

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1951

5 (1.5.1951)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus

unter Mitwirkung von Dr. med. Hans-Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. med. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. med. Hans Kraske,
Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 5

STUTTGART, MAI 1951

6. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Prof. Dr. Kohlrausch:	Reflexzonenmassage	89
Dr. Fritz u. Dr. Starz:	Die Sprechstundenhilfe des Arztes	92
Dr. Frommhold:	Die medizinisch-technische Assistentin	93
Dr. Maxen:	Die Krankengymnastin	94
Reg.-Dir. a. D. Rüd:	Die Steuerbuchführung der Ärzte	95
Buchbesprechung		99
Bekanntmachungen		99
Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.		100
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern		101
Ärztekammer Nord-Baden e. V.		107
Landesärztekammer Baden		108
Presse- und Informationsstelle der Württ. Ärzteschaft		109
Verband der Ärzte Deutschlands, Landesstelle Nord-Baden		109
Abseits		110
Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 13. bis 16. Woche 1951		110

Am Samstag, den 26. Mai 1951, findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Thema des Tages: „Chemotherapie und antibiotische Therapie“

Näheres siehe Seite 100

Reflexzonenmassage

Von Prof. Dr. med. W. Kohlrausch, Marburg

Seit 1937 erstmalig von mir über die reflektorischen Wechselbeziehungen zwischen inneren Organen und Skelettmuskulatur und ihre therapeutische Ausnutzbarkeit¹ berichtet wurde, ist von diesem Verfahren häufig Gebrauch gemacht worden. Die Beeinflussung geschah — wie noch näher ausgeführt wird — durch die entspannende Vibration hypertotonischer muskulärer Bezirke, die den Headschen Zonen im allgemeinen zugehörten. Einen besonderen Auftrieb bekam diese Therapie durch die von Frau Dicke erfundene und bei uns nachgeprüfte, mit ihr gemeinsam publizierte Bindegewebsmassage. Da über deren Wirkungen sowie überhaupt über die Wirkung der kunstvoll ausgeführten gezielten Massage vielfach noch Unklarheiten bestehen, bin ich der Auf-

forderung der Schriftleitung gerne gefolgt, darüber zu berichten.

Es muß angenommen werden, daß nicht nur vom Organ über seine versorgenden sympathischen Ganglien, die rami communicantes, und das Rückenmark, bzw. die Spinalganglien, eine Verbindung zur Körperdecke besteht (Headsche reflektorische Zonen), sondern daß ebenso der umgekehrte Weg vom Körper benutzt wird.

Am besten ist das mit der Scheidtschen Synallaxe-Theorie erklärt, die annimmt, daß praktisch das gesamte Nervensystem in einer korrelativen Erregungsbeziehung zueinander steht. Jede gereizte Nervenzelle würde ihren erhöhten Reizzustand auch allen übrigen Nerven des Körpers, in erster Linie den benachbarten, also z. B. denen gleicher Segmenthöhe, weiterleiten. So erklärt

¹ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde Bd. 144, 205, 1937.

sich die Leitung vom Organ zur Oberfläche, ebenso aber auch die von der Oberfläche zum Organ. Und ebenso werden die häufigen Überschreitungen der Segmentgrenzen, die Irradiationen verständlich.

Während Head nur von den Änderungen der Sensibilität gesprochen hat, wies Mackenzie etwa zur gleichen Zeit nach, daß die Muskulatur im Bereich der Dermatomhypertonische Veränderungen zeigte, und Hansen hat — ähnlich wie Frau Dicke das fand, und wir das gemeinsam mit ihr publiziert haben — Veränderungen in der Resistenz der Haut und Unterhautdecke beschrieben. Diese Veränderungen sind seit Mackenzie immer wieder als Schutzmaßnahmen des Körpers beschrieben worden (Versteifung der schützenden Decke, *defense musculaire*). Infolgedessen müssen sie logischerweise solange unangetastet bleiben, als sie ihre schützende Aufgabe zu erfüllen haben. Ebenso muß aber erwartet werden, daß sie wieder verschwinden, wenn eine Organerkrankung abklingt. Dies ist auch im allgemeinen der Fall. Bleiben diese Erscheinungen jedoch bestehen, was relativ häufig vorkommt, so lösen sie nun den rückläufigen Reflex aus. Es kommt zur Funktionsstörung am inneren Organ. So sehen wir z. B. am Herzen Rhythmus- und Schlagfolgestörungen, wie Tachykardien, Extrasystolie, aber auch Schmerzen, die am Herzen empfunden werden und ihre Ursache in einem Hypertonus der Intercostalmuskulatur in den meist befallenen Zwischenräumen 3 und 4 haben. Am Magen kann es zu ausgeprägten Motilitätsstörungen und im Gefolge zum Ulcus kommen.

In diesen Mechanismus greift die Reflexzonenmassage ein. Die genannten (muskulären und bindegewebigen) Zonen finden sich meist nebeneinander in der Haut bzw. Unterhaut wie in der Muskulatur, und die Behandlung kann an beiden Geweben ansetzen. Die Muskelzonen treten meist in Form sogenannter Maximalpunkte auf; für das Herz finden sich z. B. strohhalmstarke hypertensive Stränge in den Fasern des Rhomboideus, die vom 3. und 4. B. W. D. ausgehen, und wiederum hypertensive Bezirke in den intercostalen Muskeln des 3. und 4. I. C. R. vorn, während die übrigen dem Herzen zugehörigen Segmentteile völlig frei sein können. Für Galle und Leber ist meist nur der 8. I. C. R., der obere Abschnitt des Rectus, die obere Partie des Psoas, und ein feiner Streifen im Obliquus internus hypertensisch, während segmentmäßig das 6.—9. oder 10. Dorsalsegment betroffen sind.

Diese Maximalpunkte im Bereich der Zonen gilt es in den normalen Spannungsgrad zurückzubringen. Das geschieht mittels der feinen Vibration. Der Hypertonus wird vom Rande her bearbeitet. Der Finger gleitet am besten unter reichlichem Gebrauch von Paraffinum liquidum rund um die hypertensive Zone, bis dieselbe nicht mehr fühlbar ist, oder doch zumindest im Spannungsgrad nachgelassen hat. Sind mehrere solcher Maximalpunkte vorhanden, so braucht häufig nur der hervorstechendste behandelt zu werden, um auch die anderen Maximalpunkte zur Entspannung zu bringen.

Vorgehen und Erfolg mit der Behandlung durch die Vibration mögen die beiden folgenden Krankheitsgeschichten anschaulich machen.

Krankengeschichte I

56jährige Patientin mit einer Cholecystopathie, die seit Jahren fast täglich Gallenattacken auslöst und bisher therapieresistent war. Es findet sich ein Hyper-

tonus im 8. I. R. rechts, der mit feiner Vibration behandelt wird. Nach zweimaliger Vibration schwindet der Hypertonus, und die Gallenattacken hören auf. Sie kehren auch in mehrjähriger Beobachtungszeit nicht wieder.

Krankengeschichte II

38jährige Patientin, Cholecystopathie, Hypertonus des 8. I. R. rechts. Die Vibration desselben bringt deutliche, aber nicht anhaltende Besserung, obgleich der beschriebene Hypertonus verschwunden ist. Beim weiteren Suchen findet sich im M. obliquus int. rechts zwei Querfinger unter dem Rippenbogen ein strohhalm dünner 5 cm langer hypertensischer Strang. Nach zehnmütiger Vibration ist dieser nicht mehr fühlbar. Gleichzeitig verschwinden die häufigen Gallenbeschwerden und kehren auch in längerer Beobachtungszeit nicht wieder.

Die bindegewebigen Zonen umfassen im allgemeinen mehr und deutlicher das gesamte Segment. Also für die Galle die Segmente D 6—9 oder 10 usw. Innerhalb der Zonen finden sich ebenfalls vielfach Maximalpunkte. Während die Zonen für die verschiedenen Organe sich teilweise überschneiden, sind meistens einzelne der Maximalpunkte doch organcharakteristisch. Das ist auch von diagnostischem Wert. Mehrfach schon gelang in unklaren Fällen der Hinweis auf das erkrankte Organ durch die Zone.

Zur Erkennung dieser Bindegewebsveränderungen bedarf es einer ganz besonderen Technik. Der Arzt ist gewohnt, durch sagittalen Druck, also von der Oberfläche in die Tiefe zu palpieren. Bei dieser Palpation ist aber die Resistenzerhöhung im Unterhautgewebe nicht, oder doch nur schwer tastbar. Schiebt man aber den tastenden Finger seitlich, also tangential vor, indem man sich bemüht, den Druck in die Unterhautschicht zu legen, so schiebt man eine breitere Fläche des Unterhautgewebes in sich zusammen. Dabei ist der Unterschied gegen ein normales Unterhautgewebe viel deutlicher.

Durchstreicht man das Unterhautgewebe in dieser Weise, so antwortet es mit charakteristischen Reaktionen. Darauf basiert die Bindegewebsmassage. Ihre Technik läßt sich folgendermaßen beschreiben:

Der 3. oder 4. Finger wird mit seiner Fingerbeere so in das Gewebe gesetzt, und tangential durchgezogen, daß der Druck in der Tiefe des Unterhautgewebes, oder je nach Wunsch in der Lederhaut, bzw. in den Fascien liegt. Bei Vorhandensein der besprochenen pathologischen Resistenz stößt der Finger gewissermaßen gegen eine Wand an. Im Bereich der inneren Organe liegen die Segmentgrenzen etwa dem Verlauf der Rippen folgend. Wir tasten uns heran, indem wir aus dem Winkel zwischen langem Rückenstrecker und Beckenkamm ziemlich steil aufwärts gleiten, bis wir die Wand finden.

Nun bearbeiten wir sie, indem wir dem kaudalen Rand dieser Wand folgend, den Finger mit sanftem Druck an diesem Rand entlangziehen. Die Dermatombegrenzungen werden im allgemeinen mit langen Strichen behandelt, die Maximalpunkte mit kurzen Strichen umrandet. Das pathologische Gewebe antwortet beim richtigen Durchstreichen mit dem sogenannten schneidenden Schmerz. Vielfach kommt es auch zur Dermografia alba, die über viele Stunden bestehen bleiben kann. Gleichzeitig entsteht in der Fingerbeere des Behandlers ein Gefühl, das ich als Reibeisengefühl bezeichnet habe, und was von Frau Dicke und vielen meiner Schülerinnen als elektrisches Kribbeln empfunden wird. Nach einer Reihe

von Strichen pflegt die betreffende Zone ihre Spannungserhöhung aufzugeben oder doch mindestens schmaler zu werden. Es kann angenommen werden, daß die streichende Fingerbeere eine gewisse Dehnwirkung auf die Bindegewebsfaser ausübt, und daß die letztere auf die sanfte Dehnung mit einer Entspannung antwortet, wie das ja auch aus der sanften schüttelnden Dehnung von Narben bekannt ist. Während also die Längsstreichung der Zone vom Rande her die Entspannung bringt, kann die quere Durchstreichung derselben ein Anspringen zur ursprünglichen Härte nach sich ziehen; damit können schlagartig die alten Beschwerden wieder einsetzen.

Im Bindegewebe unterscheiden wir sogenannte Quellzonen und Dellzonen. Bei ersteren hat man das Gefühl einer Gewebsschwellung bei gleichzeitiger Resistenz-erhöhung. Die Dellzonen sind auf ihrer Unterlage schwer verschiebbar, die Haut ist sichtbar eingezogen. Das lockere Bindegewebe zwischen Haut und darunter gelegenen Gewebe — also meistens Muskelfascie — ist geschrumpft.

Beide Zustände, sowohl Quell- wie Dellzonen sind mit der genannten Strichtechnik angebar. Nach etwa 6 bis 20 Strichen wird die Entspannung gefühlt. Grundsätzlich beginnen wir am kaudalen Rande der tastbaren Zone. Das ist besonders bei den vielfachen irradiierenden Ausbreitungen der Zonen zu beachten. Die Herzzone, die z. B. an sich auf D 2—5 beschränkt ist, kann am unteren Rippenrand eine zweite schwächere Resistenzzone bilden. Außerdem finden wir bei fast allen inneren Erkrankungen, ja selbst denen des Schultergürtels, Verspannungen über dem Kreuz. Bei den Erkrankungen der Schulter, z. B. bei der Periarthritis humero-scapularis, muß man daran denken, daß die Muskeln des Schultergürtels mit dem Latissimus dorsi bis in die Kreuzbein-gegend herunterreichen.

Merkwürdigerweise haben die kaudalen Zonen die stärkere Einwirkung auf das Bestehenbleiben funktioneller Störungen. Es kann sein, daß bei dem erwähnten Krankheitsbild der Schultersteife in längerer Behandlung die Freiarbeitung der Schulter zwar für einen Tag eine Linderung bringt, daß dann aber die Zone wieder neu anspringt. Umgekehrt besteht die Möglichkeit, daß allein die Freiarbeitung der Kreuzgegend genügt, um eine rasche und deutliche Spannungsverminderung um das Schultergelenk zu erreichen, ohne daß die Schulter behandelt wäre. Wegen der Häufigkeit und der besonderen Bedeutung der bindegewebigen Veränderungen über dem Kreuz wird schulmäßig praktisch keine Bindegewebsbehandlung reflektorischer Zonen ausgeführt, die nicht mit der Durcharbeitung des Kreuzes beginnt. Die Bearbeitung der Gegend des Kreuzes, der Lendenwirbelsäule und der oberen Beckenpartie wird als „kleiner Aufbau“ bezeichnet.

Beim gleichzeitigen Bestehen muskulärer und bindegewebiger Zonen genügt meistens die Bearbeitung eines Gewebes. Gelingt z. B. die Herabsetzung der Resistenz im Bindegewebe — von uns im allgemeinen als Entspannung bezeichnet — so pflegt auch der Hypertonus der muskulären Zone zu verschwinden. Umgekehrt kann die Entspannung der Muskulatur auch die Entspannung der bindegewebigen Zone nach sich ziehen. Nur wenn stärkere Bindegewebszonen im Kreuz vorhanden sind, müssen diese immer behandelt werden.

Die Frage, ob die muskuläre Behandlung durch die Vibration oder die Bindegewebsmassage anzuwenden ist, kann dahin beantwortet werden, daß der auffälligere Befund das therapeutische Handeln bestimmt.

Entgegen dem Vorgehen vieler Krankengymnastinnen, die nur die Bindegewebsmassage ausüben, ist nach meinen Erfahrungen die Vibrationsbehandlung der muskulären Zonen in etwa 40—50% vorzuziehen, weil die Vibration nicht selten die Zone und damit das Leiden in einer einzigen Behandlung zum Verschwinden bringt. Sie ist nur dann nicht oder nicht allein anwendbar, wenn kaudal gelegene, vor allem Kreuzzonen im Bindegewebe vorhanden sind. Ist aber der Bindegewebsbefund vorstehend, so wähle ich (demnach in 50—60%) die Bindegewebsmassage.

Viele Behandler ziehen die Bindegewebsmassage vor, weil die längere Vibration sie ermüdet. Das ist nicht der Fall, wenn die Technik richtig beherrscht wird, denn wenn die Vibration völlig automatisiert ist, kann sie ohne jedes Ermüdungsgefühl eine halbe Stunde und länger ausgeführt werden. Beide Formen, sowohl die Vibration der muskulären Zonen wie die Bindegewebsbehandlung, sind zeitraubende Behandlungen, die jeweils mindestens eine halbe Stunde beanspruchen. Ihr Erfolg ist weitgehend von der Dosierung abhängig.

Behandelbar sind nach dem Gesagten alle reflektorisch ausgelösten funktionellen Störungen. Deren Zahl ist groß. Bei den inneren Erkrankungen gehören hierzu z. B.: der nach einer Tracheitis zurückbleibende tracheale Reizhusten, das Asthma, die funktionellen Herzstörungen, vor allem die Angina pectoris vasomotorica, die Obstipation, u. a. m. Eine Sonderstellung nimmt das Ulcus ventriculi ein. Beim häufig rezidivierenden Ulcus kann durch eine von der ersten Erkrankung zurückbleibende Zone immer wieder die Motilitätsstörung der Magenwand ausgelöst werden. Bleibt in einem unbewegten Stück der Magenwand der Magensaft längere Zeit an gleicher Stelle stehen, so kann das zur Geschwürbildung der Anlaß sein. In diesem Fall weichen wir von dem Grundsatz ab, bei entzündlichen Erkrankungen die mechanische Behandlung zu unterlassen. Es ist überraschend, wenn nach der ersten Bearbeitung bestehender Magenstörungen, die das Gewebe zur Entspannung brachte, sofort die Motilität einsetzt und das Geschwür innerhalb von ein bis zwei Tagen abheilt. Voraussetzung ist natürlich, daß keine echte Narbenbildung schwereren Grades in der Magenwand vorhanden ist. Es ist uns oft gelungen, Magengeschwüre, die jährlich mit Regelmäßigkeit ein- oder zweimal wiederkehrten, völlig zum Verschwinden zu bringen. Ähnlich ist es mit den Gallenblasenstörungen funktioneller Natur, deren Anfälle im wesentlichen durch Störung ihrer Motilität ausgelöst werden.

