie beträgt z. Zt. für den Bereich einer mittleren Ortskrankenkasse 30% der Gesamtmitglieder. In manchen Gegenden dürfte dieser Prozentsatz noch höher sein, in anderen wieder niedriger. Jedem Arzt ist bekannt, daß unter den vielen F. M. ein großer Kreis von Personen ist, für die keinesfalls die Voraussetzungen gegeben wären, von der Sozialversicherung mitbetreut zu werden. Es gibt ganze Gegenden, wo Bauern mittlerer und größerer Höfe F. M. ihrer Ortskrankenkasse sind, es gibt viele Handwerker und Geschäftsleute mit gutem Einkommen, ja auch mittlere und höhere Beamte, die es vorziehen, dem Arzt einen Krankenschein zu geben, statt ihn selbst zu honorieren.

Gerade dieser Personenkreis aber hätte ohne Mehrkosten mit Leichtigkeit die Möglichkeit, sich einer berufsständischen, privaten Krankenkasse anzuschließen, die für den Arzt ein weit besseres Honorar für seine Leistungen bringen würde.

Dieser besonders genannte Personenkreis stellt aber trotz seines Krankenscheines meist viel weitergehende Ansprüche an den Arzt, als es das normal versicherte Pflichtmitglied tut. Diese besondere Kategorie von F. M. hat fast nie Zeit zu warten, will also bevorzugt abgefertigt werden, kommt meist außerhalb der Sprechstunde an Samstagen oder Sonntagen, verlangt besonders teure Verordnungen oder Privatrezepte, fordert Hausbesuche in Fällen, wo Sprechstundenbehandlung genügen würde, kurz, stellt Forderungen, oft mehr wie ein Privatpatient, ohne zu bedenken, daß er selbst dem Arzt nichts bietet. Daß dies für den Arzt im Einzelfall ein Gefühl des Ärgers und der Berufsunfreudigkeit bringt, ist schlimm genug. Schlimmer ist, daß darunter das Ansehen des ganzen Standes leidet, und daß die Patienten, insbesondere der hier genannte Personenkreis es nicht glaubt, wenn von ärztlicher Seite auf die unwürdige Entlohnung hingewiesen wird. Sie argumentieren dann so, man könne es einfach nicht glauben, daß die Krankenkasse so wenig zahle; denn wenn dies wirk-

lich so wäre, so hätten es die Ärzte schon längst abgelehnt, unter so schlechten Verhältnissen zu arbeiten.

Die Möglichkeit der freiwilligen Mitgliedschaft wird in vielen Fällen zu einem vielleicht unbeabsichtigten Betrug am Arzt und an der Sozialversicherung. Man kann oft Fälle beobachten, wo Privatpatienten als Selbstzahler in die Sprechstunde kommen, und dann, wenn eine Operation oder eine sonst kostspielige Behandlung notwendig wird, kommen sie einige Wochen oder Monate später mit einem Krankenschein wieder und verlangen nunmehr die für sie kostenlose Durchführung der anfänglich vorgeschlagenen Behandlung. Es ist ihnen inzwischen auf irgendwelchen offenbar sehr leichten Umwegen gelungen, F. M. zu werden. Nun ist in solchen Fällen nicht nur der Arzt um sein Privat honorar betrogen, sondern auch die Sozialversicherung um die Beträge des Kreises der Pflichtversicherten. Es ist doch offensichtlich, daß diese Art von Leuten, solange sie gesund waren, selbst die Kassenbeiträge sparten und erst im letzten Augenblick für wenige Mark geleisteter Beiträge Hunderte von Mark Gegenleistung verlangen und auch erhalten, die dem Fonds der Pflichtversicherten entnommen werden muß. Man kann nicht anders, als dies als einen Betrug am Arzt und an der Sozialversicherung anzusehen. Die Einzelbeispiele von Fällen dieser Art ließen sich von jedem Arzt in großem Umfange anführen. Es fragt sich nun, was kann die Ärzteschaft von sich aus tun, um diesem Ubelstand abzuwehren. Meines Erachtens kann sie sehr viel tun.

Zur Zeit sind die Vertreter der Ärzteschaft und der RVO.-Kassen zu Verhandlungen über die Honorierung der kassenärztlichen Leistungen zusammengetreten. Bei diesen Verhandlungen wäre eine Gelegenheit gegeben, die Frage der F. M. aufzurollen und neu zu regeln. Meines Erachtens sollten hierbei ungefähr folgende Forderungen von seiten der ärztlichen Organisationen erhoben werden: 1. F. M. kann nur der werden, der nachweisbar minderbemittelt ist. Der Nachweis wäre durch die Kreiswohlfahrtsämter zu führen. Bei offensichtlichem, zu großzügigem Verhalten dieser Ämter bzw. in Fällen, wo nach Meinung der Ärzteschaft die Voraussetzungen für F. M. nicht gegeben sind, steht dem ärztlichen Kreisverein ein Ein-

spruchsrecht zu, das eine neue Überprüfung des Einzel-falles durch eine besondere Kommission, der auch ein Arztvertreter angehören soll, zur Folge haben muß. Nur dieser besonders eng umschriebene Personenkreis genießt die gleichen Rechte wie die Pflichtmitglieder, und nur für diese ausgewählten Personen, für die die Sozialfürsorge in Frage kommt, wird seitens der Kasse ein Kopfpauschale an die KV. abgeführt. 2. Für die übrigen F. M., die wohl der überwiegend größere Teil sein dürften, müßte eine Neuregelung getroffen werden. Das einfachste wäre es, wenn diesen bisherigen F. M. nahegelegt würde, Mitglieder der privaten Krankenkassen zu werden, wobei wohl Überführung in berufsständische Versicherungen die Methode der Wahl sein dürfte: Also Bauern in Bauernkrankenkassen, Handwerker in Handwerkerkrankenkassen, Beamte in Beamtenkrankenkassen, usw. Für die übrigen gäbe es genügend private Versicherungsgesellschaften, die gerne diesen Mitgliederzuwachs übernehmen würden. Es müßte zur Vermeidung von Härten eine Übergangsregelung gefunden werden, wonach Wartezeiten entfallen.