Von dem Prinzip, nur die funktionellen Erkrankungen zu behandeln, wird ferner bei den chronischen Entzündungen abgewichen. Bei diesen, z. B. solchen der Gallenblase, entwickelt sich früher oder später eine Zone, die rückläufig reflektorisch Gallenattacken auslösen kann. Damit ist nicht nur das organische Leiden, sondern auch die funktionelle Reflexauslösung anfallbedingend. Kann man diesen Anteil beseitigen, so pflegen die Anfälle leichter und seltener aufzutreten.

Eine besondere Bedeutung hat die Bindegewebsbehandlung bei den Angiospasmen bekommen. Die Gefäße stehen über den Sympathicus ebenfalls mit den

Dermatomen in Verbindung. Bei den Beinen sind es die lumbalen Zonen, in denen sich charakteristische, z. T. sehr hochgradige Veränderungen finden. Neuere Arbeiten von Völker lassen erkennen, daß die Bindegewebsbehandlung selbst der Grenzstrangblockade in der Wirkung überlegen sein kann und daß Temperatursteigerung in der befallenen Extremität nach der Behandlung der kreuznahen lumbalen Segmente beobachtet wurden, auch nachdem die unteren Grenzstrangganglien operativ entfernt waren.

Die lumbalen Segmente sind auch bei der Ischias, bei der lumbalen Discushernie, bei den Beinbeschwerden, die vielfach gegen alle Erwartung nach Frakturen nicht verschwinden wollen, für die Unterhaltung des Leidens mit verantwortlich. Ebenso ist die Wirkung der Bindegewebsmassage bei dem Heer der chronisch rheumatischen und rheumatoiden Erkrankungen deutlich. Die bindegewebigen Polster lassen sich örtlich, die von hier ausgelösten lumbalen Zonen durch die Kreuz-Beckenbehandlung günstig beeinflussen. Allerdings darf nicht vergessen werden, die praktisch immer hypertone Muskulatur gleichzeitig mit durchzuarbeiten.

Die Technik der Behandlung ist sowohl für die Muskulatur als auch für das Bindegewebe sehr differenziert. Die feinen hypertonen Stränge der muskulären Reflexzonen können durch grobe Zirkelknetungen gereizt, durch feine Vibrationen entspannt werden. Die myogelotisch veränderten Muskeln der Kniekehle bei chronisch rheumatisch verändertem Kniegelenk dagegen reagieren nicht auf die Vibration, sondern verlangen die Knetung. Die bei den Gefäßerkrankungen auftretenden starken delligen Einziehungen über dem Gesäß können

bei der Bindegewebsmassage einen starken Druck der ziehenden Fingerbeere notwendig machen. Die Zone bei einer Angina pectoris vasomotorica würde bei ähnlichem Druck einen Anfall auslösen können, während die zarte Streichung am unteren Rande der Zone die Anfälle beseitigen hilft.

Man sieht, diese Therapie greift bei jenen Leiden ein, die dem Arzt viel Kopfzerbrechen und Kummer machen können, eben weil kein organischer Befund das Leiden rechtfertigt, aber die Klagen bestehen bleiben.

Erst das Auffinden der zonalen Spannungsänderungen bringt den Kranken aus dem Verdacht rein neurotischer Klagen. Daß die Behandlung sehr gute Kenntnisse und ein feines Einfühlungsvermögen des Behandlers erfordert, die nur in einer langen und gründlichen Ausbildung und Schulung erworben werden kann, wird verständlich geworden sein. Eine solche Ausbildung vermitteln die Krankengymnastikschulen mit ihrer zweijährigen Ausbildung mit ausgiebiger Arbeit unter Aufsicht am Patienten. Beim Masseur wird man die gleiche Behandlungssicherheit nur dann erwarten können, falls er Gelegenheit hatte, sie durch weitere Schulung dem krankengymnastischen Niveau anzupassen. Am besten freilich wäre es, der Arzt würde selbst diese Behandlungen lernen und ausführen, um die vielfach vegetativ labilen, geistig aber hochstehenden Menschen ganz in der Hand zu behalten. Wo das nicht möglich ist, empfehle ich die Zusammenarbeit mit einer entsprechend geschulten ärztlichen Hilfskraft zu suchen, um mit ihr zusammen die Erfolge — die vielfach besonders erfreulich sind — zu beobachten.

Die Sprechstundenhilfe des Arztes*

(Ausbildung — Tätigkeit — Berufsaussichten)

Von Dr. med. Fritz-Stuttgart und Dr. med. Starz-Eßlingen

Die Helferin des Arztes leistet gewiß eine vielseitige und verantwortungsvolle Arbeit. So seltsam es erscheinen mag, bisher hatte sie keine Möglichkeit, eine entsprechende Berufsausbildung sich zu erwerben. Weder die Krankenschwester noch die medizinisch-technische Assistentin bringt die für die Sprechstundenhilfe erforderlichen Kenntnisse mit. So mußte sich der Arzt entweder mit einer ungeschulten Hilfskraft begnügen, oder aber selbst die Ausbildung übernehmen. Beides ist aber eine unbefriedigende Lösung. Diese zweifellos vorhandene Lücke suchten die Verfasser dadurch auszufüllen, daß sie vor nunmehr 1½ Jahren mit einer planmäßigen Ausbildung von Sprechstundenhilfen begannen. Die Ärztekammer sowohl, als auch die Medizinalabteilung des Innenministeriums begrüßten den Entschluß. Die Direktion der Bundesbahn zeigte ein dankenswertes Entgegenkommen, indem sie den auswärtigen Teilnehmerinnen Schülerfahrkarten gewährte.

Die beiden bisher durchgeführten Kurse haben bewiesen, daß ein sehr lebhaftes Interesse dafür vorhanden ist. Die Dauer des einzelnen Kurses beträgt ½ Jahr. An 4 Abenden der Woche finden je 2 Unterrichtsstunden statt. Zwei Ärzte und geschultes Hilfspersonal teilen sich

* Auf Wunsch einiger Kollegen, die sich um die Zukunft ihrer Töchter sorgen, bringen wir diesen und die beiden nächsten Aufsätze. (Schriftl.)

in die einzelnen Unterrichtsfächer. Neben der theoretischen wird auf die praktische Ausbildung besonderer Wert gelegt. Reichliches Anschauungsmaterial erleichtert das Verständnis im Unterricht. Gelehrt werden die wichtigsten Kapitel der Anatomie, der Physiologie und der Pathologie einschließlich der gebräuchlichsten Terminologie. Ausführlich besprochen und geübt wird das medizinische Laboratorium sowie die Praxislehre, d. h. die Einrichtung der Praxis, die medizinischen Apparate und Geräte, das Instrumentarium sowie die Untersuchungsmethoden in der Praxis. Besondere Unterrichtsfächer sind außerdem die Arzneimittellehre, die Erste Hilfe, die Verbandstechnik, die Bestrahlungskunde, die Massage und Gymnastik. Besonderer Wert wird auch der ärztlichen Schreiarbeit beigemessen, und manche Stunden sind der Kassenabrechnung, der Kartei, dem Steuerwesen, der Buchführung usw. gewidmet. Sprechstundenübungen, Besichtigung eines Röntgen- und Strahleninstituts sowie eine Exkursion in das Anatomische Institut Tübingen vervollkommen den Unterricht. Eine Abschlußprüfung mit einem theoretischen und einem praktischen Teil beendet den Kurs.

Es ist natürlich, daß die Sprechstundenhilfe für ihren Beruf eine persönliche Eignung mitbringen muß. Rasches Erfassen, gutes Einfühlen, Gewissenhaftigkeit und Sauberkeit stellen Grundforderungen dar. Das Lebens-

alter sollte nicht weniger als 18 und nicht mehr als 30 Jahre betragen. Erwünscht ist das Zeugnis der mittleren Reife. Doch können auch strebsame, begabte Schülerinnen mit einfacher Schulbildung, sofern sie Lust und Liebe mitbringen, erfolgreich teilnehmen. Sofern die Schülerin nicht schon maschinenschreiben kann, sollte dies während des Kurses nachgeholt werden.

Das Aufgabengebiet der Sprechstundenhilfe ist mannigfaltig. Der Umgang mit den Kranken verlangt viel Geschicklichkeit und Taktgefühl. Das Instandhalten der Praxiseinrichtung, die Pflege des Instrumentariums, die Bedienung der Apparate, die Assistenz bei vielen Verrichtungen, die Untersuchungen im Labor und vor allem die Menge an Schreibarbeit erfordert neben Fleiß auch gute Kenntnisse. Aus diesem Grunde erscheint uns eine planmäßige Ausbildung der Sprechstundenhilfe unerlässlich. Nur so bekommt die Helferin einen Überblick über die verschiedenen Gebiete der Medizin, nur so bekommt sie einen Einblick in die Vielgestalt der Praxis, und nur dadurch erhält sie die notwendige Sicherheit und die Liebe zu ihrem Beruf.

Die Berufsaussichten sind gegenwärtig nicht schlechter als in anderen Berufen. Die Arbeitsämter übernehmen die Vermittlung offener Stellen. Stellenangebote finden sich auch in den medizinischen Fachblättern. Aus begreiflichen Gründen werden häufig junge Bewerberinnen den älteren vorgezogen.

Die Bezahlung richtet sich nach der Tarifordnung für ärztliches Hilfspersonal vom Jahr 1943. Danach unterscheidet man Anlernlinge im 1. Jahr der Tätigkeit

und noch unvollendetem 18. Lebensjahr. Sprechstundenhelferinnen im allgemeinen und solche, die als kaufm. prakt. Arzthilfen, eine verantwortungsvolle Tätigkeit ausüben.

Das Durchschnittsgehalt beträgt für Großstadt (Sonderklasse S)

für Sprechstundenhilfen bis 17. Lebensjahr 85.— DM,
bis 19. Lebensjahr 100.— DM,
bis 21. Lebensjahr 130.— DM.

Nach vollendetem 21. Lebensjahr erhöht sich das Gehalt nach dem 1. Berufsjahr auf 145.— DM,
nach dem 2. Berufsjahr auf 155.— DM,
nach dem 4. Berufsjahr auf 160.— DM.

Sprechstundenhilfen als kaufm. prakt. Arzthilfen erhalten entsprechend 30.— bis 50.— DM monatlich mehr.

Abschließend wäre zu erwähnen, daß vor Antritt einer Stelle möglichst ein schriftlicher Vertrag geschlossen werden soll, in dem Arbeitszeit, Freizeit, Urlaub, Gehalt, soziale Abgaben, Kündigung usw. festgelegt sind.

Aus dem Gesagten mag hervorgehen, daß die schulmäßige Ausbildung der Sprechstundenhilfe tatsächlich eine vorhandene Lücke schließt und interessierten jungen Mädchen die Möglichkeit gibt, sich auf den verantwortungsvollen Beruf der Sprechstundenhilfe gründlich vorzubereiten, dem Arzt zur Erleichterung seiner Arbeit und zum Wohle des Patienten.

Anschrift der Verfasser: Stuttgart, Neckarstr. 36.

(Aus der Lehranstalt für medizinisch-technische Gehilfinnen und Assistentinnen bei den Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe, Strahlenabteilung. — Leiter: Prof. Dr. med. H. Schoen, Stadtobermedizinalrat)

Die medizinisch-technische Assistentin

Von Dr. med. W. Frommhold

Die Besonderheit des Berufs einer medizinisch-technischen Assistentin wird schon durch die Berufsbezeichnung ausgedrückt; sie darf dem Arzt Helferin in medizinischen Dingen sein und soll die Technik der vielfachen Untersuchungsmethoden beherrschen. Es liegt auf der Hand, daß die verwandte Berufsstellung zum Arzt charakterliche Eigenschaften fordert, die in anderen Berufszweigen nicht so entscheidend sein können. Die Auswahl der Bewerberinnen muß daher nicht nur die schulische Vorbildung berücksichtigen, sondern in hohem Maße auch die Persönlichkeit. Aus diesem Gesichtspunkt heraus sehen die Aufnahmebedingungen den Nachweis einer dreimonatigen Krankenpflege vor. Während dieser Zeit wird es ohne weiteres möglich sein, den Menschen auf seine Eignung in charakterlicher Hinsicht zu prüfen. Denn gerade im Umgang mit Kranken wird sich die Spreu vom Weizen scheiden.

Der Ausbildungsweg, der vier Semester, d. h. zwei Jahre umfaßt, ist so vielgestaltig, daß auch geistig Anforderungen gestellt werden, denen ein Großteil der Bewerberinnen nicht gewachsen ist, so z. B. in Chemie und Physik, in denen das theoretische Wissen als Grundlage jeder praktischen Arbeit gelehrt wird. Die Auswahl muß sich daher besonders auf die Leistungen in diesen beiden Schulfächern stützen. Aus dieser Erkenntnis heraus sieht die Schulordnung auch das Zeugnis der mittleren Reife vor. Wenn außerdem schon bei der Aufnahme der Nach-

weis erbracht werden muß, daß die Bewerberin gute Kenntnisse in Stenographie und im Maschinenschreiben hat, so liegt darin nur ein weiterer Beweis dafür, wie vielgestaltig der Beruf einer medizinisch-technischen Assistentin ist.

Natürlich bringt der Umgang mit Kranken auch gesundheitliche Gefahren mit sich, denen nur durchaus gesunde Menschen gewachsen sind. Das Gesundheitszeugnis, das jeder Bewerbung beigelegt werden muß, soll dafür bürgen, daß nur solche Bewerberinnen diesen Beruf ergreifen, die den körperlichen Beanspruchungen voll und ganz gewachsen sind.

In den meisten Schulen gliedert sich die Ausbildung in zwei große Abschnitte. Die ersten beiden Semester, die mit einer Zwischenprüfung enden, nach der sich die Schülerin als medizinisch-technische Gehilfin bezeichnen darf, sind in der Hauptsache der klinischen Laboratoriumstechnik und der Ausbildung als Röntgenassistentin gewidmet. Das hierfür notwendige theoretische Rüstzeug erfordert gerade in den ersten beiden Semestern viele Unterrichtsstunden, die den Stoff der anorganischen und organischen Chemie, der Optik, Photographie, Elektrizitätslehre und, darauf aufbauend, der Apparatikunde, physikalischen Therapie und klinischen Chemie vermitteln. Abgerundet wird der Lehrplan durch Unterricht in Anatomie und Physiologie, Hygiene und Vererbungslehre, die in die medizinische Denk-

weise einweihen und die Gewähr dafür bieten sollen, daß die medizinisch-technische Gehilfin dem Arzt auch wirklich Helferin sein kann.

Diese vorhin erwähnte Zwischenprüfung bietet der Schulleitung noch einmal die Möglichkeit einer Auslese. Während bei der Aufnahme in die Schule vielfach subjektive Beurteilungen nicht zu umgehen sind, läßt es sich nach einem Jahr mit Sicherheit entscheiden, ob die notwendigen charakterlichen und geistigen Eigenschaften vorhanden sind. In unserer Schule wird daher die Anordnung des Innenministeriums, daß nur solche Schülerinnen zum Weiterstudium zugelassen sind, die die Prüfung mit „gut“ bestehen, in aller Schärfe und Konsequenz durchgeführt, weil wir glauben, daß nur solche Menschen wirklich Helfer des Arztes sein können, die sich der Verantwortung ihres Berufes voll bewußt sind und in dieser Erkenntnis alles daran setzen, ihre Leistungen zu steigern. Für manche wird dieses eine viel kritisierte Härte sein. Auf der anderen Seite ist dadurch gewährleistet, daß die technischen Assistentinnen unserer Schule im praktischen Beruf keine Versager sind.

Der zweite Teil der Ausbildung befaßt sich in der Hauptsache mit Histologie, Bakteriologie und Serologie, vertieft aber auch in den bisher gelehrt Fächern das Wissen und baut es aus. Zwei eigene Laboratorien stehen uns zur Verfügung, in denen unter Anleitung bewährter Fachkräfte so lange der Umgang mit dem vielfach hoch infektiösen Material gelehrt wird, bis eine zeitweilige Abstellung in das pathologisch-anatomische Institut des Krankenhauses und die damit verbundene praktische Arbeit die Ausbildung abschließt. Die Röntgenkunde, die sich in den ersten beiden Semestern auf die diagnostischen Methoden beschränkt, wird durch die Einführung in die Röntgen- und Radiumtherapie abgeschlossen.