Sollten die Vertreter der RVO.-Kassen einer solchen Regelung nicht zustimmen, so käme auch eventuell eine andere Regelung in Frage. Die F. M., die nicht zur Kategorie der nachweisbar Minderbemittelten gehören, müssen von den Kassen besonders geführt werden. Für diese Sondergruppe von Versicherten würde an die KV. kein Kopfpauschale bezahlt werden. Diese F. M. würden einen besonders gut kenntlichen Krankenschein erhalten, auf dem grundsätzlich sämtliche Leistungen nach Einzelleistungen aufgeführt und auch bezahlt werden sollten. Diese Scheine könnten dann entweder direkt bei der Kasse zur Honorierung vorgelegt werden, oder aber ebenso wie bei Postbeamten- und Polizeikrankenkassen durch die KV. geprüft und bezahlt werden. Abstriche kämen nur in besonderen Fällen und nur nach Rückfrage beim behandelnden Arzt in Frage. Bei dieser Regelung würde das offensichtlich werden, was bisher nicht sichtbar in Erscheinung trat, nämlich daß die Träger der Sozialversicherung gleichzeitig auch Konkurrenten der Privatkrankenversicherung sind. Es wäre Sache dieser beiden Versicherungsträger, sich ergebende Meinungsverschiedenheiten unter sich auszutragen. Sache

der RVO.-Kassen wäre es, die Beiträge für diese besondere Kategorie von F. M. neu zu berechnen und den Umfang der Leistungen neu zu begrenzen.

Es fragt sich nun, wie werden sich die Vertreter der RVO.-Kassen zu diesen Vorschlägen einstellen. Wahrscheinlich werden sie eher geneigt sein, diese Vorschläge zu unterstützen als sie abzulehnen. Die von den Kassen gesammelten Erfahrungen dürften in den meisten Fällen dahin gehen, daß die von den F. M. eingehenden Beträge nicht ausreichen, um die für die F. M. zu leistenden Auslagen zu decken. Es müssen also die Beiträge der Pflichtversicherten herangezogen werden, um die Kosten für die F. M. mit zu decken. Mit anderen etwas krasserem Worten: **Erst mit den angesparten Groschen der Arbeiter wird es möglich, daß einem großen Personenkreis, dem es wirtschaftlich so gut geht, daß er sein Krankheitsrisiko selbst tragen oder berufsständisch versichern kann, Segnungen einer Sozialversicherung zuteil werden, die für ihn gar nicht gedacht waren.** Diese Leute haben hier im Gesetz der Sozialversicherung eine Lücke gefunden, durch die sie sich hineingeschlichen haben. Es ist nun langsam hohe Zeit geworden, daß die Vertreter unseres Berufsstandes von sich aus alles tun, um diese Lücke zu schließen. Die Verhandlungen über die vorzunehmende Neuordnung unserer Honorierung dürften eine einmalige Gelegenheit bieten, hier gründlichen Wandel zu schaffen. — Ob es bei den heutigen Verhältnissen möglich sein wird, den Kassenärzten eine ausreichende Entlohnung für ihre Arbeit zu bieten, scheint sehr fraglich zu sein. Es wäre aber schon eine wesentliche Besserstellung unserer Berufsaussichten, wenn der Kreis der Privatpatienten wieder ein wesentlich größerer würde. Sicherlich dürften die Vertreter der RVO.-Kassen in der Frage der F. M. in obigem Sinne weit eher zu Konzessionen bereit sein als in anderer Hinsicht. Würde es uns aber gelingen, in dieser Frage in obigem Sinne durchzudringen, so wäre damit wieder für die Freiheit unseres Berufsstandes ein wesentlicher Schritt vorwärts getan. Blicke es dagegen beim gleichen Zustande, so ist die Zeit abzusehen, wo der letzte Privatpatient F. M. geworden ist, und damit wäre die Sozialisierung unseres Berufes auf kaltem Wege eine unwiderrufliche Tatsache geworden.

Aus dem Arbeitskreis Württ. Kassenärzte:

Die Stellung des Arbeitskreises Württ. Kassenärzte zur Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg

Von Dr. med. Siegfried Häusler, prakt. Arzt, Altbach

(Nach einem Referat auf der ersten Mitgliederversammlung des Arbeitskreises am 24. April 1949 im Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart)

„Je größer die Not, um so fester unser Zusammenschluß und um so ernster unser Bemühen, gemeinsam aller kommenden Schwierigkeiten Herr zu werden.“ Diese Schlußworte des Sonderrundschreibens der Ärztekammer an alle Ärzte Nordwürttembergs kennzeichnen die gegenwärtige Situation und sprechen die Meinung des Großteils der Ärzteschaft aus. Droht da nun nicht der am 24. April 1949 endgültig gegründete Arbeitskreis als Unterorganisation innerhalb der KV. diesen Zusammenschluß zu sprengen und die Einheit aufzuspalten? Woraus leitet der Arbeitskreis seine Existenzberechtigung her und wie steht er zur KV?

Der Arbeitskreis ist die natürliche, man kann geradezu sagen logische Konsequenz der bisherigen Entwicklung der KV. Wenn die Arbeit unserer Vertreter bisher immer belastet und teilweise aufgehoben wurde durch das mangelnde Interesse großer Kreise unseres Standes — das auch eine mangelhafte Geschlossenheit des Vorgehens nach außen zur Folge hatte — so bedarf es jetzt einer Zusammenfassung aller zur Mitarbeit bereiten, aktiven Kollegen. Durch die gemeinsame Bemühung um die Probleme unseres Standes wird die Einigkeit von der Tiefe und Breite aus organisch wachsen und nur so wird es möglich sein, weite Kreise unserer Kollegen

mit zu aktivieren, deren laufende Informierung durch die KV. schon rein zeitlich und arbeitsmäßig gar nicht möglich ist. Deshalb der Satz in § 1 der Satzung des Arbeitskreises: „Der AK. stellt sich die Aufgabe, die KV. in der Vertretung ihrer wirtschaftlichen Belange tätig zu unterstützen und die Geschlossenheit und Schlagkraft der KV. zu heben.“