So kann die Schülerin, wenn sie nach zwei Jahren ihre staatliche Abschlußprüfung als medizinisch-technische Assistentin abgelegt hat, auf eine Ausbildung zurückschauen, die ihr das theoretische und praktische Rüstzeug in die Hand gegeben hat, das ihr späterer Beruf von ihr fordert. Sie wird in der Lage sein, alle im Lehrplan genannten Arbeiten sicher und zuverlässig selbst auszuführen, so daß sie nach kurzer Einarbeitung in die besonderen Anforderungen ihres später gewählten jeweiligen Arbeitsplatzes imstande ist, die Verantwortung für die einwandfreie Durchführung der ihr übertragenen medizinisch-technischen Aufgaben zu übernehmen. Sie wird aber auch die Grenzen ihrer Verant-

wortlichkeit kennen, die dort aufhören, wo es sich um die Anordnung therapeutischer und von der Regel abweichender diagnostischer Maßnahmen und um die diagnostische Auswertung röntgenologischer, klinisch-chemischer, bakteriologischer oder serologischer Untersuchungsergebnisse handelt.

Die große Vielfalt der einer technischen Assistentin gestellten Aufgaben hat es mit sich gebracht, daß eine Aufteilung und Spezialisierung schon während der Ausbildungszeit angestrebt wird. Nach der Prüfung als medizinisch-technische Gehilfin sollte eine Teilung durchgeführt werden, die einmal das Ziel einer Röntgenassistentin haben soll, zum andern aber das der Laborarbeit anstrebt. Die Wahl zwischen beiden wird für die Schülerin nicht sehr schwer sein. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß sich nach den beiden ersten Semestern schon die Interessen in diese beiden Berufszweige aufgespalten haben. Dies tut sich auch schon in den Leistungen der Schülerinnen bei der Abschlußprüfung kund. Die Anstrengungen, die insbesondere von der Deutschen Röntgengesellschaft in dieser Hinsicht gemacht werden, dürften zweifellos zur Lösung dieser Frage führen.

Die Berufsaussichten einer medizinisch-technischen Assistentin sind heute noch als durchaus günstig zu bezeichnen. Jedes gut geleitete Institut oder Labor, das während der Kriegszeit gezwungenermaßen auf angelernte Hilfskräfte zurückgreifen mußte, ist bestrebt, diese durch einwandfrei ausgebildete Kräfte zu ersetzen, denen die Arbeit nicht nur eine handwerkliche Fertigkeit bedeutet, sondern die auch das hierzu notwendige theoretische Wissen um die Zusammenhänge mitbringen.

Es kann nicht die Aufgabe einer Schule sein, möglichst viele Schülerinnen zum Abschluß der Berufsausbildung zu bringen, sondern vielmehr durch strenge Prüfungsmaßstäbe eine wirkliche Auslese zu treffen. Dies wird sich letzten Endes zum Vorteil jeder einzelnen Schülerin auswirken und davor schützen, daß dieser Beruf leistungsmäßig und auch sittlich-ethisch verwässert wird.

Die medizinisch-technische Assistentin darf mit Recht stolz auf ihre Ausbildung sein, die sie wohl über manch anderen Frauenberuf hinaushebt, auf der anderen Seite aber auch Pflichten von ihr fordert, die an andere nicht gestellt zu werden brauchen. Sie muß sich bewußt sein, daß der Dienst am Kranken vielfach die Aufgabe mancher persönlichen Wünsche erfordert, und daß ohne einen Großteil Idealismus ihre Arbeit für sie immer unbefriedigend bleibt.

(Aus der staatlich anerkannten Schule für Krankengymnastik der Universität Heidelberg, Leitung Professor Dr. S. Weil, Heidelberg-Schlierbach, Orthopädische Universitäts-Klinik)

Die Krankengymnastin

Von Dr. med. Maxen, stellvertretender Leiter der Schule

Jedes Jahr steht eine Reihe von Kollegen vor der Frage, was aus ihren Töchtern werden soll, wenn sie zu Ostern die Schule verlassen.

Der Beruf des Vaters verleiht dem häuslichen Milieu die „medizinische“ Atmosphäre, aus der heraus der Wunsch der Tochter nach einem Beruf strebt, der dem ärztlichen besonders nahesteht.

Für die Berufswahl sind neben ideellen Motiven und dem Drang nach Selbständigkeit die Dauer und die Kosten einer Ausbildung ebenso bestimmend wie die Aussichten dieses Berufes.

In den Kriegs- und Nachkriegsjahren konnte sich aus der Gruppe des weiblichen, medizinischen Hilfspersonals

die der Krankengymnastinnen besondere Geltung und Anerkennung verschaffen.

Die Ausbildung in der Krankengymnastik umfaßt einen zweijährigen Lehrgang mit vier Einzelsemestern und findet in eigens dafür geschaffenen Schulen statt, deren Ziel die Schaffung eines Stammes staatlich anerkannter Krankengymnastinnen auf dem Gesamtgebiet der physikalischen Behandlungsmethode, insbesondere der Krankengymnastik und Massage, ist.

Die sich immer mehr durchsetzende funktionelle Richtung in der modernen Therapie erstrebt die möglichst rasche Wiederherstellung aller durch Krankheit oder Verletzung geschädigter Funktionssysteme des Körpers. Damit ist die Krankengymnastik schon lange über den Rahmen ihrer Domäne, der Orthopädie und Chirurgie, hinausgewachsen. Zu ihrem erweiterten Arbeitsfeld gehören wichtige Gebiete der inneren Medizin, Gynäkologie, Neurologie und Pädiatrie, z. B. die Übungsbehandlung Herz- und Kreislaufkranker, die Atmungsschulung der Asthmatiker, die krankengymnastische Rheumatherapie, die Wochenbettgymnastik, die Massage reflektorischer Zonen, die Ertüchtigung kindlicher Bindegewebschwächlinge usw.

Eine ausgebildete Krankengymnastin hat neben der eigentlichen Massage und der für die einzelnen Fachgebiete speziellen Gymnastik auch die übrigen physikalischen Behandlungsarten, wie Elektrotherapie und -gymnastik, Licht- und Ultraschallbehandlung, Thermo- und Hydrotherapie zu beherrschen.

Das Lehrprogramm ist also recht vielseitig und soll die Krankengymnastin später befähigen, von der Klinik bis zur ärztlichen Allgemeinpraxis ein ausfüllendes Wirkungsfeld zu finden. Diesen polyvalenten Anforderungen entsprechend ist der Ausbildungsgang der Krankengymnastikschulen aufgebaut.

Als Beispiel dafür geben wir Ihnen im folgenden eine Lehrplanübersicht der Schule für Krankengymnastik in Heidelberg, die unter Leitung von Herrn Prof. S. Weil, der Orthopädischen Universitätsklinik angeschlossen ist.

Beginn der Lehrgänge ist jeweils Mitte März und Oktober. Die ersten beiden Semester, ähnlich den vorklinischen Semestern der Medizinstudenten, dienen dazu, die Schülerinnen mit den Grundbegriffen der Anatomie, Physiologie, Bewegungslehre, Biologie, der allgemeinen Gesundheits- und Krankheitslehre, den physikalischen Heilmethoden sowie der Theorie der Massage und Gymnastik bekannt zu machen. Die praktische Arbeit erstreckt sich in dieser Zeit auf die praktische Ausführung der Massage und Gymnastik anfangs an Gesunden, später an Leichtkranken oder -verletzten, der Verbandslehre, der ersten Hilfe usw.

In den folgenden zwei Semestern, den „klinischen“, geht die theoretische Ausbildung auf die Krankheitslehre in der Chirurgie, Orthopädie, inneren Medizin, Nerven-, Frauen- und Kinderheilkunde unter besonderer Berücksichtigung der speziellen Aufgaben der Krankengymnastin über. — Der praktische Teil ergänzt die theoretische Ausbildung durch die krankengymnastische Tätigkeit an den einzelnen Fachkliniken.

Da außerdem der Beruf hohe Anforderungen an körperliche Gewandtheit und Tüchtigkeit stellt, sind besondere Stunden zur Ausbildung in Sport und rhythmischer Gymnastik für die Schülerinnen selbst vorgesehen.

Die Bewältigung des Stoffes erfordert verständlicherweise eine gewisse Vorbildung, so daß für die Zulassung zum Studium die mittlere Reife oder ein ähnlicher Befähigungsnachweis gefordert wird. — Auch muß vorher eine dreimonatige Krankenpflegetätigkeit ausgeübt worden sein.

Die Kosten des Lehrganges belaufen sich auf monatlich 50 DM, ein Schuldgeld, dessen Höhe an allen Schulen einheitlich festgesetzt ist.

Der Anschluß der Heidelberger Schule an die Orthopädische Universitätsklinik, die unter anderem über besondere Stationen zur Behandlung Unfallverletzter verfügt, bietet den Schülerinnen ein ideales Arbeitsfeld bei der Behandlung chirurgisch-orthopädischer Fälle. In bestimmtem Turnus wird zu den anderen Fachkliniken herübergewechselt, damit die Gewähr einer gründlichen Ausbildung in allen in Frage kommenden Zweigen der Medizin geboten ist.

Das mit Ablauf des vierten Semesters stattfindende Staatsexamen gibt daher den Absolventinnen nicht nur ein staatliches Diplom, sondern ist gleichzeitig die Garantie dafür, daß die nun offiziell anerkannte Krankengymnastin ihre Arbeit theoretisch und praktisch beherrscht.

Man braucht nicht erst Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit anzuführen, um zu zeigen, daß eine gründlich geschulte Krankengymnastin eine wertvolle und unentbehrliche Helferin des Arztes geworden ist. Die zunehmende Erkenntnis über die Bedeutung der Übungsbehandlung als Heilmittel lassen die Nachfrage nach krankengymnastischen Kräften wie auch das Interesse an ihrer Ausbildung laufend steigern. So konnten wir beispielsweise alle unsere Schülerinnen, die im Herbst die Schule verließen, in kurzer Zeit in Kliniken, Krankenhäusern, Fach- und Allgemeinpraxen unterbringen.

Damit sind nach unseren Erfahrungen die Aussichten des krankengymnastischen Berufes als durchaus günstig zu bezeichnen.

Anschrift des Verfassers und nähere Auskünfte:
Dr. H. Maxen, Orthopäd. Univ.Klinik, Heidelberg-Schlierbach.

Die Steuerbuchführung der Ärzte

Von Steuerberater Otto Rüd, Reg.-Dir. a. D., Stuttgart

Für die Zwecke der Umsatz- und Einkommensteuererklärungen ist die Führung von Büchern und Aufzeichnungen eine leidige Pflicht. Da in letzter Zeit die Finanzämter die Buchführung der Ärzte des öfteren beanstandet und Steuervergünstigungen versagt haben, wollen wir die gegebenen Möglichkeiten in knapper verständlicher Weise darzustellen und kritisch zu würdigen versuchen.

1. Die Umsatzsteuer-Buchführung (Einnahmen-Buchführung).

Eine unmittelbare und klare gesetzliche Vorschrift über die zu machenden Aufzeichnungen enthält der § 161 Abs. 1 Ziff. 2 der Abgabenordnung. Danach haben alle Unternehmer, zu denen auch die freien Berufe zählen, für Zwecke der Umsatzsteuer zur Fest-

stellung der erhaltenen Entgelte Aufzeichnungen zu machen. Die Durchführungsbestimmungen zum Umsatzsteuergesetz (§ 15 und § 16) legen die Mindestanfordernisse dieser Aufzeichnungen wie folgt fest:

Die Entgelte (Einnahmen) müssen fortlaufend, vollständig und richtig mindestens täglich unter Angabe des Tages aufgezeichnet werden.

Mindestens vierteljährlich bei Jahreseinnahmen über 20 000 DM monatlich müssen die Gesamteinnahmen aufgerechnet werden.

Ferner wird gemäß § 162 Abgabenordnung verlangt, daß die Aufzeichnungen in ein gebundenes Buch mit fortlaufend nummerierten Seiten eingetragen werden, und zwar mit Tinte, evtl. mit Tintenstift.

Dabei dürfen an Stellen, die regelmäßig zu beschreiben sind, keine leeren Zwischenräume gelassen werden. Der ursprüngliche Inhalt soll nicht mittels Durchstreichens oder Überschreibens unleserlich gemacht werden; es soll weder radiert noch sollen unklare Veränderungen vorgenommen werden. Falsche oder erdichtete Namen dürfen nirgends verwendet werden.

Die Aufzeichnungen und Geschäftspapiere — die Belege numeriert — sollen 10 Jahre aufbewahrt werden. Es genügt nicht, die Einnahmen nur auf Karteikarten oder Patientenkarten festzuhalten.

Trotzdem vertreten Steuerverwaltungen den Standpunkt, daß die Patientenkartei zu den „Geschäftspapieren“ im Sinne der Reichsabgabenordnung zählt. Wir können dem nicht zustimmen. Die endgültige Entscheidung des Bundesfinanzministeriums bzw. Bundesfinanzhofs zu dieser Frage steht noch aus.

Ein Verstoß gegen diese Vorschriften ist nach § 413 Abgabenordnung als Ordnungswidrigkeit strafbar und führt zu einer Schätzung der Einnahmen durch das Finanzamt nach § 217 AO.

Dies sind die einzigen zwingenden Vorschriften, die beachtet werden müssen. Das Einkommensteuergesetz und das Vermögensteuergesetz enthalten keine solchen Mußvorschriften.

Für die Umsatzsteuer reichen diese Aufzeichnungen aus. Zusätzlich empfiehlt es sich aber, die Einnahmen nach umsatzsteuerpflichtigen und umsatzsteuerfreien Beträgen in getrennten Spalten aufzuführen und die Eingänge nach Barzahlungen, Postscheck- oder Bankeingängen zu trennen.

Würde ein Arzt sich auf diese Einnahme-Aufzeichnungen beschränken, so müßten für die Einkommensteuer die Ausgaben geschätzt werden, um das Einkommen zu ermitteln. In früheren Jahren haben die Ärzte diese Schätzungen vielfach den Finanzämtern überlassen; diese verwendeten dazu sog. Pauschsätze für Betriebsausgaben, z. B. 20 % der Einnahmen, und setzten auf diese Weise das Einkommen und die Einkommensteuer fest. Heutzutage kann dieses Verfahren, das oft nicht gerade zugunsten des Arztes ausfällt, nicht mehr empfohlen werden.

Außerdem ist diese Art von Aufzeichnungen keine Buchführung im Sinne des Einkommensteuergesetzes. Es gehen deshalb alle an eine Buchführung geknüpften Vergünstigungen bei der Einkommensteuer verloren. Der Verlust ist allerdings nicht so schlimm, weil diese Vergünstigungen durch die kommende Steuerreform des Jahres 1951 mit Ausnahme der Absetzung von Zuschüssen und zinslosen Darlehen zum Wohnungsbau und der Bewertungsfreiheit für Anschaffungen bis 200 DM wegfallen.

2. Die vereinfachte Einnahme-Ausgabe-Buchführung für die Einkommensteuer.

Diese Buchführung ist im Einkommensteuergesetz (§ 4 Abs. 3) als Grundlage für die Gewinnermittlung anerkannt. Wie schon gesagt, ist sie nicht vorgeschrieben, sondern als genügende Unterlage zugelassen. Danach wird der Überschuß der Berufseinnahmen über die Berufsausgaben als steuerpflichtiger Gewinn angesetzt. Diese Einnahme-Uberschuß-Rechnung ist eine reine Kasensrechnung ohne Berücksichtigung des Berufsvermögens, also ohne Bestandsaufnahme. Das Gesetz unterstellt dabei, daß das berufliche Vermögen am Anfang und Schluß eines Jahres nicht wesentlich abweicht. Nur größere Schwankungen in Vorräten von Medikamenten oder anderen zum Verbrauch bei Patienten bestimmten Gegenständen werden bei Zunahme durch Zuschläge oder bei Rückgängen durch Abschläge berücksichtigt (Schwankungen über die Hälfte).

Die für freie Berufe am häufigsten angewandte Buchführung besteht darin, daß die oben Ziff. 1 genannte Umsatzsteuer-Buchführung durch eine Ausgabenbuchführung ergänzt wird. Letztere wird ähnlich geführt wie die beschriebene Einnahmebuchführung. Es gilt dabei der strenge Grundsatz, daß jede Buchung einer Ausgabe durch eine Rechnung oder sonstwie belegt sein muß. Der Überschuß der Einnahmen über die Ausgaben ist der steuerpflichtige Gewinn.

Es empfiehlt sich, ein besonderes Ausgabenbuch anzulegen. Dieses wird nach Ausgabenarten in Spalten aufgeteilt. Die Aufteilung kann z. B. folgende sein: Kraftwagen, Einrichtung und Instrumente, Arzneien, Miete und sonstige Raumkosten, Steuern (Umsatzsteuer, Gebühren), Personalaufwand, Versicherungen, Einkommen- und Vermögensteuer, Sonstiger Betriebsaufwand, Sonderausgaben.

Auf Einzelheiten, welche Aufwendungen als Betriebsausgaben anerkannt werden, kann im Rahmen dieser Ausführungen nicht eingegangen werden, doch soll darüber in einer späteren Nummer ein Aufsatz folgen.

In das Einnahmen- und Ausgabenbuch werden nur die tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben aufgenommen und zweckmäßigerweise monatlich oder vierteljährlich zusammengestellt. Nicht bezahlte Rechnungen der Einnahmen- und Ausgabenseite werden nicht aufgenommen. Bei dieser Buchführung bleibt der Wert des beruflichen Vermögens (Einrichtung, Apparate, Außenstände usw.) unberücksichtigt.

Ausgaben für private Zwecke und den Haushalt des Arztes sind keine Betriebsausgaben, sondern steuerlich „Entnahmen“. Sie brauchten bei dieser Überschußrechnung nach bisheriger Auffassung nicht gebucht zu werden. Die Frage ist z. Z. noch umstritten. Einzelne Finanzämter haben diese Buchungen verlangt. Der Bundesfinanzminister hat in einem Erlaß vom 16. Oktober 1950 die Buchung aller Privatausgaben, Darlehensaufnahmen und Rückzahlungen verlangt; in einem Erlaß vom 16. Dezember 1950 hat er für die freien Berufe wieder darauf verzichtet. Neue Stellungnahmen sind anläßlich der Veranlagungsrichtlinien 1950 zu erwarten. In keinem Fall handelt es sich um die Aufzeichnungspflicht jeder einzelnen Ausgabe der privaten Lebensführung; diese Ausgaben werden auch bei Buchungspflicht pauschal „entnommen“ und gebucht. Nach unserer Auffassung ist das Verlangen, Privatausgaben aufzuzeichnen, gesetzlich unbegründet und für die Zwecke

der Gewinnermittlung bei freien Berufen nicht erforderlich. Nur solche Privatausgaben (Sonderausgaben), deren steuerlicher Abzug verlangt werden kann, sollten aufgezeichnet werden.

Es empfiehlt sich also, die „Sonderausgaben“ in besonderer Spalte des Ausgabebuches zu buchen; dazu gehören u. a. Schuldzinsen, Versicherungsprämien, Beiträge an Bausparkassen, gemeinnützige usw. Spenden, Vermögensteuer, Kirchensteuer.

Als Jahresausgaben, die bei der buchmäßigen Feststellung des Gewinns (Einkommens) am Schluß des Jahres berücksichtigt werden, sind Absetzungen für Abnutzung nach § 7 ESTG zulässig. Dies gilt aber nur für solche Gegenstände, die nicht als Betriebsausgaben im Jahr der Anschaffung abgezogen wurden. Der Arzt hat dabei ein Wahlrecht, angeschaffte Gegenstände im Wert bis zu 200 DM entweder sofort ganz als Ausgabe zu behandeln oder sie nicht als Ausgabe des Beschaffungsjahres zu behandeln und den Aufwand durch jährliche Abschreibungen auf die Jahre der üblichen Nutzungsdauer zu verteilen. Für die Jahre 1949 und 1950 galt dieses Wahlrecht für Gegenstände bis zu 500 DM Anschaffungspreis.

Im Fall der Abschreibungen sollte über diese Gegenstände und die vorgenommenen Abschreibungen ein Verzeichnis geführt werden (siehe unten Ziff. 3). Ein Verzeichnis derselben sofort voll abgeschrieben Gegenstände bis 200 DM ist nicht erforderlich.

Nach der Auslegung des § 4 Abs. 3 EStG in Verbindung mit § 7 EStG müssen die größeren Anschaffungen über 200 DM als Betriebsausgaben gebucht werden. Da es bei dieser Buchführung einen betrieblichen Kassenbestand nicht gibt, ist jede berufliche Anschaffung zunächst eine Betriebsausgabe. Da aber im Rahmen dieser Buchführungsart der Aufwand aller Anschaffungen über 200 DM auf die Jahre der gewöhnlichen Nutzungsdauer im Wege von Abschreibungen verteilt werden muß, so müssen am Schluß jeden Jahres alle Anschaffungen über 200 DM an den Ausgaben gekürzt werden; an ihre Stelle treten die Abschreibungen (vgl. Ziff. 3).

Die vereinfachte Einnahme-Ausgabe-Buchführung wird zwar vom Einkommensteuergesetz (§ 4 Abs. 3) ausdrücklich anerkannt, das heißt, das Finanzamt muß ihre Ergebnisse für die Einkommenbesteuerung berücksichtigen. Die Führung dieser Bücher gilt aber nicht als eine ordnungsmäßige Buchführung, die zur Inanspruchnahme von steuerlichen Vergünstigungen berechtigen würde (für den Abzug der Anschaffungen bis 200 DM genügt sie). In dieser Hinsicht ist diese Buchführung der Umsatzsteuer-Buchführung (Ziff. 1) gleichgestellt. Um den Wert dieser Buchführung zu erhöhen, empfehlen wir, nur solche Einnahmen in einem Gesamttagebetrag (ohne Angabe des Namens des Zahlenden) zu buchen, bei denen der Name des Patienten dem Arzt nicht bekannt wird oder bei denen kleinere Beträge sofort in bar bezahlt werden.

3. Die qualifizierte Einnahme-Ausgabe-Buchführung gemäß der Verordnung vom 5. September 1949.

Diese Buchführungsart hat den Zweck, den Handwerkern, Kleingewerbetreibenden und freien Berufen die Inanspruchnahme der Steuervergünstigungen des § 7 a (Bewertungsfreiheit für Ersatzbeschaffungen) und des § 7 c EStG (Abzugsfähigkeit von Zuschüssen und zinslosen Darlehen für den Wohnungsbau) und die

Bewertungsfreiheit für geringwertige Anschaffungen bis zu 200 DM gemäß § 7 EinkSt. Durchf. VO zu ermöglichen. Obwohl diese Buchführung noch nicht voll „ordnungsmäßig“ ist, wird sie zugunsten der genannten Steuerpflichtigen für diese Vergünstigungen voll anerkannt.

Sie ist auch künftig für diejenigen Ärzte von praktischer Bedeutung, die einem Dritten (auch selbständigen Kindern über 18 Jahren) vom Einkommen abzugsfähige Bauzuschüsse oder zinslose Baudarlehen geben wollen. Die Vergünstigung für Bewertungsfreiheit nach § 7 a wird im Laufe der schwebenden Steuerreform beseitigt werden und wird nur noch für vertriebene usw. Ärzte eine Rolle spielen können; „die dritte Vergünstigung wird auch bei der vereinfachten Buchführung (Ziff. 2) gewährt“; es ist deshalb nicht recht verständlich, weshalb überhaupt diese höheren Anforderungen gestellt werden.

Was diese Buchführung über das in Abschnitt Ziff. 1 und Ziff. 2 hinaus verlangt, ist allerdings wenig. Es ist folgendes:

- Die Einzelaufzeichnung der Einnahmen und Ausgaben. Es darf in keinem Fall eine Tagessumme der Einnahmen oder Ausgaben gebucht werden. Jeder Patient muß mit dem von ihm bezahlten Honorar im Einnahmebuch eingetragen werden.
- Ein Verzeichnis der Gegenstände (Einrichtung, Apparate usw.), auf die jährliche Abschreibungen vorgenommen werden (Gegenstände über 200 DM Anschaffungspreis; siehe Ziff. 2).
Hierfür kommen nicht in Frage Medikamente, Papier und Materialien, außerdem nicht Apparate, die, weil unter 200 DM, in Ausgabe gestellt wurden.
Das Verzeichnis muß angeben: Gegenstand, Anschaffungstag, Anschaffungspreis, Abschreibungen der einzelnen Jahre.
- Ein Verzeichnis der abgezogenen Bauzuschüsse und unverzinslichen Baudarlehen mit genauer Angabe der Empfänger und etwaiger Rückzahlungsbedingungen.

Bemerkenswert und entgegenkommend ist bei dieser Buchführung, daß ein Verzeichnis der am Jahreschluß vorhandenen beruflichen Forderungen, Außenstände und Schulden nicht verlangt wird. Nachdem die vierteljährlichen Einkommensteuer-Vorauszahlungen weggefallen sind, ist die monatliche oder vierteljährliche Zusammenstellung der Ausgaben überflüssig geworden, eine Zusammenstellung der Ausgaben am Jahresende reicht für die Anerkennung der Buchführung aus.

Diese Buchführung kann wohl ohne besondere Buchführungskennnisse von jedem Arzt geführt werden. Sie hat neben der Anerkennung für steuerliche Vergünstigungen den Vorteil, eine zuverlässige Grundlage für eine Berechnung des Einkommens zu gewährleisten, die bei ordnungsmäßiger Führung von keinem Finanzamt angezweifelt werden kann. Durch die Forderung der Einzelaufzeichnung der Einnahmen und Ausgaben sollte man sich nicht abschrecken lassen, diese Buchführungsart zu wählen; eine wörtliche Durchführung wird z. B. in folgenden Fällen nicht verlangt:

Regelmäßige kleine Posten, für die ein Beleg nicht erteilt wird, wie z. B. Benzinverbrauch, können wöchentlich oder monatlich pauschal gebucht werden; solche Ausgaben können auch auf einem Blatt vermerkt werden, das als Buchungsbeleg eingeordnet wird. Außerdem

werden kassenärztliche Vergütungen sowieso nicht nach den einzelnen Patienten gebucht.

Ohne auf weitere rechtliche Feinheiten einzugehen, geben wir Ihnen das Schema, nach dem das jährliche Einkommen ermittelt wird:

Bruttoeinnahmen — Umsatz	
abzüglich Berufsausgaben	
= Einkünfte oder Gewinn	
abzüglich Sonderausgaben (Lebensversicherungen usw.)	
= steuerpflichtiges Einkommen	

4. Der Betriebsvermögensvergleich nach § 4 Abs. 1 EStG.

Mit dieser Art Buchführung nähern wir uns der ordentlichen kaufmännischen Buchführung. Der Gewinn bzw. das Einkommen wird hierbei wie folgt errechnet:

Betriebsvermögen am Schluß des Jahres	
abzüglich Betriebsvermögen am Anfang des Jahres	
Ergebnis Vermögenszuwachs	
dazu Privatentnahmen	
ab Privateinlagen	
= Reingewinn	
abzüglich Sonderausgaben	
= steuerpflichtiges Einkommen	

Hierbei muß jährlich eine Vermögensaufstellung gemacht werden. In dieser Vermögensaufstellung erscheinen nicht nur die Geldbestände, sondern auch alle Einrichtungen, Apparate, Medikamente und insbesondere die Außenstände und Schulden. Daß auch die Einlagen und Entnahmen für den Privatverbrauch gebucht werden müssen, ist aus dem Schema oben ersichtlich. Der Vermögensvergleich erstreckt sich also auf das gesamte Betriebsvermögen, ausgenommen Grund und Boden.

Abgesehen von der jährlichen Aufnahme der Außenstände und der Vorräte erfordert diese Gewinnermittlungsart kaum mehr Unterlagen, als schon durch die Buchführung des Abschnitts 3 gegeben sind. Die Technik der Vermögensvergleiche, zu denen in der Regel noch eine Gewinn- und Verlustrechnung gefertigt wird, hat aber ihre Schwierigkeiten. Der Vermögensvergleich erfolgt nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, als ob ein Gewerbeunternehmen vorläge. Für viele Ärzte werden solche Methoden der Einkommensberechnung unverständlich sein und die Zuziehung eines Buchführungsfachmannes erforderlich machen.

Leider sind aber die Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes so, daß von der Buchführung mit Vermögensvergleich als der einzigen ganz ordnungsmäßigen Buchführung wichtige steuerliche Vergünstigungen abhängen; sie ist bis heute noch die Voraussetzung der Vergünstigung des nicht entnommenen Gewinns (Abzug von 15% des Gesamtgewinns) und des Verlustabzugs; die erstere Vergünstigung soll aber nach dem Entwurf für die neue Steuerreform ganz wegfallen und die andere Vergünstigung ist für Ärzte von geringerer Bedeutung.

Die Nachteile aus der Unterlassung dieser Buchführung und Gewinnberechnung bewerten wir für die Mehrzahl der Ärzte als gering; nur bei hohen Einkommen fallen sie in den Jahren 1949 und 1950 noch ins Gewicht.

Für die Zukunft wird man sich dagegen zu wehren haben, daß etwa neue Vergünstigungen von dieser für freie Berufe unpassenden Buchführung abhängig gemacht werden.

5. Gewinnberechnung nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs im Sinne des § 5 EStG.

Es handelt sich hier um einen Sonderfall der Buchführung von Ziffer 4 für den Kreis der Vollkaufleute. Die Form dieser Buchführung ist die doppelte kaufmännische Buchführung, wie sie sich gemäß dem Handelsgesetzbuch und kaufmännischem Brauch entwickelt hat. Diese Buchführung dürfte für freie Berufe nur ausnahmsweise in Frage kommen. Ihre steuerliche Zulässigkeit auch für freie Berufe ist selbstverständlich gegeben.

6. Die obigen Ausführungen beziehen sich auf Ärzte, die einen freien Beruf ausüben. Für Ärzte als Beamte und Angestellte, die Gehalt beziehen, bestehen keine Buchführungsvorschriften.

Für Ärzte als „Unternehmer“, z. B. mit eigenem Krankenhaus, gelten die gleichen Vorschriften wie für Kaufleute.

7. Allgemeine Buchführungsgrundsätze nach der Rechtsprechung.

Man unterscheidet formelle und materielle Ordnungsmäßigkeit. Wenn eine Buchführung so beschaffen und auf dem Laufenden ist, daß zu jedem beliebigen Zeitpunkt der Gewinn berechnet werden kann und wenn für jede Zahl ein eingeordneter Beleg da ist, so ist sie formell ordnungsmäßig. Materiell ordnungsmäßig ist sie, wenn alle Einnahmen und Ausgaben vollzählig und richtig verbucht worden sind. Fehlen einer Buchführung Gewinn und Verlust beeinflussende Aufzeichnungen, so liegt keine ordnungsmäßige Buchführung vor. Enthält die Buchführung formale Mängel (siehe oben Ziffer 1), so ist sie ebenfalls nicht ordnungsmäßig, wenn aus diesem Grunde der Gewinn nicht einwandfrei festgestellt werden kann. Verhältnismäßig kleine materielle oder formale Mängel berechtigen das Finanzamt nicht, die Buchführung als solche zu verwerfen und das Einkommen zu schätzen.

Eine bestimmte Buchführungsform ist nicht vorgeschrieben; vorgeschrieben sind nur die in dem Abschnitt 1 aufgeführten Mindestanforderungen und die sich aus der frei gewählten Buchführungsform ergebenden Voraussetzungen. Übergänge von einer Buchführungsart zu einer anderen sind möglich. Der Übergang von einer Buchführung nach Art der Ziffern 2 und 3 zu dem Vermögensvergleich wie Ziffern 4 und 5 kann zu hohen einmaligen Gewinnen und Steuern führen.

Schlußbemerkung.

Der Begriff der Ordnungsmäßigkeit der Buchführung ist entsprechend der Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Sitten bei einzelnen Berufsständen ständig im Fluß. Für die kaufmännische Buchführung werden weitgehend die Gepflogenheiten sorgfältiger Kaufleute von Rechtsprechung und Verwaltung anerkannt. Trotz der Vorschrift der Abgabenordnung, daß die Bücher gebunden sein sollen, haben sich z. T. in der modernen Buchhaltungstechnik die Lose-Blatt-Buchfüh-

rungen durchgesetzt. Jeder Berufsstand hat Besonderheiten, die sich auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse erstrecken und die auch steuerlich berücksichtigt werden. Dies muß auch auf die freien Berufe und im besonderen für die Ärzte Geltung haben.

Deshalb sollten die Anforderungen an die Buchführung der Ärzte, für die kaufmännische Gepflogenheiten nicht üblich sind, ihren eigenen Gegebenheiten und Möglichkeiten angepaßt werden. Dies ist aber nicht der Fall,

wenn für einzelne Steuervergünstigungen die Anforderungen weiter hinaufgeschraubt werden. Buchführungskunstwerke, wie sie der § 4 Abs. 1 EStG. verlangt, um Steuervergünstigungen teilhaftig zu werden, liegen außerhalb des ärztlichen Wirkungskreises. Man beschränke sich auf eine wahrhaft einfache Buchführung mit Vollständigkeit und Richtigkeit und man wird mehr haben als mit einer raffinierten Buchführungstechnik.

Buchbesprechung

Gerhard Pfahler: „Der Mensch und seine Vergangenheit.“ Verlag E. Klett, Stuttgart, 1949, 361 Seiten, DM 14.50.

Der Verfasser, der in seinen früheren Arbeiten die erzieherische Bedeutung von Rasse, Zucht und Vererbung als überindividuelle Faktoren im Leben des Menschen hervorhob, legt jetzt in einem umfangreichen Buche die Bedeutung der jeweiligen Vergangenheit des einzelnen Menschen für seine eigene Gegenwart und Zukunft dar. Er betont damit die unersetzliche Bedeutung des Unbewußten für das menschliche Leben, ohne das es keinen Schritt in seine Zukunft tun kann. Aber dies

Unbewußte hat nach ihm keine eigene Gestaltungskraft, sondern es liegt in der Tiefe als Potenz. Sein Verhältnis zum Bewußtsein wird ausdrücklich nach den scholastischen Begriffen von Potenz als bloßer Möglichkeit zu Existenz als aktueller Wirklichkeit gesehen. In dieser „Psychologie der Tiefe“ werden mit einem Federstrich, einer autoritären Geste gleichsam, die fruchtbaren Ergebnisse der bisherigen Forschungen über das Unbewußte weggefegt. Der Wert des Buches liegt darin, daß es zur Besinnung und erneuten Stellungnahme zwingt, so zur Vertiefung der Probleme führen kann und dem bewußten Geschehen seine gesonderte, bedeutende Stellung in der Hin- und Zurückführung zu Gewissen und „Gott-Innigkeit“ sichert.