Der AK. ist bereit, für die Klärung der gegenwärtigen Situation mit die Verantwortung zu übernehmen. Dafür ein konkretes Beispiel: Zwei Tage nach der Vorstandssitzung der Ärztekammer am 9. April reichte der Arbeitsausschuß des Arbeitskreises detaillierte Änderungsvorschläge für die Satzung des damals neu gegründeten Ärztekammer-Vereins ein, die in der inzwischen allen Kollegen übersandten Satzung bereits zum Teil berücksichtigt sind (z. B. Erhöhung der Zahl der Delegierten von 30 auf 60, Herabsetzung der Amtsdauer der Organe des Vereins von drei auf zwei Jahre). Der Hauptvorschlag, nämlich nicht nur auf regionaler Basis, d. h. durch die Kreisärzteschaften die Delegierten wählen zu lassen, sondern auch auf Landesbasis, wird erst durch die erste Delegiertenversammlung beraten werden können, da er eine wesentliche Satzungsänderung bedeutet. Durch letzteren Vorschlag würde eine anteilmäßige Vertretung der Gruppen innerhalb der Ärzteschaft ermöglicht, wie sie z. B. die Facharztverbände, Ärztinnen-Bund, Marburger Bund, Flüchtlingsärzte usw. darstellen. Da die Ärztekammer einen erheblichen Einfluß auf die Arbeit der KV. haben wird und wir einen analogen Aufbau der KV. anstreben, wurde dem Satz 2 unserer Satzung entsprechend auch hier gehandelt: „Der AK. strebt die Verstärkung des Einflusses der Kassenärzte auf die Arbeit der KV. an.“

Der AK. sieht für die Zukunft konkrete Aufgaben für seine Arbeit innerhalb der KV. (er lehnt es dabei ab, selbständig nach außen hin, z. B. als Verhandlungspartner, aufzutreten und sieht seinen Auftrag ausschließlich innerhalb der KV.!).

Die Ordnung in den eigenen Reihen. Der Planung von oben muß die freiwillige Disziplin von unten entsprechen.

Zusammenarbeit mit den Kassen auf vernünftiger, für alle beteiligten Partner tragbarer Basis. An eine Änderung unseres Verhältnisses zu den Kassen zu glauben, mag ein Akt des Vertrauens sein. Eine solche Änderung aber ohne Mitarbeit der gesamten Ärzteschaft zu erwarten, ist ganz sicher ein Akt der Dummheit.

Verantwortliche Mitbeteiligung der Ärzteschaft bei der kommenden Sozialversicherungsreform. Dies ist nur möglich, wenn wir den politischen Einfluß eines jeden einzelnen Kollegen geltend machen (Dr. Neuffer: „Die finanzielle Frage ist zu einer politischen geworden“). Dafür gilt es, den einzelnen Arzt zu informieren, seine persönlichen Beziehungen auszunützen, ihm die Ziele aufzuzeigen und alle Waffen zum Kampf an seiner Stelle in die Hand zu geben. Das alles sind Aufgaben, die nicht allein von den Zentralstellen und den Delegierten gelöst werden können, sondern dazu bedarf es kleiner, aktiver Mannschaften draußen im Lande, die untereinander und nach oben laufend Kontakt haben. Zu der bisherigen vertikalen Organisation Arzt — Kreisärzteschaft — KV. muß eine horizontale Organisation treten, welche die Ärzte untereinander und zwischen den Ärzteschaften verbindet.

Die Mitarbeit im AK. ist das beste Heilmittel für jede unsachliche und nur negative Kritik, weil mit der Beschäftigung mit den Problemen das Verständnis für die Schwierigkeiten einer gültigen Lösung wächst. Andererseits sind neue Impulse und vorher diskutierte Anregungen von draußen für die Zentralstellen in größtem Umfang notwendig.

Eine organisatorische, satzungsmäßige Festlegung unserer bisherigen, nur persönlichen Zusammenarbeit erschien uns notwendig, um eine etwaige spätere Fehlentwicklung von vornherein auszuschließen. Die Zusammenarbeit mit der KV. wird mehr und mehr intensiviert werden.

Die Kollegen, die draußen im Lande mit wachsender Aufmerksamkeit und Sorge die weitere Entwicklung unseres Schicksals verfolgen und die bereit sind, an dessen Gestaltung selbst verantwortlich mitzuarbeiten, die finden in unserem Arbeitskreis ganz einfach eine Chance, zusammen mit Gleichgesinnten dies zu tun. Wir sind Individualisten und wir wollen dies auch ganz bewußt bleiben, aber wir müssen uns zu einer Mannschaft vereinigen, um auf dem heutigen Kampffeld der Demokratie das Spiel zu gewinnen. Es müssen Brücken gebaut werden zwischen den einzelnen Ärzten, daß wir nicht mehr neben- und gegeneinander leben, sondern miteinander, und es müssen Brücken gebaut werden zwischen den Ärzteschaften, daß sich unser Horizont über den Rahmen unseres eigenen Bezirks hinaus weitet, und es müssen Brücken gebaut werden zu den Instanzen, mit denen wir es als Ärzteschaft zu tun haben und mit denen zusammen es gelingen muß, auch von unserer Stelle aus ein neues Klima in Deutschland zu schaffen.

Welche Änderungen bringt das 2. Gesetz zur vorläufigen Neuordnung von Steuern für die freien Berufe?

Von Dr. rer. pol. Theiss

Geschäftsführer der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Württemberg

Das 2. Gesetz zur vorläufigen Neuordnung von Steuern hat nicht die dringend notwendige Reform des überhöhten Einkommensteuertarifs gebracht, sondern will durch Einbau einer Reihe von Vergünstigungen in das bestehende Einkommensteuergesetz die wirtschaftlich unentbehrliche Kapitalbildung fördern.

Das Gesetz stellt eine Notlösung dar. Seine Bestimmungen werden von der Verwaltung für Finanzen für so kompliziert gehalten, daß zu ihrer Erläuterung ein besonderes Merkblatt für notwendig erachtet wird. Gleichzeitig sollen neue Ein-

kommensteuerrichtlinien ausgearbeitet und dem Finanzausschuß des Wirtschaftsrates zugeleitet werden, der sie auf Grund der ihm erteilten Ermächtigung in Kraft setzen kann.

Das Gesetz gliedert sich in 5 Abschnitte. Während Abschnitt 1, der die Steuererleichterungen enthält, rückwirkend ab 1. Januar 1949 in Kraft tritt, werden die Abschnitte 2—4, die die tätige Reue, die Verschärfung der Steuerstrafen und den Steuersäumniszuschlag betreffen, gemäß Abschnitt 5 mit der Verkündung des Gesetzes wirksam.