Dr. Legewie

Bekanntmachungen

Ärzte-Auslandsdienst

Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hat eine eigene Auslandsabteilung errichtet. Zum Geschäftsführenden Arzt dieser Abteilung wurde durch den Gesamtvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern Herr Dr. med. Röken, Stuttgart, bestellt. Die Anschrift der Auslandsabteilung ist: Präsidium des Deutschen Ärztetages — Auslandsdienst — Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44/45. In allen Auslandsangelegenheiten bitten wir, in Zukunft sich an den Auslandsdienst unter obiger Anschrift zu wenden.

Fortbildungs-Ärztereise nach Italien vom 27. Mai bis 10. Juni 1951

München—Levico (Arsenbad)—Lido—Venedig (Thalassotherapie)—Abano/Padua (veget. Vulkanschlammbäder), Chianciano/Chiusi (Höhlenbäder), Rom/Albule Aque (Schwefelbäder im Freien), Fiuggi (besonderes Nierenbad), Neapel (Agnano Terme), Ischia (vulkan. Rheumabäder).

Dabei Besuche: Vatikan, Pompeji, Vesuv.

Preis 350 DM. Meldung sofort an Dr. med. Heinrich Zeller, Göppingen, Burgstr. 1.

Fortbildungskurs für Homöopathie am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Vom 21. bis 26. Mai (einschl.) 1951 findet ein Fortbildungskurs für Homöopathie am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart statt.

Vorträge haben übernommen:

Dr. Bloss, Bietigheim, Dr. Dehler, Leitender Arzt am Kreis Krankenhaus Freudenstadt, Prof. Dr. Dietrich, Stuttgart, Prof. Dr. Gessner, Bielefeld, Prof. Dr. Grote, Wetzlar, Dr. Köbele, Calw, Dr. Kritzler-Kosch, Bonn, Dr. Dr. Leesser, Stuttgart, Dr. Menge, Stuttgart, Dr. Mezger, Stuttgart, Dr. O. Schlegel, Stuttgart, Dr. Unseid, Stuttgart.

Die Vorträge finden von 9 bis 12 Uhr und 15 bis 16 Uhr statt. Die Nachmittage (16 bis 18 Uhr), außer Samstag, dem 26. Mai, sind für Krankenvorstellungen, Diskussionen der Vorträge und Fragenbeantwortung vorgesehen.

Kursgebühr: 35 DM. Für Ärzte in unbezahlter Stellung Ermäßigung auf Antrag.

Anmeldungen an das Sekretariat des Robert-Bosch-Krankenhauses bis spätestens 19. Mai.

Kursleitung: Dr. med. et phil. O. Leesser, ärztlicher Direktor des Robert-Bosch-Krankenhauses.

Akademie für ärztliche Fortbildung, Karlsruhe

An der Akademie für ärztliche Fortbildung finden in den Monaten Juni und Juli 1951 im Hörsaal der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestr. 18, folgende Vorträge statt, zu denen ich freundlichst einlade:

Freitag, 1. 6. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Plügge, Darmstadt: Psychologie und anthropologische Elemente in der Genese organischer innerer Erkrankungen.

Freitag, 8. 6. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Bingold, München: Das Schicksal des Hämoglobins.

Freitag, 15. 6. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Weber, Karlsruhe: Indikationen zur Tonsillektomie.

Freitag, 22. 6. 1951:

Dr. Buchtala, Würzburg: Anwendung des Ultraschalls in der Medizin.

Freitag, 29. 6. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Habs, Heidelberg: Seuchenprognose.

Freitag, 6. 7. 1951, 20 Uhr:

Doz. Dr. Riechert, Heidelberg: Die Bedeutung des vegetativen Systems für die Therapie.

Freitag, 13. 7. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Bock, Marburg: Thema wird noch bekanntgegeben.

Freitag, 20. 7. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Zukschwerdt, Dr. Römmelt, Göppingen, Frau Prof. Schmidtman, Stuttgart: Eiterungen der Lunge.

Freitag, 27. 7. 1951, 20 Uhr:

Prof. Dr. Siebeck, Heidelberg: Herzinsuffizienz.

Der Leiter der Akademie:
Prof. Dr. med. S c h o e n

Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs in Wangen

Am 6., 7. und 8. Juli 1951 wird in Wangen der Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs abgehalten.

Näheres s. S. 102.

Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V.

Der Verband, die Nachfolgeorganisation des alten Reichsverbandes der Naturärzte e. V., organisiert zur Zeit seine Landesverbände, in denen interessierte Kollegen zusammengeschlossen werden und Gelegenheit zu kollegialer Aussprache und Fortbildung finden sollen. Wir bitten alle Kollegen, die unserem Arbeitsgebiet Interesse entgegenbringen bzw. mitarbeiten wollen, baldmöglichst ihre Anschrift dem Verband (München 8, Langerstraße 7) bekanntzugeben.

Auf den vom 9. bis 15. September 1951 in München geplanten Einführungslehrgang in Naturheilkunde und Homöopathie wird hingewiesen (s. Heft 4, S. 77).

Der 1. Vorsitzende
Dr. Väh

Generalversammlung der Wirtschaftsvereinigung nordwestdeutscher Ärzte (WINORA)

Einladung

aller Mitglieder der Wirtschaftsvereinigung nordwestdeutscher Ärzte e.G.m.b.H. (WINORA) zu der am Mittwoch, dem 30. Mai 1951, um 16 Uhr im Saal des Hotels „Europäischer Hof“, Hamburg 1, Kirchenallee 43, stattfindenden zweiten ordentlichen Generalversammlung.

Der Jahresabschluß liegt ab heute zur Einsicht für die Mitglieder der Genossenschaft in unseren Geschäftsräumen aus.

Hamburg, den 20. April 1951.

Der Aufsichtsrat
gez.: Dr. med. H. Pinckernelle, Vorsitzender.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E.V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE) Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 760 44 und 760 45

EINLADUNG

zum **Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart** am Samstag, den 26. Mai 1951
im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg
(Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 20 bis Haltestelle Hegelplatz, Fernruf 9 21 63.)

Thema des Tages: Chemotherapie und antibiotische Therapie

9—10 Uhr	Professor Dr. Dennig, Stuttgart: Allgemeines · Darmkrankheiten · Virus-Krankheiten
10—11 Uhr	Professor Dr. Beckmann, Stuttgart: Atmungsorgane · Septische Erkrankungen · Rheumatische Erkrankungen
11—12 Uhr	Professor Dr. Windorfer, Stuttgart: Kinderkrankheiten
15—16 Uhr	Professor Dr. Zuchscherdt, Göppingen: Chirurgische Erkrankungen
16—17 Uhr	Professor Dr. Pfeiderer, Stuttgart: Erkrankungen aus dem Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe
17—18 Uhr	Professor Dr. Schmidt, Ludwigsburg: Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die nächsten Fortbildungstage finden am 23. Juni und 14. Juli 1951 statt.

Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg E. V.

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Neuwahl der Kammerdelegierten

Wie bereits jedem Mitglied unserer Ärztekammer mit Wahlrundschriften Nr. 1 vom 13. April 1951 mitgeteilt worden ist, findet nach Ablauf der zweijährigen Wahlperiode die Neuwahl der Kammerdelegierten bis zum 13. Juni 1951 statt. Die Wahl erfolgt mittels Stimmbrief, der von jedem wahlberechtigten Mitglied bis zu obengenanntem Tage an den Vorsitzenden der Kreisärzteschaft als örtlichen Wahlleiter zu senden ist. Die erforderlichen Vordrucke (Wahlvorschläge, Stimmzettel, Wahlumschläge) werden mit besonderem Rundschreiben jedem Mitglied noch zugestellt werden. Kolleginnen und Kollegen, die bis zum 7. Juni 1951 kein Wahlrundschriften erhalten haben, wollen sich alsdann sofort mit der Geschäftsstelle der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V., Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, in Verbindung setzen.

Wir bitten die Kolleginnen und Kollegen, sich vollzählig an der Wahl zu beteiligen.

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Die Beauftragten der Vertragsparteien (früher Zulassungsausschuß) geben bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten folgende Kassenarztsitze zu besetzen sind:

Stuttgart-Innenstadt	prakt. Ärztin
Aalen	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten
Backnang	Facharzt für Orthopädie
Schwäbisch Gmünd	Facharzt für Augenkrankheiten
Göppingen	prakt. Arzt

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuregelung des Zu-

lassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nord-Württemberg eingetragen sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um drei der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis 15. Juni 1951 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Meldepflicht bei Tuberkulose

Das Innenministerium Württemberg-Baden hat um Bekanntgabe des nachfolgenden an alle Ärzte einschl. der Krankenhausärzte im Landesbezirk Württemberg gerichteten Rundschreibens vom 20. März 1951 gebeten: „In der Schule einer Gemeinde sind durch einen ansteckenden Tuberkulose erkrankten Lehrer zahlreiche Kinder mit Tuberkulose angesteckt worden. Dies gibt Veranlassung, die Ärzteschaft darauf hinzuweisen, daß ganz allgemein und im besonderen bei den in Schulen, Kindergärten, Kinderheimen und ähnlichen Einrichtungen tätigen Personen der behandelnde Arzt die Pflicht hat, jede Erkrankung und jeden Verdacht einer Erkrankung an Lungentuberkulose dem Gesundheitsamt zu melden. Dies gilt sinngemäß auch für Erkrankungen von Personen, die dem Gesundheitsamt früher schon gemeldet worden oder nach ihren Angaben bekannt sind, bei denen aber eine Verschlechterung oder der Verdacht einer Verschlechterung in dem Sinn besteht, daß sich aus einer alten inaktiven Tuberkulose wieder eine aktive oder sogar eine ansteckende Tuberkulose entwickelt hat. Die Erfüllung dieser Meldepflicht ist für den Arzt nicht nur im Interesse des Kranken und seiner Um-

gebung unbedingt notwendig, sondern entlastet auch den Arzt selbst von etwaigen straf- oder zivilrechtlichen Folgen wegen Nichterfüllung der durch die Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 in Verbindung mit der Verordnung der Landesregierung Nr. 342 vom 28. April 1948 festgesetzten Meldepflicht aller Fälle von Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Im Sinne der genannten Verordnungen ist anzeigepflichtig jede Erkrankung und jeder Verdacht einer Erkrankung sowie jeder Sterbefall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose und an Tuberkulose anderer Organe, gleichgültig, ob die Erkrankung ansteckend ist oder nicht.*

Der eingangs genannte Fall gibt außerdem Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß auch bei jeder Erkrankung an Erythema nodosum zunächst der Verdacht einer Erkrankung an Tuberkulose besteht und daß deshalb der Fall dem Gesundheitsamt gemeldet werden muß. Das gleiche gilt für die isoliert auftretende exsudative Pleuritis.

Sämtlichen Ärzten wird dringend nahegelegt, außer ihren sonstigen Bemühungen um die Bekämpfung der Tuberkulose auch durch strenge Beachtung der ihnen obliegenden Meldepflicht zur Bekämpfung der immer noch gefährlichsten Volksseuche nach besten Kräften beizutragen."

* Was unter Erkrankung an Tuberkulose im Sinne der genannten Verordnungen zu verstehen ist, ist im Südwestdeutschen Ärzteblatt Heft 10/1949 S. 193 ff. näher ausgeführt worden.

Bericht über die 42. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 29. März 1951, 19—23.30 Uhr

1. Dr. Benz-Aalen berichtet über einen Vertrag, der zwischen einem freipraktizierenden Arzt und seinem Assistenten in der Absicht geschlossen wurde, diesem nach und nach die Praxis gewissermaßen zu verkaufen. Dabei wurde ausgesprochen kaufmännisch kalkuliert und der jüngere Kollege auf viele Jahre hinaus finanziell festgelegt. Ein solches Vorgehen widerspricht unseren ärztlichen Gepflogenheiten.

Um ähnliche Vorkommnisse in Zukunft zu verhüten, wird beschlossen:

- Assistenten für freipraktizierende Ärzte werden künftig nur genehmigt, wenn der KV ein Vertrag vorgelegt wird,
- derzeitig laufende Assistentenverhältnisse werden überprüft und die Kollegen gebeten werden, Verträge noch nachträglich vorzulegen,
- im Südwestdeutschen Ärzteblatt soll ein Mustervertrag veröffentlicht werden,
- Krankenscheinzahlen von Praxen mit Assistenten sollen überprüft werden.

2. Ein Kreiskrankenhaus will mit einem Röntgenologen einen Vertrag abschließen, wonach dieser das ganze ihm von der KV ausbezahlte Honorar an das Krankenhaus abliefern müßte. Diesem Vertrag kann die KV nicht zustimmen; er widerspricht dem Sinn einer Zulassung und könnte deren Zurücknahme zur Folge haben.

3. Die laufende Überprüfung der RVO-Kassen auf richtige Berechnung des Pauschales u. ä. wird künftig von Angestellten der Geschäftsstelle selbst vorgenommen werden.

4. Wegegeldberechnung bei konsiliari-schen Krankenhausbesuchen in ausgelagerten Abteilungen des Krankenhauses Heilbronn: Zwei Herren der Geschäftsstelle werden in Heilbronn die Angelegenheit mit den beteiligten Stellen persönlich besprechen. Ab 1. Juli 1951 soll konsiliarärztliche Krankenhaus-tätigkeit dort nicht mehr von der KV honoriert werden, wo die ärztliche Behandlung im Verpflegungssatz mitenthalten ist.

5. Der Stuttgarter Gebührentarif für ambulante Sachleistungen in Krankenhäusern u. ä. sollte der Einheitlichkeit wegen allgemein eingeführt werden. Mit den Krankenhausverwaltungen wird hierüber verhandelt werden.

6. Verhandlungen mit der Vereinigung der Württ. Krankenhausverwaltungen: Als Vertreter der KV werden gewählt: Dr. Schwoerer, Dr. Benz, Dr. Röken.

7. Dr. Schwoerer: Bericht über die Sitzung des Ausschusses für Fragen der Krankenversicherung am 17. März 1951 in der LVA Stuttgart. — Der Ausschuß hört an sich auf zu existieren, wird aber als beratende Institution weiter tätig sein, bis die neuen Ausschüsse gewählt sind.

8. Bericht des Redaktionsausschusses über die Formulierung der Abänderungsvorschläge für den Entwurf der Zulassungsordnung.

9. Von der Abhaltung eines Württ. Ärztetages anlässlich der Gesundheitsausstellung in Ulm im Juni 1951 wird im Einvernehmen mit der Ärzteschaft in Süd-Württemberg Abstand genommen. Ein gemeinsamer Ärztetag für Gesamt-Württemberg ist für Oktober — nach dem Deutschen Ärztetag in München — in Aussicht genommen.

10. Beratung und Beschlußfassung über zahlreiche Einzelanträge von Kollegen.

Dr. Hämmerle

Nachruf für Herrn Obermedizinalrat Dr. Kauffmann, Göppingen

Am 17. März 1951 verschied der frühere Kreisarzt von Göppingen, Obermedizinalrat Dr. Kauffmann, an den Folgen einer schweren Magenoperation im Alter von 81 Jahren.

Er war jahrzehntelang Kreisarzt von Göppingen, ein Amt, das er mit äußerster Pflichterfüllung versorgte. Dann leitete er beinahe 20 Jahre die Ausbildung und Weiterbildung der Angehörigen des Roten Kreuzes mit seiner ganzen Liebe, so daß das Rote Kreuz von ihm wie von einem Vater spricht. Mehr als 15 Jahre war K. Vertrauensarzt bei der hiesigen Ortskrankenkasse. Er war der schwierigen Aufgabe im Dreieck Krankenkassen—Kranken—Ärzte gewachsen und hat uns Ärzten viel geholfen.

Nun begegnen wir dem aufrecht gehenden, freundlich nickenden Kollegen nicht mehr. Wir können nur den Hingang des gerechten, gerade denkenden, pflichteifrigen, von allen beliebten Kollegen bedauerten, der lebhaften Anteil an unserem Berufs- und Standesleben nahm.

Göppingen und wir Göppinger Ärzte werden ihn in gutem Andenken bewahren.

Kreisärzteschaft Göppingen

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Univ.-Stadion, Telefon 3721

Ärztliche Fortbildung 1951*

Die Teilnahme der Herren Dozenten an in- und ausländischen Kongressen haben eine Änderung erforderlich gemacht. Die Themen, die am 9. Juni behandelt werden sollten, werden am 7. Juli behandelt, und die Themen, die am

* Siehe auch Heft 3/1951, S. 60.