I. STEUERERLEICHTERUNGEN

1. Bewertungsfreiheit für Ersatzbeschaffung beweglicher Wirtschaftsgüter und Berücksichtigung des nicht entnommenen Gewinns

Um auch den freien Berufen die Möglichkeit zu geben, in den Genuß der Steuererleichterungen zu kommen, die das Gesetz bei der Bewertungsfreiheit für Ersatzbeschaffung beweglicher Wirtschaftsgüter und bei der Berücksichtigung des nicht entnommenen Gewinns gewährt, ist bei der Verwaltung für Finanzen eine Verordnung in Vorbereitung, die für die freien Berufe gewisse Erleichterungen in der „ordnungsmäßigen Buchführung auf der Grundlage des Vermögensvergleichs“ vorsieht.

Die Angehörigen der freien Berufe führen gewöhnlich keine Bücher nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches, sondern beschränken sich darauf, den Überschuß der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben zu ermitteln. Nachdem der Steuergesetzgeber dieses Verfahren gesetzlich verankert und für die Fälle anerkannt hat, in denen das Betriebsvermögen am Schluß des einzelnen Wirtschaftsjahres vom Betriebsvermögen am Schluß des vorangegangenen Wirtschaftsjahres in der Regel nicht wesentlich abweicht, und die Angehörigen der freien Berufe, im Gegensatz zu den gewerblichen Unternehmungen, nicht mit besonderen Risiken behaftet sind, sollte der Steuergesetzgeber bei den freien Berufen eine „ordnungsmäßige Buchführung“ dann als gegeben anerkennen, wenn Einnahmen und Ausgaben laufend und vollständig eingetragen und richtig belegt sind.

Wirtschaftsgüter, deren Anschaffungspreis unter DM 200.— liegt, können nach wie vor voll als Betriebsausgaben abgesetzt werden.

2. Förderung des Wohnungsbaues

- a) Zur Förderung des Wohnungsbaues ist bestimmt, daß bei Gebäuden, die ab 1. Januar 1949 errichtet werden und die zu mehr als 80% Wohnzwecken dienen, im Baujahr und folgenden Jahr je 10%, in den darauf folgenden 10 Jahren je 3% der Baukosten abgesetzt werden können. Nach Ablauf dieser Fristen bemessen sich die Absetzungen für Abnutzung nach dem noch vorhandenen Restwert, d. h. 50% der Baukosten und der Restnutzungsdauer.
- b) Angehörige der freien Berufe, die den Gewinn auf Grund ordnungsmäßiger Buchführung ermitteln, haben außerdem die Möglichkeit, Zuschüsse oder unverzinsliche Darlehen, die sie an gemeinnützige oder sonstige Wohnungs- und Siedlungsunternehmen oder auch an private Bauherren gewährt haben, im Jahre der Hingabe voll als Betriebsausgabe abzusetzen.

3. Erhöhung der Sonderausgaben

Als Sonderausgaben kommen Schuldzinsen und auf besonderen Verpflichtungsgründen beruhende Renten und dauernde Lasten, die weder Betriebsausgaben noch Werbungskosten sind, Vermögens- und Kirchensteuern sowie die folgenden Aufwendungen zu steuerbegünstigten Zwecken in Betracht:

- a) Beiträge und Versicherungsprämien zu Kranken-, Unfall-, Haftpflicht-, Angestellten-, Invaliden- und Erwerbslosenversicherungen, zu Versicherungen auf den Lebens- oder Todesfall und zu Witwen-, Waisen-, Versorgungs- und Sterbekassen.
- b) Beiträge an Bausparkassen zur Erlangung von Baudarlehen.
- c) Aufwendungen für den ersten Erwerb von Anteilen an Bau-, Wohnungs- und Verbrauchergenossenschaften.
- d) Beiträge auf Grund anderer Kapitalansammlungsverträge.
- e) Ausgaben zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger, kirchlicher, religiöser und wissenschaftlicher Zwecke.
- f) Aufwendungen für die Wiederbeschaffung von Hausrat und Kleidung bei Verlust durch Kriegseinwirkung und politische Verfolgung und die entsprechenden Ausgaben der Flüchtlinge und Vertriebenen.

Schuldzinsen, Renten und dauernde Lasten sowie Vermögens- und Kirchensteuern sind voll abzugsfähig.

Die unter a—f genannten Sonderausgaben können bis zu einem Jahresbetrag von DM 800.— geltend gemacht werden.

Dieser Betrag erhöht sich um DM 400.— für die Ehefrau und DM 400.— für jedes Kind. Soweit sich die Erhöhung nach der Zahl der Kinder bemißt, tritt sie nur ein, wenn dem Steuerpflichtigen für diese Kinder Kinderermäßigung gewährt wird.

Sind in den Sonderausgaben Aufwendungen für die Wiederbeschaffung von Hausrat und Kleidung enthalten, so erhöht sich der Jahresbetrag um DM 200.— für den Steuerpflichtigen und um je DM 100.— für die Ehefrau und jedes Kind.

Ausgaben zur Förderung mildtätiger und wissenschaftlicher Einrichtungen sind in jedem Falle bis zur Höhe von 5% des Gesamtbetrages der Einkünfte absetzbar, auch dann, wenn die genannten Jahresbeträge überschritten werden.

Übersteigen die Sonderausgaben die festgesetzten Höchstbeträge, so ist der darüber hinausgehende Betrag zur Hälfte abzugsfähig, jedoch nur bis zur Höhe von 7,5% des Gesamtbetrages der Einkünfte und höchstens DM 15000.—.

Für Angehörige der freien Berufe (freipraktizierende Ärzte) sowie für Lohn- und Gehaltsempfänger (angestellte und beamtete Ärzte), welche mindestens 4 Monate vor dem Ende des Veranlagungszeitraums das 50. Lebensjahr vollendet haben, erhöhen sich die genannten Jahresbeträge auf das Doppelte. Der über diese Beträge hinausgehende Teil der Sonderausgaben kann ebenfalls zur Hälfte abgezogen werden, darf aber 15% des Gesamtbetrages der Einkünfte nicht übersteigen.

Die von Lohn- und Gehaltsempfängern (angestellte und beamtete Ärzte) gemachten Aufwendungen für den ersten Erwerb von Anteilen an Bau-, Wohnungs- und Verbrauchergenossenschaften, bzw. Einzahlungen auf Sparverträge mit mindestens dreijähriger Sperrfrist können ohne Rücksicht auf ihre Höhe voll geltend gemacht werden. Beträge, die bis zum 30. Juni 1949 eingezahlt werden, zählen bereits für $\frac{1}{2}$ Jahr festgelegt.

Der Verlustvortrag ist auf die Angehörigen der freien Berufe ausgedehnt worden, jedoch ist für die Ausnutzung dieser Möglichkeit eine „ordnungsmäßige Buchführung“ erforderlich.

4. Außerordentliche Einkünfte

Wissenschaftliche, künstlerische und schriftstellerische Nebenarbeit wird auf Antrag mit einem Vorzugstarif von 10 bis 40% zur Einkommensteuer herangezogen.

II. TÄTIGE REUE

Solange der Steuerpflichtige noch keine Mitteilung darüber erhalten hat, daß die Steuerbehörde ein Untersuchungsverfahren gegen ihn eröffnet hat, kann er mit befreiender Wirkung Selbstanzeige erstatten. Wird von dieser Möglichkeit vor dem 1. Juli 1949 Gebrauch gemacht, so tritt Straffreiheit zugleich auch für Verstöße gegen die Bestandsaufnahme sowie gegen die Preis- und Bewirtschaftungsvorschriften ein. In diesem Falle sind nicht nur die Steuern nachzuzahlen, es ist auch ein Reuezuschlag von 10% der nachzuzahlenden Steuern oder von 10% des abführungspflichtigen Mehrerlöses, den der Steuerpflichtige durch Verstoß gegen die Preisvorschriften erzielt hat, zu entrichten, je nachdem, welcher Betrag größer ist. Die Finanzämter haben auch die Möglichkeit, Pauschbeträge festzusetzen.

III. VERSCHÄRFUNG DER STEUERSTRAFEN

Bei Steuerhinterziehung ist künftig grundsätzlich auf Gefängnis- und Geldstrafe und nur bei mildernden Umständen und geringeren Vergehen auf Geldstrafe zu erkennen. Im Wiederholungsfalle kann die Berufsausübung verboten werden.

IV. STEUERSÄUMNISZUSCHLAG

Um eine pünktliche Einhaltung der Steuerzahlungstermine zu erreichen, sind die Säumniszuschläge verschärft worden. Sie betragen 2% des rückständigen Steuerbetrages für den ersten Monat und 1% für jeden weiteren angefangenen Monat. Für den Fall, daß ein Zahlungstermin nicht pünktlich eingehalten werden kann, ist es wichtig, einen rechtzeitigen und begründeten Stundungsantrag zu stellen.

Vorstehender Überblick zeigt, daß die durch das Gesetz geschaffene Neuordnung den Belangen der freien Berufe nicht gerecht geworden ist. Wohl sind einzelne Erleichterungen festzustellen und die Aussicht vorhanden, daß die

den gewerblichen Unternehmungen gewährten Vergünstigungen, d. h. Bewertungsfreiheit für Ersatzbeschaffung beweglicher Wirtschaftsgüter und Berücksichtigung des nicht entnommenen Gewinns auch für die freien Berufe Anwendung finden, eine wirklich fühlbare Entlastung kann aber nur durch eine angemessene Tarifsenkung erreicht werden. Mögen sich die verantwortlichen Stellen dessen bewußt sein

und im Zuge der dringend notwendigen Steuerreform auch die überhöhten Tarife herabsetzen.

Anmerkung:

Die Mitglieder der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Württemberg werden in Zukunft laufend über alle wichtigen Steuerangelegenheiten unterrichtet.

Wird die Bürokratie triumphieren?

In Nr. 9 vom 1. Mai 1949 der Zeitschrift „Sozialversicherung“ berichtet Dr. Kurt Hatzfeld, Kassel, über Pläne zur Errichtung einer staatlichen Krankenversicherung in den USA und glossiert dabei die Art amerikanischer Ärzte, ihre Kunst mit allen Mitteln privatkapitalistischer Reklametechnik anzupreisen. Wenn er dabei zum Ausdruck bringt, daß er „diese Einstellung keineswegs kritisieren“ wolle, weil sie „aus andersartigen Verhältnissen und einer anderen Entwicklung zu erklären sei“, so sollte man fast meinen, eine derart einsichtige und tolerante Haltung gegenüber extrem andersartigen Auffassungen könnte einen Hoffnungsschimmer bedeuten, daß die „Sozialversicherung“ auch solchen Bestrebungen das notwendige Verständnis entgegenbringt, die von ihrer Auffassung über den Dienst am kranken Menschen gar nicht so grundsätzlich verschieden sind.

Bekanntlich hat ja die deutsche Ärzteschaft schon seit Jahrzehnten „auf Grund der besonderen deutschen Verhältnisse“ aus eigener Kraft und aus eigener Initiative eine Lösung dieser Frage gefunden. Der Dienst am kranken Menschen wird in Deutschland nicht von geschäftlichen Rücksichten bestimmt, jeder Versuch einer Spekulation auf den Geldbeutel des Kranken wird von den deutschen Ärztekammern und von den Berufsgerichten der deutschen Ärzte unahnungsvoll geahndet.

Auch die Sozialversicherung als solche hat, wenn auch erst nach 30 Jahren, diesem ständigen Drängen der Ärzte nachgegeben. Der während einer glücklicherweise überwundenen Zeit von ihr betont vertretene „Herr-im-Hause-Standpunkt“ hätte auf die Dauer vielleicht eher das Gegenteil bewirkt, als einen sittlich hochstehenden, in vollster Verantwortung für das Wohl des Kranken eintretenden Arztstand heranzuziehen. Es ist also auch wohl ein ausgesprochenes Irrtum, daß jemals der Staat in der Lage wäre, durch zentralistische Maßnahmen „auf dem Verordnungswege“ eine gewissenhafte ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Wir haben genügend schlüssige Beweise dafür geliefert, daß eine hervorragende ärztliche Versorgung der Bevölkerung durch die Organisation der freien Arztwahl im Rahmen der zu frei Körperschaftlichen Vertrags- und Kontrollinstanzen

*) „Die Sozialversicherung“, Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Herausgeber Ministerpräsident Stock, Präsident der Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt a. M.

herangebildeten Ärzte-Selbstverwaltung gewährleistet ist. Wir sehen vorderhand noch nirgends eine grundsätzlich bessere Methode, vor allen Dingen nicht dort, wo die ärztliche Versorgung von einer zentralistischen Bürokratie dirigiert und bestimmt wird. Wir können jetzt sogar darauf verweisen, daß die Erzielung einer gleichwertigen ärztlichen Leistung auf dem Wege des Etatismus, wie er etwa in England unter außerordentlich geschickter Umgehung bürokratischer Störungsfaktoren begangen wird, nur mit einem ungleich höheren Kostenaufwand möglich ist. Wir werden uns in Deutschland derart hohe Ausgaben für Gesundheitszwecke auf lange Sicht überhaupt nicht leisten können. Um so mehr müssen wir bedacht sein, jede Erstickung der frei verantwortlichen Arzt-Persönlichkeit durch bürokratische Fesseln, deren Folgen am schlimmsten für den Patienten sein müßten, mit aller Kraft zu verhindern.