7. Juli behandelt werden sollten, werden bereits am 9. Juni behandelt.

Die Vortragsfolge für den 9. Juni lautet daher wie folgt:
9.00 s. t.—9.50 Feneis: Funktionelle Bauweise des Fußes.
(Ort: Chir. Klinik, Calwer Str.)

10.05—10.55 Kreutz: Fußbeschwerden, ihre Ursachen u. ihre Behandlung. (Ort: Chir. Klinik, Calwer Str.)

- 11.10—12.00 **Naegeli:** Stumpfe Bauchverletzungen.
(Ort: Chir. Klinik, Calwer Str.)
12.15—13.05 **Nitschke:** Über Anämieformen im Kindesalter.
(Ort: Kinderklinik.)

Die Vortragsfolge für den 7. Juli lautet daher wie folgt:

- 9.00 s. t.—9.50 **Neubert:** Zum Feinbau der Niere.
(Ort: Pathologisches Institut)
10.05—10.55 **Bennhold:** Differentialdiagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. (Ort: Med. Klinik)
11.10—12.00 **Letterer:** Pathologische Anatomie der Nephritis und Nephrose. (Ort: Pathologisches Institut)
12.15—13.05 **Staehtler:** Chirurgische Behandlung der Anurie bei Nephritis, renalem Hochdruck und akuten Nephrosen. (Ort: Pathologisches Institut)

Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs in Wangen am 6., 7. und 8. Juli 1951

5. Juli 1951:

ab 20.00 Uhr: Begrüßungsabend im Hotel Sonnenhof, Wangen.

6. Juli 1951: Kinderheilstätte Wangen.

- 8.30 Uhr: Eröffnung durch den Präsidenten der Ärztekammer, Herrn Dr. Borck.
9.00—10.00 Uhr: Klinik der endothorakalen Tuberkulose des Kindes (Brügger, Wangen) I. Teil. Frühstück.
10.20—11.05 Uhr: Klinik der endothorakalen Tuberkulose des Kindes (Brügger, Wangen) II. Teil.
11.10—12.00 Uhr: Tuberkulose im Bereich von Hals und Bauch (Radtke, Wangen).
14.00 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Isny.
14.30—15.30 Uhr: Kollapstherapie der Lungentuberkulose (Pflomm, Isny).
15.30—16.30 Uhr: Besichtigung der Heilstätte Isny. Kaffeetafel.
16.30 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Übrerruh.
17.00—18.00 Uhr: Schleimhauttuberkulose (Böhm, Übrerruh).
18.00—19.00 Uhr: Besichtigung der Heilstätte Übrerruh. Kleiner Imbiß.

7. Juli 1951: Kinderheilstätte Wangen.

- 8.30— 9.15 Uhr: Differentialdiagnose im Bereich des kindlichen Thorax (Brügger, Wangen).
9.20— 9.40 Uhr: Die Tuberkulinprüfung und ihre Beurteilung (Mutschler, Wangen).
9.45—10.00 Uhr: Die Bedeutung der bovinen Infektion im Allgäu (Mutschler, Wangen). Frühstück.
10.20—11.00 Uhr: Durchleuchtung und Frontalaufnahmen (Krenzer, Wangen).
11.05—12.00 Uhr: Demonstrationen.
14.00 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Ried.
14.45—15.45 Uhr: Neue Gesichtspunkte in der Klinik und Therapie der Erwachsenentuberkulose (Brecke, Ried).
15.45—16.45 Uhr: Besichtigung der Heilstätte Ried. Kaffeetafel.
16.45 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Scheidegg.
17.30—18.30 Uhr: Über Knochen- und Gelenktuberkulose (Heiland, Scheidegg).
18.30—19.30 Uhr: Besichtigung der Heilstätte Scheidegg. Kleiner Imbiß.

8. Juli 1951: Kinderheilstätte Wangen.

- 9.00— 9.45 Uhr: Allgemeine Tuberkuloselehre (Rothmund, Wangen).
9.50—10.35 Uhr: Segmentdiagnostik, Bronchographie (P. Schmid, Wangen). Frühstück.
10.55—11.35 Uhr: Chemotherapie beim Kind, Meningitis tuberculosa (Krenzer, Wangen).
11.40—12.00 Uhr: Über Augentuberkulose (Smitmans, Wangen).

12.05 Uhr: Boeck'sche Krankheit (Min sen Li, Wangen).
14.00 Uhr: Abfahrt zur Heilstätte Rosenharz.

14.30—15.30 Uhr: Differentialdiagnose der Lungentuberkulose des Erwachsenen (Szymanski, Rosenharz).
Anschließend Kaffeetafel.

Heimfahrt am Bodensee entlang nach Wangen.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an Herrn Prof. Dr. Brügger, Kinderheilstätte Wangen im Allgäu.

Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern

Zur Anwendung der Schock-Therapie

Die Staatsanwaltschaft bei dem Oberlandesgericht Tübingen teilt am 9. April 1951 unter Nr. 380 — 67/5 folgendes mit:

„Daß die Anwendung der in der psychiatrischen Praxis in weitem Umfang geübten Schocktherapie, weil tatbestandsmäßig eine Körperverletzung, nur mit Einwilligung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters statthaft ist, bedarf keiner weiteren Ausführungen. Es besteht jedoch Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß der Einwilligung des Patienten dessen Belehrung über die möglichen schädlichen Begleiterscheinungen und Folgen der Schockbehandlung vorangehen muß. Es ist ferner unerlässlich, daß der behandelnde Arzt dabei sorgfältig prüft, ob der Patient die Urteilskraft besitzt, um die Bedeutung der von ihm erklärten Einwilligung zu ermessen und ob die Behandlung seinem wirklichen Willen entspricht, eine Prüfung, deren Ergebnis von dem behandelnden Arzt zweckmäßig schriftlich in den Krankenakten niedergelegt wird. Sind die letzteren Voraussetzungen nicht erfüllt, so kann die erforderliche Einwilligung in die Schockbehandlung rechtswirksam nur von dem gesetzlichen Vertreter des Patienten (gegebenenfalls einem gemäß § 1910 Abs. 2 BGB zu bestellenden Pfleger) erklärt werden.“

Land Württemberg-Hohenzollern
Innenministerium

Verordnung des Arbeitsministeriums über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen

Vom 12. Juli 1949.

Auf Grund des § 1 des Gesetzes über die vorläufige Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Dentisten vom 3. Dezember 1948 (RegBl. 1949 S. 4) wird nach Anhörung der Ärztekammer und des Verbands der Ortskrankenkassen verordnet:

Zulassungsordnung für Ärzte

Kapitel I

Allgemeines

§ 1

Im Sinne dieser Zulassungsordnung bedeuten die Bezeichnungen:

- Krankenkassen:** Die gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO), die Kassenverbände (§ 406 RVO), die See-Krankenkasse (§ 476 RVO);
- Ärzte:** Die zur Ausübung ihres Berufes in Deutschland befugten approbierten Ärzte;
- Zulassung:** Die Berechtigung und Verpflichtung des Zugelassenen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten;
- Kassenärzte:** Ärzte, die rechtskräftig zugelassen sind.

§ 2

Zur Ausübung der Kassenpraxis im Sinne des § 1 sind, von dringenden Fällen abgesehen, nur Kassenärzte berechtigt.

Kapitel II Arztregister

§ 3

(1) Ein Arzt, der zugelassen werden will, muß in das Arztregister des Landes Württemberg-Hohenzollern eingetragen sein.

(2) Ein nicht zugelassener Arzt darf im Gebiet der deutschen Länder gleichzeitig in höchstens 2 Arztregistern, ein Kassenarzt nur in einem weiteren Arztregister eingetragen sein.

(3) Die Eintragung in das Arztregister erfolgt auf schriftlichen Antrag des Arztes. Der Antrag muß folgende Angaben enthalten:

- die Personalien des Arztes, gegebenenfalls auch die seines Ehegatten und seiner Kinder,
- den Tag der Approbation als Arzt,
- die Anschrift,
- den Tag, an dem die Tätigkeit als Arzt aufgenommen wurde und die Art dieser Tätigkeit seit Beginn der Berufsausübung.

In dem Antrag ist ferner anzugeben, wann die Kassenpraxis frühestens aufgenommen werden kann.

Dem Antrag sind beizufügen:

- die Geburtsurkunde,
- der Nachweis der Approbation als Arzt,
- die Bescheinigung über die bisherige Tätigkeit als Arzt,
- der Spruchkammerbescheid.

Wenn der Arzt schon niedergelassen ist, ist eine Bescheinigung der Ärztekammer über Ort und Dauer der Niederlassung beizufügen. Eine bereits erfolgte Zulassung zur Kassenpraxis ist ebenfalls nachzuweisen.

(4) Können die in Abs. 3 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so sind die erforderlichen Nachweise auf andere Weise zu erbringen.

§ 4

(1) Das Arztregister wird von der Kassenärztlichen Vereinigung für das Gebiet des Landes Württemberg-Hohenzollern unter der Aufsicht des Oberversicherungsamts für Württemberg-Hohenzollern geführt.

(2) Über Eintragungen (Neueintragungen, Änderungen oder Streichungen) im Arztregister entscheidet die Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der das Arztregister geführt wird. Auf Beschwerde entscheidet der Zulassungsausschuß endgültig.

§ 5

(1) Die Eintragung ist einem Arzt nur zu versagen, wenn er nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet oder wenn ihm die Berufsausübung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen untersagt ist.

(2) Ein Arzt, der die deutsche Staatsangehörigkeit nicht besitzt, ist jedoch dann einzutragen, wenn ihm die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung nach § 21 Abs. 2 gestattet ist.

(3) Die Kassenärzte sind im Arztregister besonders kenntlich zu machen.

§ 6

(1) Tatsachen, die für die Zulassung oder ihr Ruhen von Bedeutung sind, werden von Amts wegen oder auf Antrag des Arztes, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Verbände der Krankenkassen im Arztregister vermerkt.

(2) Der Arzt ist vor der Eintragung des Vermerks zu hören, falls er den Vermerk nicht selbst beantragt hat.

(3) Die Eintragung des Vermerks oder die Ablehnung des Antrags ist dem Arzt und gegebenenfalls dem Antragsteller mitzuteilen.

§ 7

Im Arztregister ist der Zeitpunkt der Eintragung anzugeben. Als Zeitpunkt der Eintragung gilt der Tag des Eingangs des Antrages, sofern dabei die Voraussetzungen für die Eintragung nachgewiesen sind, andernfalls der Tag, an dem dieser Nachweis erbracht wird. Kann der Nachweis aus Gründen, die der Antragsteller nicht zu vertreten hat, nicht zugleich mit dem Eintragungsantrag erbracht werden, so gilt der Tag des Eingangs des Antrags als Zeitpunkt der Eintragung auch

ohne diesen Nachweis, sofern er nur bis zur Zulassung nachgebracht wird. Der Zeitpunkt der Eintragung bestimmt die Reihenfolge im Arztregister.

§ 8

Für kriegsgefangene Ärzte können die Angehörigen oder sonstige Beauftragte den Antrag auf Eintragung stellen. Die §§ 3 bis 7 gelten entsprechend.

§ 9

(1) Ein Arzt wird aus dem Arztregister gestrichen:

- wenn er die Streichung beantragt,
- wenn er gestorben ist,
- wenn er auf die Approbation verzichtet hat oder die Approbation zurückgenommen ist,
- wenn die Voraussetzungen für seine Eintragung nach § 5 nicht oder nicht mehr gegeben sind,
- wenn seine Zulassung nach § 23 Ziff. 2 oder 3 endet,
- wenn ihm die Zulassung nach § 26 entzogen worden ist.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Ziff. 6 darf der Arzt vor dem im Beschluß über die Entziehung seiner Zulassung festgesetzten Zeitpunkt nicht wieder in das Arztregister eingetragen werden.

§ 10

(1) Die Einsicht in das Arztregister ist Ärzten und Krankenkassen sowie deren Verbänden und Berufsvertretungen gestattet.

(2) Die Einsicht in die Registerakten ist nur den Mitgliedern der Zulassungsinstanzen, der Ärztekammer und den Verbänden der Krankenkassen gestattet. Einem Arzt ist auf Verlangen außerdem in die ihn betreffenden Akten Einsicht zu gewähren. Zur Auskunftserteilung an andere Stellen ist die Kassenärztliche Vereinigung dann verpflichtet, wenn ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.

Kapitel III Bewerbung

§ 11

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister eingetragene Arzt bewerben.

§ 12

(1) Die Bewerbung hat schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden oder beglaubigte Abschriften beizufügen, soweit sie nicht bereits bei der Eintragung vorgelegt worden sind:

- Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
- Approbationsurkunde,
- Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte berufliche Tätigkeit,
- die Urkunde, durch die der Arzt als Facharzt anerkannt ist, wenn er sich um die Zulassung als Facharzt bewirbt,
- die Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister,
- ein polizeiliches Führungszeugnis,
- eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung,
- eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder war.

(2) Können die in Abs. 1 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so sind die erforderlichen Nachweise auf andere Weise zu erbringen.

(3) Der Bewerber hat eine Erklärung beizufügen, aus der sich das Ergebnis oder der Stand der Überprüfung seiner politischen Vergangenheit erkennen läßt.

§ 13

(1) In der Bewerbung ist zu vermerken, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird.

(2) Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Kapitel IV

Grundsätze für die Zulassung

§ 14

(1) Auf etwa 600 Kassenmitglieder soll ein Kassenarzt entfallen.

(2) Das Verhältnis der Zahl der Kassenärzte zur Zahl der Kassenmitglieder wird vom Zulassungsausschuß halbjährlich festgestellt und in geeigneter Weise bekanntgegeben. Kassenärzte, deren Zulassung ruht, sowie zugelassene hauptamtlich tätige Krankenhausärzte, werden nicht mitgerechnet.

(3) Außer der Verhältniszahl nach Abs. 1 können in begründeten Einzelfällen andere Gesichtspunkte nach gewissenhaftem, freiem Ermessen der Zulassungsinstanzen berücksichtigt werden.

(4) Das Arbeitsministerium kann die in Abs. 1 genannte Verhältniszahl nach Anhören der Ärztekammer und der Verbände der Krankenkassen anderweitig festsetzen.

§ 15

(1) Die Zulassungen erfolgen für die ausgeschriebenen Orte oder Ortsteile.

(2) Ist in einem Ort oder Ortsteil, in dem kein Kassenarzt niedergelassen ist, die Zulassung eines Arztes erforderlich, so können Zulassungen im Bereich des Zulassungsausschusses so lange gesperrt werden, bis für den vordringlich zu besetzenden Ort oder Ortsteil ein Arzt zugelassen ist.

(3) In den Orten, in denen die Zahl der Fachärzte unter den Kassenärzten mehr als 25 v. H. aller Kassenärzte beträgt, sollen Fachärzte nur für nicht oder nicht ausreichend besetzte Fächer, im übrigen aber nur praktische Ärzte zugelassen werden.

(4) Bedingte Zulassungen sind unzulässig.

§ 16

(1) Voraussetzung für die Zulassung eines Arztes ist eine mindestens dreijährige Vorbereitung auf die Kassenpraxis nach bestandenem Staatsexamen. Diese Vorbereitung soll im wesentlichen an deutschen Krankenanstalten erfolgt sein und soll mindestens eine sechsmonatige Tätigkeit an einer inneren Abteilung und eine je zweimonatige Tätigkeit an einer chirurgischen, einer geburtshilflich-gynäkologischen und an einer pädiatrischen Abteilung oder eine entsprechende Tätigkeit an einem größeren allgemeinen Krankenhaus enthalten. Während der Vorbereitung muß der Arzt drei Monate als Vertreter oder Assistent von Kassenärzten mit überwiegend auf dem Lande ausgeübter Allgemeinpraxis tätig sein. Darüber, ob Landpraxis in diesem Sinne vorliegt, entscheidet der Zulassungsausschuß.

(2) Auf die Vorbereitungszeit kann angerechnet werden:

1. bis zur Dauer von weiteren neun Monaten eine Tätigkeit als Vertreter oder Assistenzarzt bei Ärzten in der freien Praxis;

2. bis zur Dauer von insgesamt zwölf Monaten eine ärztliche Tätigkeit in einem Flüchtlingslager, in einem Kriegsgefangenenlager, als hauptamtlich tätiger Arzt in einem Gesundheitsamt und als hauptamtlich tätiger Arzt an einem ärztlich-wissenschaftlichen Institut oder im sozial-ärztlichen Dienst;

3. eine wehrmehrsärztliche Tätigkeit

a) als Truppenarzt, als Arzt bei Sanitätskompanien, Feldlazaretten und Krankentransportabteilungen zur Hälfte, jedoch höchstens mit zwölf Monaten;

b) an Kriegslazaretten, Reservekriegslazaretten, Reserve-lazaretten und Kriegsgefangenenlazaretten in voller Höhe, jedoch höchstens mit achtzehn Monaten.

4. Von der ärztlichen Tätigkeit nach Ziff. 1, 2 und 3 können insgesamt nicht mehr als vierundzwanzig Monate angerechnet werden.