Nebenbei gesagt, fällt es uns aber auch sehr schwer zu glauben, daß es den amerikanischen Ärzten bei ihrem Widerstand gegen die Pläne für ein „National Health Insurance Board“ lediglich darum geht, „wirtschaftliche Interessen in einer Weise“ zu vertreten, „die für das deutsche Publikum, das derartiges nicht kennt, erstaunlich wäre, sofern ein Gleiches hier geschähe“. Wir halten uns vielmehr für berechtigt anzunehmen, daß zumindest die nur allzu verständliche Furcht vor dem Verlust der eigenen Gewissensfreiheit an ein übermächtiges anonymes und bürokratisches Organisations-System einen stark bestimmenden Einfluß auf die Entscheidungen unserer amerikanischen Berufskollegen ausübt. Wir glauben auch nicht, daß man diese Frage mit einfacher Schwarz-Weiß-Malerei über das Thema „Krankheitsbehandlung als Sache der Privatinitiative oder als öffentliche Angelegenheit“ übertünchen kann. Wenn auch diese Methode für den innerpolitischen Gebrauch in Deutschland immer recht vorteilhaft zu sein scheint, so glauben wir doch, daß alle und am meisten die Versicherten daran interessiert sein müßten, aus solch falscher Schau entspringende vordergründige Scheinlösungen zu verhindern.

„Dies ist in der Tat heute die moralische Existenzfrage der Menschheit! Nicht bloß die physische, sondern die psychische und damit die ethische Verknechtung steht bevor, wenn diese Aufgabe nicht auf solche Weise bewältigt wird, wie die deutsche Ärzteschaft dies in ihrem klassischen Daseinskampfe vorgezeichnet und vorgebildet hat.“ (Hellpach.)

Wir fragen uns: Sieht die „Sozialversicherung“ heute diese Zusammenhänge?
Dr. Oeter

Bekanntmachungen

Bekanntmachung des Innenministeriums über die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Württemberg-Baden im Jahr 1949

Ärzte, die zur Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst im Jahr 1949 zugelassen werden wollen, haben ihre Gesuche spätestens bis 15. Juli 1949 beim Innenministerium, Stuttgart-W., Reinsburgstraße 32, einzureichen.

Die Prüfung wird gemäß der VO. des Staatsministeriums über die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst vom 8. März 1923 (Reg. Bl. S. 119) in Verb. mit der VO. vom 18. Dezember 1937 (Reg. Bl. 1938 S. 1) abgehalten.

Das Innenministerium entscheidet über die Zulassung. Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung ist, daß der Bewerber nach der Bestallung als Arzt eine mindestens dreijährige Beschäftigung in der ärztlichen Praxis nachweisen kann. Das Innenministerium kann im Einzelfall auch eine andere ärztliche Tätigkeit anerkennen, insbesondere bei Ärzten, die schon einige Zeit bei einem Gesundheitsamt verwendet sind.

Dem Zulassungsgesuch sind beizulegen:

1. die Bestallungsurkunde,
2. der Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer Universität in Deutschland (Doktor Diplom), bzw. bei Flüchtlingen an einer anderen Universität,
3. der Nachweis, daß der Bewerber während oder nach Ablauf der Studienzeit an einer deutschen Universität (bzw. einer anderen Universität)
 - a) eine Vorlesung über gerichtliche Medizin besucht,
 - b) sich mindestens ein Halbjahr lang an einer psychiatrischen Klinik als Praktikant mit Erfolg betätigt hat,
4. der Nachweis, daß der Bewerber einen dreimonatigen Lehrgang an einer Akademie für Staatsmedizin mit Erfolg besucht hat,
5. der Nachweis, daß der Bewerber je an einem vollständigen pathologisch-anatomischen, hygienisch-bakteriologischen und gerichtlich-medizinischen Kurs an einem deutschen Universitätsinstitut, bzw. bei Flüchtlingen an einem anderen Universitätsinstitut teilgenommen sowie

eine mindestens dreimonatige Tätigkeit als Hilfsassistent an einer psychiatrischen Klinik abgeleistet hat; die Kurse können auch an einer Akademie für Staatsmedizin abgeleistet sein. Die Nachweise sind durch die Zeugnisse der Fachlehrer, des Akademievorstandes usw. zu erbringen,

6. ein eigenhändig geschriebener Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien und die Beschäftigung nach der Bestallung darzulegen sind.

Die Nachweise Nr. 1 bis 5 sind in beglaubigter Abschrift vorzulegen. Statt der Nachweise Nr. 5 können ausnahmsweise auch Nachweise über eine auf anderem Weg erlangte Ausbildung als vorschriftsmäßig erachtet werden, wenn der Prüfungsausschuß diese Ausbildung als gleichwertig und die Gründe für den andersgearteten Bildungsgang als triftig anerkannt hat.

Ärzte aus dem Landesbezirk Baden haben ihre Zulassungsgesuche über den Herrn Präsidenten des Landesbezirks

Baden, Abt. Innere Verwaltung Karlsruhe, ebenfalls bis spätestens 15. Juli 1949 zu übersenden.

Die Prüfungsgebühr einschließlich Prüfungskostenbeitrag beträgt insgesamt 110 DM.

Sportärzte-Treffen am 26. 6. 1949

Die südwestdeutschen Sportärzte treffen sich am 26. 6. 1949 von 9 bis 16 Uhr in den Räumen des Vereins Christl. Junger Männer in Stuttgart-Degerloch (bei den Sportplätzen).

Hauptthemen:

- Ausgleich von Haltungsverfehlern,
- Leibesübungen für Körperversehrte,
- Einrichtung sportärztlicher Beratungsstellen,
- Leibesübungen für körperschwache Kinder.

Um baldige Anmeldung bittet Prof. Dr. Heiss, Landessportbund, Stuttgart, Rote Str. 2 a.

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

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

Berufsordnung und Berufsgerichtsbarkeit

Es besteht Veranlassung darauf hinzuweisen, daß die Berufsordnung für die deutschen Ärzte vom 5. 11. 1937 keineswegs außer Kraft gesetzt ist. Die Bestimmungen der Berufsordnung gelten nach wie vor für alle Ärzte.

Eine gesetzliche Neuregelung der Berufsgerichtsbarkeit für Ärzte ist in absehbarer Zeit zu erwarten.

Heimkehrerbetreuung im Genesungsheim des Evangelischen Hilfswerks in Oberstenfeld

1. Heimkehrer, die auf ihrem Entlassungsschein einen Entlassungsort in Nord-Württemberg, also in der amerikanischen Zone haben, oder dort ansässig sind, können durch den Württembergischen Landesfürsorgeverband in Stuttgart-W., Lindenspürstraße Nr. 39, einen 4—8wöchigen Erholungsaufenthalt im Genesungsheim Oberstenfeld kostenlos erhalten. Sie bekommen außerdem ein Krankengeld von 2.25 DM täglich ausbezahlt.

Folgender Weg ist dazu einzuschlagen:

- a) Der Heimkehrer geht zu dem Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt Württemberg — in Stuttgart, Rotebühlstraße Nr. 133. Der Vertrauensarzt sendet ihn

mit entsprechendem ärztlich befürwortetem Antrag zur Landesfürsorge, Stuttgart-W., Lindenspürstraße 39, von wo aus er auf seinen Wunsch hin in das Genesungsheim Oberstenfeld eingewiesen wird.

- b) Ist der Heimkehrer bereits im Besitz des Bescheides über gewährte freie Heilbehandlung, die bekanntlich jeder Heimkehrer nach dem KB-Leistungsgesetz bei der Landesversicherungsanstalt Württemberg in Stuttgart beantragen kann, so kann er den Antrag auf Erholungsaufenthalt in unserem Heim auch bei der für ihn zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse stellen.

Wichtig!

Der Antrag auf Erholungsaufenthalt muß innerhalb von 3 Monaten nach Rückkehr aus der Gefangenschaft gestellt werden; später wird er nicht mehr berücksichtigt, oder nur noch in dringenden Notfällen.

2. Heimatlose, die schon länger aus der Gefangenschaft zurückgekehrt, aber noch leidend und Krankengeldbezieher sind, und bei denen eine Erholung nötig ist, werden in solchen Fällen der Not bei uns aufgenommen gegen Abtretung von ca. 1.50 DM ihres Krankengeldes, so daß sie pro Tag 0.75 DM für sich zurückbehalten.

3. Erholungsuchende können ihren Urlaub hier verbringen. Entschädigung 2.50 bis 3.— DM täglich.

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Denzenberg, Telefon 22 62

Zusammensetzung des Ehrengerichtes und der Ehrenräte

Nach Abschluß der Wahlen gebe ich nachstehend die Zusammensetzung des Ehrengerichtes und der Ehrenräte der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern bekannt:

Ehrengericht

Ärztliche Mitglieder: Dr. Dobler, Tübingen
Prof. Kretschmer, Tübingen
Dr. Kohler, Schweningen

Ersatzmänner: Dr. Boesmann, Tuttlingen
Dr. Gärtner, Ebingen
Dr. Doerfler, Biberach

Ehrenräte

I. Kreise Calw, Freudenstadt und Horb

Vorsitzender: Dr. Dordt, Horb
1. Beisitzer u. stellv. Vors.: Dr. Breyer sen., Freudenstadt
2. Beisitzer: Dr. Vesenmayer, Wildberg
1. Ersatzmann: Dr. Graubner, Bad Teinach
2. " Dr. Camerer jun., Freudenstadt
3. " Dr. Horsch jun., Feldrennach

II. Kreise Balingen, Rottweil und Tuttlingen

Vorsitzender: Dr. Kohler, Schweningen
1. Beisitzer u. stellv. Vors.: Dr. Beck, Schramberg
2. Beisitzer: Prof. Dr. Thies, Trossingen

1. Ersatzmann: Dr. Ilg, Schweningen
2. " Dr. Pape, Ebingen
3. " Dr. May, Spaichingen

III. Kreise Münsingen, Reutlingen und Tübingen

Vorsitzender: Dr. Kübler, Fritz, Reutlingen
1. Beisitzer u. stellv. Vors.: Dr. Rieger, Tübingen
2. Beisitzer: Dr. Knauer, Münsingen
1. Ersatzmann: Dr. Kober, Paul, Reutlingen
2. " Dr. Zoller, Tübingen
3. " Dr. Schwarzkopf, Münsingen

IV. Kreise Biberach, Saulgau und Ehingen

Vorsitzender: Dr. Degenhard, Eberhardzell
1. Beisitzer u. stellv. Vors.: Dr. Christ, Ehingen
2. Beisitzer: Dr. Mißmahl sen., Riedlingen
1. Ersatzmann: Dr. Rögele, Ochsenhausen
2. " Dr. Kerner, Munderkingen
3. " Dr. Linz, Buchau

V. Kreise Ravensburg, Tettng und Wangen

Vorsitzender: Dr. Brügger, Wangen
1. Beisitzer u. stellv. Vors.: Dr. Visino, Aulendorf
2. Beisitzer: Dr. Holzberger, Friedrichshafen
1. Ersatzmann: Dr. Ziegler, Aichstetten
2. " Dr. Bayer, Alberskirch
3. " Dr. Lehner, Tettng

VI. Kreise Sigmaringen und Hechingen

Vorsitzender:	Dr. Huetlin, Sigmaringen
1. Beisitzer u. stellv. Vors.:	Dr. Kaufmann, Hechingen
2. Beisitzer:	Dr. Selbherr, Ostrach
1. Ersatzmann:	Dr. Luz, Hechingen
2. "	Dr. Heitzler, Burladingen
3. "	Dr. Burkarth, Gammertingen

Nach § 15 Abs. 8 können Einwendungen gegen die Wahl von Ehrenratsmitgliedern von den wahlberechtigten Ärzten binnen 8 Tagen nach Veröffentlichung des Wahlergebnisses bei der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern angebracht werden, die endgültig darüber entscheidet.

Der Präsident der Ärztekammer:
Dr. Dobler.

Einladung

zu einem Fortbildungskursus in Wangen im Allgäu

Vom 23. bis 26. Juni 1949 findet für die ärztl. Kreisvereine des Oberlandes ein Fortbildungskursus in der Kinderheilstätte Wangen statt.