(3) Die Tätigkeit als Assistent bei einem frei praktizierenden Arzt wird nur angerechnet, wenn der Arzt die Genehmigung der Ärztekammer zur Beschäftigung eines Assistenten hatte.

(4) Eine Tätigkeit als Assistenz- oder Volontärarzt wird nicht angerechnet, wenn der Arzt gleichzeitig eigene Praxis ausgeübt hat.

(5) Ärzte, die ununterbrochen länger als drei Jahre als Kassenärzte oder Hilfskassenärzte tätig waren, diese Tätigkeit aber aufgegeben haben, sind von der Vorbereitung auf die Kassenpraxis befreit.

(6) Der Kassenarzt ist verpflichtet, an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen veranstalteten Einführungslehrgang für die Kassenpraxis teilzunehmen, es sei denn, daß er vor 1945 bereits länger als zwei Jahre kassenärztliche Tätigkeit ausgeübt hat. Sind seit der Teilnahme an einem Lehrgang bis zur Zulassung mehr als zwei Jahre verflossen, so kann der Besuch eines weiteren Lehrgangs verlangt werden, wenn der zu-

gelassene Arzt inzwischen nicht insgesamt mindestens ein Jahr lang selbständig Kassenärzte vertreten hat.

§ 17

Von der Zulassung ausgeschlossen sind:

1. Ärzte, gegen deren Zulassung ein in ihrer Person liegender wichtiger Grund vorliegt, der sie wegen körperlicher, geistiger, charakterlicher oder moralischer Unzulänglichkeit zum Kassenarzt ungeeignet macht.

2. Ärzte, die auch die Approbation als Zahnärzte besitzen, solange sie als Zahnärzte zugelassen sind.

3. Ärzte, die die gesetzlichen Voraussetzungen für die Niederlassung nicht erfüllen, falls hierfür Beschränkungen bestehen.

§ 18

(1) Ärzte, die in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses oder aus einer Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung ihrer Berufsorganisation regelmäßig Einnahmen von mindestens monatlich 400 DM beziehen, sind in der Regel nicht zuzulassen. Ihre Zulassung soll nur erfolgen, wenn sie zur ausreichenden kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist oder das Beamten- oder Angestelltenverhältnis spätestens drei Monate nach rechtskräftiger Zulassung erlöschen wird. Die Summe von 400 DM erhöht sich bei verheirateten Ärzten um 100 DM und für jedes Kind bis zum vollendeten 24. Lebensjahr — bei Töchtern längstens bis zu ihrer Verheiratung — um 50 DM.

(2) Als Einnahmen im Sinne des Abs. 1 gelten auch Wartegeld und Ruhegehalt, jedoch nicht Kinderzulagen und nicht die für die Beeinträchtigung der ärztlichen Tätigkeit gewährten Entschädigungen, die die Berufsorganisationen für die Tätigkeit in der Berufsorganisation zahlen.

§ 19

(1) Für die Auswahl unter den Bewerbern ist zunächst festzustellen, ob die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen. Bewerber, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, scheiden aus. Es ist ihnen schriftlich mitzuteilen, welche Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

(2) Die Auswahl erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Den Vorrang unter den Bewerbern haben in der Regel

a) Bewerber, die durch das nationalsozialistische System aus rassischen, religiösen oder politischen Gründen ihre Stelle verloren haben;

b) Schwerbeschädigte und Flüchtlinge, die letzteren soweit sie bereits zugelassen waren;

c) Bewerber, die mindestens fünf Jahre auf dem Lande oder in einer Kleinstadt Kassenärzte gewesen sind, bei der Zulassung für Orte mit besseren Ausbildungsmöglichkeiten für ihre Kinder;

d) Ärzte, die die elterliche Kassenpraxis übernehmen wollen, bei der Zulassung für den Ort dieser Praxis.

2. Im übrigen sind zu berücksichtigen:

Das Lebensalter, der Familienstand, der Termin der Eintragung ins Arztregister, die engere Heimatzugehörigkeit, württembergische Arztsöhne, der Zeitpunkt der Approbation, die Ausbildungszeit nach der Approbation sowie etwaige von der Kassenärztlichen Vereinigung gebilligte Übernahmeverträge bei der Abgabe einer Praxis.

(3) Die Entscheidung erfolgt nach billigem Ermessen unter Abwägung aller Umstände.

§ 20

Ist beim Tode eines Praxisinhabers als Bewerber ein Abkömmling vorhanden, der bereits im Besitze der Approbation ist, so kann die Stelle so lange unbesetzt bleiben oder durch einen Vertreter versehen werden, bis der Abkömmling die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt.

§ 21

(1) Der Zulassungsausschuß kann zur Behebung eines Notstandes Ärzten die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in einem bestimmten Ort oder Ortsteil gestatten. Die Genehmigung kann auch ohne das Vorliegen eines Notstandes zur Versorgung eines beschränkten Personenkreises (z. B. des Personals eines Betriebs oder einer Krankenanstalt oder der Insassen eines Lagers) erteilt werden.

(2) Der Zulassungsausschuß kann einem Arzt, der die deutsche Staatsangehörigkeit nicht besitzt und dem von der zuständigen Behörde die Ausübung seines Berufs in Deutsch-

land erlaubt ist, die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung gemäß Abs. 1 gestatten.

(3) Die Genehmigungen nach Abs. 1 und 2 können durch den zuständigen Zulassungsausschuß jederzeit zurückgenommen werden.

(4) Während der Dauer der Teilnahme haben die in Abs. 1 und 2 bezeichneten Ärzte die Rechte und Pflichten eines Kassenarztes.

§ 22

(1) Ein Kassenarzt, der aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis innerhalb des Zulassungsbezirks verzieht, bleibt nur zugelassen, wenn der Zulassungsausschuß vorher zugestimmt hat.

(2) Wollen Kassenärzte ihre Praxis tauschen, so ist eine neue Zulassung nicht erforderlich, wenn der Zulassungsausschuß dem Tausch seine Zustimmung erteilt hat.

Kapitel V

Ende, Ruhen und Entziehung der Zulassung

§ 23

Die Zulassung endet:

1. mit dem Tode des Zugelassenen,
2. mit der Erklärung des Zugelassenen, daß er die Zulassung nicht annimmt oder sie aufgibt,
3. mit dem Wegzuge des Zugelassenen aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis, es sei denn, daß seine Zulassung ruht oder daß er eine Zustimmung gemäß § 22 Abs. 1 oder 2 erhalten hat,
4. mit der rechtskräftigen Entziehung der Zulassung.

§ 24

Die Zulassung ruht, solange dem Zugelassenen die Ausübung seines Berufes verboten ist oder die Befugnis dazu ruht.

§ 25

(1) Das Ruhen der Zulassung ist zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 und 2 vorliegen; es kann beschlossen werden, wenn der Zugelassene es beantragt.

(2) In jedem Ruhensbeschuß muß die Ruhenszeit festgesetzt werden.

(3) Während der Ruhenszeit darf kassenärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt werden.

§ 26

(1) Die Entziehung der Zulassung ist zu beschließen:

1. wenn die Zulassung aus einem in der Person des Zugelassenen liegenden wichtigen Grund nicht hätte erfolgen dürfen, oder wenn nach der Zulassung ein solcher Grund eintritt,
2. wenn der Zugelassene ohne wichtigen Grund die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ablehnt oder die Kassenpraxis ohne wichtigen Grund und ohne Ruhensbeschuß des Zulassungsausschusses länger als drei Monate persönlich nicht ausübt,
3. wenn ein Zugelassener seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

(2) In den Fällen des Abs. 1 ist der Zeitpunkt festzustellen, in dem der Arzt frühestens wieder in das Arztregister eingetragen werden darf. In dem Beschuß über die Entziehung der Zulassung kann auch festgestellt werden, daß wegen der Entziehung eine Streichung im Register nicht zu erfolgen hat. Wird eine derartige Feststellung getroffen, so lebt die Zulassung nach Ablauf von zwei Jahren nach der Rechtskraft des Beschlusses wieder auf.

Kapitel VI

Verfahren

§ 27

(1) Zulassungsinstanzen sind der Zulassungsausschuß, der Berufungsausschuß und das Schiedsamt beim Obergerichtsamt. Bei der Beschlußfassung sind die Mitglieder der Zulassungsinstanzen an Weisungen nicht gebunden.

(2) Die Zulassungsinstanzen werden für den Bereich des Landes Württemberg-Hohenzollern gebildet.

(3) Die Beschlüsse der Zulassungsinstanzen werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt. Ergibt sich bei der Abstimmung im Zulassungsausschuß Stimmgleichheit, so gilt ein Antrag als abgelehnt.

§ 28

(1) Der Zulassungsausschuß wird bei der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung gebildet; er hat seinen Sitz in Tübingen. Er besteht aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern in der nötigen Zahl. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein.

(2) Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

(3) Der Vorsitz wechselt von Sitzung zu Sitzung zwischen den Vertretern der Ärzte und Krankenkassen.

(4) Für die büromäßige Erledigung der im Zulassungsausschuß anfallenden Arbeiten steht dem jeweiligen Vorsitzenden die Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

§ 29

Der Zulassungsausschuß beschließt über die auszuschreibenden Stellen und meldet sie der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Ausschreibung unter Fristsetzung für die Bewerbung in ihrem Amtsblatt oder auf andere Weise bekanntgibt.

§ 30

(1) Der Zulassungsausschuß entscheidet über Zulassungen, ihr Ruhen, Entziehung der Zulassung sowie bei Streit über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Zulassung, außerdem bei Beschwerden nach § 4 Abs. 2. Er entscheidet ferner über Anträge von „praktischen Ärzten“, ihre Tätigkeit als „Fachärzte“ und über Anträge von „Fachärzten“, ihre Tätigkeit als „praktische Ärzte“ fortsetzen zu dürfen.

(2) Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses können die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen binnen eines Monats Berufung beim Berufungsausschuß einlegen. Die Berufung bewirkt Aufschub.

§ 31

(1) Der Berufungsausschuß wird bei der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung für Württemberg-Hohenzollern gebildet. Er besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, über den sich die beiden Vertragsparteien einigen und der die Befähigung zum Richteramt haben muß, sowie aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein. Dem Berufungsausschuß gehören ferner Stellvertreter in der nötigen Zahl an.

(2) Die Vertreter der Ärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

(3) Gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses steht den beteiligten Ärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen binnen eines Monats das Rechtsmittel der Revision an das Schiedsamt beim Obergerichtsamt (§ 32) zu.

(4) Kommt eine Einigung der Vertragsparteien über die Person des in Abs. 1 genannten unparteiischen Vorsitzenden nicht zustande, so wird er vom Arbeitsministerium ernannt.

§ 32

(1) Das Schiedsamt wird beim Obergerichtsamt gebildet. Es besteht aus einem Mitglied des Obergerichtsamts mit der Befähigung zum Richteramt als Vorsitzendem sowie aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein. Dem Schiedsamt gehören ferner Stellvertreter in der nötigen Zahl an.

(2) Die Vertreter der Ärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

§ 33

(1) Das Schiedsamt entscheidet endgültig über Revisionen gegen Entscheidungen des Berufungsausschusses. Die Revision kann ohne mündliche Verhandlung verworfen werden, wenn die Mitglieder des Schiedsamts sich über die Unzulässigkeit oder die Aussichtslosigkeit der Revision einig sind.

(2) Die Revision kann nur darauf gestützt werden, daß

1. die angefochtene Entscheidung auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden

- Rechtes oder auf einem Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten beruhe,
 2. das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide.
 (3) Die Revision bewirkt Aufschub.

§ 34

- (1) Bei jeder Zulassung ist der Ort oder Ortsteil anzugeben, für den die Zulassung erfolgt ist.
 (2) Bei der Zulassung eines Arztes ist in dem Beschluß anzugeben, ob er als praktischer Arzt oder als Facharzt zugelassen wird.

§ 35

Der Zugelassene kann innerhalb von zwei Wochen nach rechtskräftig gewordener Entscheidung erklären, daß er die Zulassung nicht annimmt. Die Erklärung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß, bei Berufungs- und Revisionsverfahren an den Berufungsausschuß oder an das Schiedsamt abzugeben. Sie ist unwiderruflich.

§ 36

Anträge und Rechtsmittel sind unter Beifügung der Belegmittel zu begründen und in dreifacher Fertigung einzureichen.

§ 37

Der Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen muß — vorbehaltlich des § 33 Abs. 1 Satz 2 — eine mündliche Verhandlung vorausgehen. Zu der mündlichen Verhandlung werden die Beteiligten geladen mit dem Hinweis, daß auch im Falle des Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann. Die Ladung soll spätestens eine Woche vor der mündlichen Verhandlung ergehen.

§ 38

(1) In der mündlichen Verhandlung können Auskunftspersonen und Zeugen gehört werden, die die Beteiligten auf ihre Kosten zur mündlichen Verhandlung zuziehen, soweit dies den Zulassungsinstanzen erforderlich oder wünschenswert erscheint.

(2) Von Amts wegen können Auskunftspersonen oder Zeugen von den Zulassungsinstanzen geladen und vernommen werden. Auf Verlangen werden ihnen die durch die Vernehmung entstandenen Barauslagen sowie ein etwa entstandener Verdienstausschlag ersetzt. Die Entscheidung hierüber trifft der Vorsitzende der Zulassungsinstanz endgültig.

§ 39

(1) Die Beteiligten können sich sowohl in ihren Schriftsätzen als auch in der mündlichen Verhandlung durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Die Vollmacht muß schriftlich erteilt werden. Von der Beibringung einer Vollmacht kann abgesehen werden, wenn die Vertretungsbefugnis hinreichend glaubhaft gemacht wird.

(2) Die Zulassungsinstanzen können das persönliche Erscheinen des Arztes anordnen.

§ 40

(1) Die Verhandlung beginnt nach dem Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhaltes durch den Vorsitzenden oder den von ihm als Berichterstatter bestellten Beisitzer. Der Vorsitzende leitet die Verhandlung, Beratung und Abstimmung. Der Vorsitzende hat dahin zu wirken, daß der Sachverhalt ausreichend klargestellt wird. Jedes Mitglied der Zulassungsinstanzen kann sachdienliche Fragen und Anträge stellen.

(2) Die Beratung und Beschlußfassung, die in Abwesenheit der Beteiligten stattfindet, schließt sich an die Verhandlung an. Dabei dürfen nur die Mitglieder, die an der Verhandlung teilgenommen haben, und der Schriftführer anwesend sein.

§ 41

(1) Die Verhandlung, Beratung und Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich. Über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis bei der Abstimmung besteht Schweigepflicht. Das Ergebnis des Verfahrens ist in einem Beschluß niederzulegen.

(2) In dem Beschluß sind die Zulassungsinstanz, die an der Beschlußfassung beteiligten Mitglieder und der Tag der Beschlußfassung aufzuführen. Der Beschluß ist mit Gründen zu versehen und vom Vorsitzenden und einem Beisitzer jeder Gruppe zu unterschreiben.

(3) Die Ausfertigung vollzieht der Vorsitzende oder bei seiner Behinderung ein Beisitzer, der bei dem Beschluß mitgewirkt hat.

(4) Der Vorsitzende stellt den Beteiligten je eine Ausfertigung des Beschlusses mit Rechtsmittelbelehrung zu. Er kann anordnen, daß auch andere Stellen Abschriften des Beschlusses erhalten.

§ 42

Die Vorsitzenden der Zulassungsinstanzen bestimmen je einen Schriftführer. Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß die Namen der Sitzungsteilnehmer und die gefaßten Beschlüsse enthalten. Sie ist von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterzeichnen. Die Niederschriften sind zehn Jahre lang aufzubewahren.

§ 43

Wird im Berufungs- oder Revisionsverfahren der angefochtene Beschluß ganz oder teilweise aufgehoben, so kann der Berufungsausschuß oder das Schiedsamt entweder in der Sache selbst entscheiden oder sie ganz oder zum Teil an die Vorinstanz zurückverweisen.

§ 44

Zur Deckung der durch die Tätigkeit der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Zulassungsinstanzen entstehenden Kosten werden nach Maßgabe des § 45 Gebühren erhoben.

§ 45

(1) Mit dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister ist eine Gebühr von 5 DM zu entrichten, die zur Deckung der Kosten des Verfahrens verwendet wird.

(2) Außer dieser Gebühr hat jeder Arzt, der zugelassen wird, eine weitere Gebühr von 50 DM an den Zulassungsausschuß, im Falle der Berufung an den Berufungsausschuß und im Falle der Revision an das Schiedsamt zu bezahlen, die mit dem Eintreten der Rechtskraft des die Zulassung aussprechenden Beschlusses fällig wird. Dies gilt auch für stattgebende Entscheidungen nach § 22.