Es sind folgende Referenten vorgesehen:

- Herr Prof. Bennhold, Tübingen: „Krankheitsabwehr und Blut-eiweißbild“,
Herr Prof. Butenandt, Tübingen: „Vitamine und Hormone“,
Herr Prof. Häffner, Tübingen: „Neue Therapeutika“,
Herr Prof. Kretschmer, Tübingen: „Suggestion, Psychoanalyse und Training“,
Herr Prof. Letterer, Tübingen: „Tumor und Tumorentstehung“,
Herr Prof. Mayer, Tübingen: „Hormontherapie in Geburtshilfe und Gynäkologie“ — „Rhesusfaktor“,
Herr Prof. Naegeli, Tübingen: „Thoraxchirurgie“,
Herr Prof. Nitschke, Tübingen: „Die spinale Kinderlähmung“,
Herr Prof. Parade, Lindau: „Thyreotoxikose und Struma-probleme“,
Herr Dozent Dr. Bauer, Tübingen: „Der heutige Stand der Therapie mit Röntgen-Radium-Strahlen, Ultraschall- und Ultrakurzwellen“,
Herr Prof. Bock, Tübingen: „Chemotherapie von Leukosen, Lymphogranulomatosen und Tumoren“,
Herr Dr. Ferstl, Wangen: „Ausgewählte Kapitel aus der Knochenchirurgie“,
Herr Dr. Rothmund, Wangen: „Das Herz und seine Behandlung“.

Beginn der Referate am 23. und 24. Juni 1949, 17 Uhr, am 25. Juni 1949, 14.30 Uhr.

Am Sonntag, dem 26. Juni 1949, 8.30 Uhr, wird Dr. Dobler über Ständesfragen sprechen. Es wird sich ein Colloquium über ärztliche und standesärztliche Fragen anschließen, die sich aus den Vorträgen ergeben.

Abschließend wird Sonntag nachmittag 17 Uhr ein geselliges Beisammensein der Teilnehmer mit ihren Familien im „Adler“ in Großholzleute stattfinden.

Die Kreisvereine erhalten noch Mitteilung der Veranstaltungsfolge nach deren endgültiger Festlegung.

Anmeldungen von Quartieren bis 20. Juni 1949 an Herrn Dr. Rommel, Leutkirch, Fernruf 2 10.

Ich lade alle Kollegen des Oberlandes zur Teilnahme an diesem Fortbildungskursus ein.

Der Präsident der Ärztekammer:
Dr. Dobler.

Nachruf

für Herrn Landrat a. D. Dr. jur. Karl Haegele, Calw

Ende April ist der Justitiar der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Herr Dr. Haegele, nach langer, schwerer Krankheit im 47. Lebensjahr allzu früh verstorben. Die Ärztekammer verliert in diesem hervorragenden Verwaltungsjuristen, der sich schon um den Wiederaufbau des staatlichen Gesundheitswesens unter Dr. Dobler und Dr. Huwald überragende Verdienste erworben hatte, ihren zuverlässigsten, stets hilfsbereiten Rechtsberater. Der Entwurf des württembergischen Ärztekammergesetzes vom Juni 1946, der Satzungen der Ärztekammer, ihrer Wahl- und Berufsordnung, ihrer Facharztanerkennung und ihrer Ehrenratsordnung sind sein Werk. Mit seiner überragenden Sachkenntnis in allen Verwaltungsfragen, seinem unbestechlichen Rechtsgefühl, verbunden mit einem weltweiten Blick für kommende Entwicklungen, hat er sich um die Ärzteschaft Württembergs mehr Verdienste erworben, als in einem kurzen Nachruf gesagt werden kann. Der schwäbische Sprachgebrauch kennt für das Wort „Nachruf“ das schönere; „Danksagung“. Wir danken dem Heimgegangenen die Treue, die er uns bis in die letzten Tage seiner schweren, hoffnungslosen Krankheit tatkräftig gehalten hat. Das Wort Treue hat viel von seinem alten goldenen Glanz verloren und ist oft zu einer abgegriffenen Münze geworden, wird verwechselt mit „Gehorsam“, der uns Deutschen so leicht fällt. Dieser ist Statik, Treue aber lebendigste Dynamik: Wille und Kraft, seiner inneren Haltung und Zielsetzung getreu jeder Entscheidung persönlich, unvoreingenommen und unkonventionell entgegenzutreten und sie mutig zu erkämpfen. Dr. Haegele war diese Treue gegen sich selbst, sein Gewissen und seine Überzeugung in seltenem Maße zu eigen. Wie Dr. Huwald wurde auch Dr. Haegele, beide in einer mehr als nur äußeren Schicksalsgemeinschaft zusammengeführt, geleitet von einem unbeugsamen Willen zur Gerechtigkeit und einer tiefen Güte des Herzens, die ihm schon die uneingeschränkte Achtung und Verehrung seines Landkreises Calw eingetragen hatte und ihm in seiner Arbeit für Gesundheitswesen und Ärztekammer Vertrauen und Dank aller württembergischen Ärzte erworben hat. Frühvollendet hat er das Höchste erreicht, was Menschen beschieden sein kann: eine lautere, starke Persönlichkeit zu sein, deren verpflichtendem Vorbild die Ärzte Württembergs Treue halten wollen.

Dr. Dobler.

ARZTEKAMMER NORD-BADEN

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Es sind folgende Kassenarztstellen neu zu besetzen:

Bruchsal-Land:

Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt in Ostringen, ab 1. Oktober 1949.

Heidelberg-Stadt:

Kassenarztstelle für einen praktischen Arzt in Heidelberg.

Die Bewerbungen für obige Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes beim zuständigen Zulassungsausschuß der KV.-Bezirksstelle Karlsruhe, bzw. beim Zulassungsausschuß der KV.-Bezirksstelle Heidelberg einzureichen.

Die Bewerber haben den Nachweis zu erbringen, daß sie die Bedingungen der Vorbereitungszeit für die kassenärzt-

liche Tätigkeit gemäß der Zulassungsordnung vom 21. April 1948 erfüllt haben.

Außerdem sind an Unterlagen einzureichen:

- Geburtsurkunde,
- Heiratsurkunde,
- Approbationsurkunde,
- beglaubigter Nachweis der Kinderzahl,
- Staatsangehörigkeitsnachweis,
- Bescheinigung über die Eintragung ins Arzregister,
- 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