(3) Bei Ablehnung einer Zulassung wird eine Gebühr von 10 DM zum Ansatz gebracht, die sich im Berufungs- oder Revisionsverfahren auf 20 DM erhöht. Bei Zurückweisung der Berufung oder Revision gegen einen die Zulassung aussprechenden Beschluß ist ebenfalls eine Gebühr von 20 DM zu entrichten. Entsprechendes gilt für ablehnende Entscheidungen nach § 22.

(4) Bei Zurücknahme des Zulassungsgesuchs, eines Gesuchs nach § 22 oder der Berufung und Revision ermäßigt sich die Gebühr in Abs. 3 um die Hälfte.

(5) Soweit es sich nicht um die Vornahme oder Ablehnung von Zulassungen nach den Abs. 2 bis 4 handelt, ist die Gebühr, wenn die Sache durch einen Beschluß erledigt wird, dem unterliegenden Beteiligten aufzuerlegen. Sie beträgt im Verfahren vor dem Zulassungsausschuß mindestens 10 DM und höchstens 50 DM; im Verfahren vor dem Berufungsausschuß mindestens 15 DM und höchstens 100 DM; im Verfahren vor dem Schiedsamt mindestens 20 DM und höchstens 150 DM. Wird der angefochtene Beschluß aufgehoben oder in wesentlichen Punkten abgeändert, so hat der Berufungsausschuß oder das Schiedsamt zugleich nach freiem Ermessen darüber zu beschließen, wer die in dem bisherigen Verfahren entstandenen Kosten zu tragen hat. Bei Zurücknahme einer Berufung oder Revision kann der Berufungsausschuß oder das Schiedsamt die Gebühr für das bei ihm anhängig gewordene Verfahren auf die Hälfte ermäßigen. Entsprechendes gilt bei Zurücknahme eines Antrags in dem Verfahren vor dem Zulassungsausschuß.

(6) Endet das Verfahren durch Vergleich, so beschließen die Zulassungsinstanzen über die Auferlegung der Gebühr nach freiem Ermessen.

§ 46

Die Amtsdauer der Mitglieder der Zulassungsinstanzen mit Ausnahme des Vorsitzenden des Berufungsausschusses und des Schiedsamts beträgt vier Jahre. Danach sind die Mitglieder neu zu bestellen. Wiederholte Bestellung ist zulässig.

§ 47

(1) Über Geschäftsgang, Verfahren und Tragung der Kosten des Schiedsamts erläßt das Arbeitsministerium ergänzende Bestimmungen.

(2) Der Zulassungsausschuß und der Berufungsausschuß geben sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf.

Kapitel VII

Übergangsregelung

§ 48

(1) Ärzte, denen auf Grund der Weisung des früheren Reichsarbeitsministers vom 4. September 1939 (Reichsarb.-Bl. S. IV 461) und auf Grund der Rechtsanordnung über die Niederlassung von Ärzten, Zahnärzten und Dentisten vom 20. November 1945 (Amtsblatt 1945 S. 3) die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung vorübergehend gestattet wurde, gelten im Sinne dieser Verordnung als zugelassen, wenn nicht gegen die Zulassung von der Kassenärztlichen Vereinigung oder den Verbänden der Krankenkassen innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung beim Zulassungsausschuß Einspruch eingelegt wird.

(2) Erfolgt ein Einspruch, so kann der Zulassungsausschuß dem betreffenden Arzt bis zur endgültigen Entscheidung über den Einspruch die weitere Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung in stets widerruflicher Weise gestatten. Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses findet ein Rechtsmittel nicht statt.

(3) Gegen die nach Abs. 1 zu treffende Einspruchsentscheidung des Zulassungsausschusses ist Berufung an den Berufungsausschuß und gegen dessen Entscheidung Revision an das Schiedsamt zulässig.

(4) Die nach Abweisung des Einspruchs oder Zurückweisung der Berufung oder Revision endgültig zugelassenen Ärzte sind von Amts wegen in das Arztregister einzutragen.

Kapitel VIII

Inkrafttreten

§ 49

Diese Zulassungsordnung tritt am 1. Juli 1949 in Kraft.

Tübingen, den 12. Juli 1949.

Wirsching

Dr. Haldenwang, Balingen — Aufgabe der Krankenhaus-tätigkeit

Am 31. 3. 1951 beendete Herr Dr. Haldenwang im Alter von 67 Jahren seine Tätigkeit als leit. Arzt des Kreiskrankenhauses Balingen. In den 19 Jahren, in denen er das Krankenhaus leitete, erwarb er sich das Vertrauen der Bevölkerung des Kreises Balingen in besonderem Maße. Von einer ungewöhnlichen Gewissenhaftigkeit und einem vorbildlichen Pflichteifer beseelt, setzte er seine ganze Kraft für das Wohl seiner Patienten ein. Die Kollegen blickten in Verehrung zu ihm auf und nahmen den Rat des älteren erfahrenen Arztes gerne in Anspruch. Als Chirurg hatte er in all den Jahren eine glückliche Hand. Besonderen Wert legte er auf gewebe-schonendes und blutsparendes Operieren, und seine Erfolge als Operateur sind nicht zuletzt diesem Grundsatz zuzuschreiben. Allen Ärzten, die durch seine Schule gegangen sind, brachte die Tätigkeit unter seiner Anleitung bleibenden Gewinn. Seine langjährige Tätigkeit am Wilhelmsspital in Stuttgart unter Dr. Brigel hatte ihn mit der Kropfchirurgie so vertraut gemacht, daß er sich dann später in Balingen mit be-

sonderer Liebe und Sorgfalt der Kropfoperation widmete und weit über das eigentliche Einzugsgebiet des Krankenhauses hinaus von Kropfleidenden aufgesucht wurde. Trotz aller Erfolge blieb er stets bescheiden und vermied es, in der Öffentlichkeit hervorzutreten. Ein Gegner jeder Effekthascherei, lebt er nach dem Grundsatz: „mehr sein als scheinen“. Nach seinem Rücktritt von der Leitung des Krankenhauses wird sich Herr Dr. Haldenwang seiner Praxis widmen, und wir möchten wünschen, daß seine Erfahrung und sein Können noch recht lange den Kranken zugute kommen werden.

Dr. med. Helmut Nagel

Assistenzarzt am Kreis Krankenhaus Balingen

Nachruf

Am 12. April 1951 verstarb an den Folgen eines Schlaganfalles Herr Dr. med. Martin Leitritz. Der am 28. März 1877 in Goldberg gebürtige Schlesier war seit 1908 in Ochsenhausen, Kreis Biberach/Riß, ansässig. In einer 43jährigen Tätigkeit hat er das Vertrauen seiner ausgedehnten Klientel in reichstem Maße besessen. Eine ungewöhnlich große Trauergemeinde gab daher dem Dahingegangenen die letzte Ehre. Die Hochachtung, die dem Wissenschaftler, die Wertschätzung, die dem Menschen, und die Liebe, die dem Kollegen zu Lebzeiten stets entgegengebracht wurden, drückten sich in der Teilnahme vieler Ärzte des Kreises und der Nachbarkreise am Trauergeleit aus. Am offenen Grabe hielt der Vorsitzende des ärztlichen Kreisvereins Biberach zugleich für die Ärztekammer eine ergreifende Gedächtnisansprache, die auch dem toten Soldaten einen Lorbeerkranz wand. R. i. p. Sein Andenken wird in uns gewahrt bleiben.

Dr. Degenhard

Nachruf

Herr Dr. med. Josef Schweizer, Chefarzt und Chirurg am Städt. Krankenhaus Weingarten, ist kurz vor Vollendung seines 46. Lebensjahres ganz plötzlich einem Herzschlag erlegen.

Der ärztliche Kreisverein Ravensburg verliert in ihm einen treuen Kollegen, einen hilfsbereiten, geschätzten Berater. Er war ein Berufener seines Faches, ein glänzender Chirurg, ein rastlos schaffender Arzt. Obwohl schon seit längerer Zeit ein vom Tode Gezeichneter, hat er sich bis zum Letzten der Arbeit seines Berufes hingegeben. In der wohlverdienten Erholung raffte ihn der Tod hinweg. Der frühe Hingang dieses tüchtigen, beliebten und allgemein geschätzten Arztes mitten aus seiner Arbeit, mitten aus seiner Familie heraus, trifft uns alle überaus schwer.

Ärztlicher Kreisverein Ravensburg
i. A. Dr. Schnabel, Weingarten

Nachruf

Nach längerem Leiden ist im April d. J. in Reutlingen Dr. Karl Zäh, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, verschieden. Der Verstorbene, der sich vor wenigen Jahren als zweiter Ohrenfacharzt niedergelassen hatte, hatte sich dank seiner Fähigkeiten und seiner frischen, lebenswürdigen Art rasch einen großen und dankbaren Patientenkreis geschaffen. Auch bei den Kollegen erfreute sich Dr. Zäh allgemeiner Wertschätzung. Leider hat ihn nun eine tückische Krankheit, die er heldenhaft ertragen hat, im besten Mannesalter dahingerafft. Mit seiner schwergeprüften Familie trauern auch die Reutlinger Ärzte um ihn.

G.

ÄRZTEKAMMER NORD-BADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Ausschreibung von Kassenarztsitzen

Die Beauftragten der Vertragsparteien, welche zur Zeit in Nordbaden notstandshalber das Zulassungswesen bearbeiten, geben bekannt, daß in den unten angeführten Orten Kassenarztsitze für die angegebene Arztkategorie zu besetzen sind:

Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten in Karlsruhe.
Facharzt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten in Karlsruhe.
Facharzt für innere Krankheiten in Ettlingen.
prakt. Arzt in Karlsruhe-Mittelstadt.
prakt. Arzt in Söllingen.
prakt. Arzt in St. Leon bei Heidelberg.

Facharzt für Lungenkrankheiten in Mannheim.
 Facharzt für Orthopädie in Mannheim.
 Facharzt f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten in Mannheim.
 Facharzt für Nervenkrankheiten in Weinheim.
 prakt. Arzt in Mannheim-Rheinau.
 prakt. Arzt in Hockenheim.
 Facharzt f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten in Pforzheim.
 Facharzt für Urologie in Pforzheim.
 prakt. Arzt in Altheim Krs. Buchen.
 prakt. Arzt in Hoffenheim Krs. Sinsheim.
 prakt. Arzt in Ittlingen Krs. Sinsheim.

Da es sich hierbei noch nicht um ordentliche Zulassungen, sondern um vorläufige und widerrufliche Beteiligungen an der kassenärztlichen Versorgung bis zur Neuregelung des Zulassungsverfahrens handelt, können sich nur solche Ärzte bewerben, die im Arztregister Nordbaden eingetragen sind. Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um drei der ausgeschriebenen Kassenarztstellen bewerben.

Die Bewerbungen um obige Kassenarztstellen sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes (spätestens jedoch bis zum 20. Juni 1951) bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien, Karlsruhe, Röntgenstr. 5, einzureichen. Den Bewerbungen sind folgende erforderlichen Unterlagen beizufügen:

1. Geburtsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Heiratsurkunde,
4. Nachweis der Kinderzahl,
5. Lebenslauf mit Anführung und Nachweis der seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeit,
6. Facharztanerkennung,
7. Bescheinigung über die Eintragung im Arztregister Nordbaden,
8. polizeiliches Führungszeugnis,
9. Nachweis über bisher ausgeübte kassenärztliche Tätigkeit,
10. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgift-süchtig ist oder gewesen ist.

Ärzte, die bei den KV-Bezirksstellen, bei der KV-Landesstelle Nordbaden oder bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien bereits früher eine Bewerbung für obenstehende Kassenarztsitze eingereicht haben, wollen innerhalb der genannten Bewerbungsfrist noch einmal bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien einen kurzgefaßten Antrag einreichen. Zu diesem Antrag werden etwa früher bereits vorgelegte Unterlagen verwendet.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von 5.—DM fällig, die bei der Einreichung der Bewerbung

auf das Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 221 90 der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Nordbaden, Mannheim, einzuzahlen ist. Ist eine Gebühr bei früheren Bewerbungen um obige Kassenarztsitze bereits eingezahlt, so kommt eine nochmalige Gebühreneinsendung nicht in Betracht.

Karlsruhe, den 30. April 1951.

Kassenärztliche Vereinigung
 Landesstelle Nordbaden

Professor Starck 80 Jahre alt

Professor Hugo Starck in Karlsruhe feierte am 27. April seinen 80. Geburtstag. Man merkt es ihm nicht an. Einer alten badischen Familie entstammend, wurde er in Eichstetten am Kaiserstuhl geboren, verbrachte seine Jugend in Emmendingen, Freiburg und Heidelberg, war Assistent und Oberarzt der großen Heidelberger Kliniker Czerny und Wilhelm Erb. 1905 wurde er als Chefarzt der Medizinischen Abteilung an das gerade im Bau befindliche neue Städtische Krankenhaus in Karlsruhe berufen, an dem er in dieser Eigenschaft und später als Direktor des ganzen Hauses bis 1945 verblieb.

Professor Starck hat sich durch seine grundlegenden Arbeiten über die Erkrankungen der Speiseröhre, für deren Behandlung er völlig neue Methoden angegeben hat, internationalen Ruf erworben. Seine führende Rolle auf diesem Gebiet ist unbestritten. Die Weite seines Geistes und eine unverwundliche Schaffenskraft erlaubten ihm aber neben dieser wissenschaftlichen Tätigkeit auch noch ausgedehnte und sehr erfolgreiche Bemühungen um das Wohl der Bevölkerung und um die ethische und materielle Förderung des Ärztestandes. Bis 1918 war er der ärztliche Berater der in Baden unvergessenen Großherzogin Luise in ihrer groß angelegten sozialen Tätigkeit. Aus jener Zeit stammt, auf Gedankengängen Starcks fußend, die weithin vorbildliche badische Tuberkulosebekämpfung. In späteren Jahren wurde er Gründer und Vorsitzender des Verbandes der Badischen Krankenhaus-Chefärzte, den er mit solchem Erfolg leitete, daß ihm später in besonders schwieriger Zeit die Führung des Gesamtdeutschen Verbandes der Krankenhausärzte zuwuchs. Er unterzog sich dieser mühevollen Tätigkeit bis zur Auflösung des Verbandes und konnte dabei vielen Kollegen helfen. Ein besonderes Anliegen war ihm in Verbindung mit diesem Amt die Fortbildung der Ärzte, für die seine Ideen ebenfalls wegweisend wurden. Zahlreiche Kollegen aus dem Badischen Land haben von 1934 bis 1939 die von ihm geleiteten Karlsruher Pflichtfortbildungskurse besucht und waren voll des Lobes. Eine große Zahl von Kollegen in nah und fern ist durch die Starcksche Klinik als Famulus, Praktikant oder Assistent gegangen und hat dabei vieles vom Geiste der klassischen Klinik mitbekommen. Sie alle wünschen dem Jubilar noch viele gute und gesunde Jahre.

Deglmann, Karlsruhe

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 3564

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

- Achern:** Facharzt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten.
Baden-Baden: Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten.
Oberhausen,
 Krs. Emmendingen: prakt. Arzt.

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes (spätestens bis 10. Juni 1951) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstr. 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

Außer der für den Eintrag ins Arztregister erforderlichen Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte Tätigkeit, des polizeilichen Führungszeugnisses und des Entnazifizierungsbescheides sind erforderlich:

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgift-süchtig ist oder gewesen ist.

Landesärztekammer Baden
 Zulassungsausschuß

PRESSE- UND INFORMATIONSTELLE DER WÜRTT. ARZTESCHAFT

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Nägelestraße 8, Telefon 7 57 12

Die dritte Pressekonferenz

Die Presse- und Informationsstelle der Württ. Ärzteschaft veranstaltete am 10. April 1951 in Stuttgart in der Elsässer Taverne unter dem Thema „Der Kranke und sein Kassenarzt“ ihre 3. Pressekonferenz. Die Konferenz wurde mit einführenden Worten von Herrn Dr. Dobler eröffnet und geleitet. Der Vortragende, Herr Dr. Bihl, erläuterte in seinem Referat nach einer kurzen historischen Übersicht über das Werden der Krankenversicherung die gesetzlichen Grundlagen, auf denen sich das Verhältnis des Kranken zu seinem Kassenarzt aufbaut. Er zeigte in straff profilierten Ausführungen die Verpflichtungen, die der einzelne Kassenarzt im Rahmen seiner kassenärztlichen Tätigkeit übernimmt. Dabei grenzte er die Aufgabengebiete der kassenärztlichen Vereinigungen und die Beziehungen ab, die auf Grund der heutigen sozialen Situation zwischen Ärzten und Krankenkassen bestehen. An Hand zahlreicher Beispiele aus der täglichen Berufsarbeit der Ärzte stellte er dar, daß die Krankenversicherung aus dem Versicherungsgedanken heraus entstanden ist. Im Laufe der Jahrzehnte aber ist dieser Gedanke immer mehr in den Hintergrund gedrängt worden durch die allgemeine Not und durch das Bedürfnis nach, ja sogar durch den Anspruch auf soziale Sicherheit in Krankheitstagen. Die Verschiebung der Verantwortlichkeit und der Vorsorgepflicht von der eigenen Schulter auf die öffentlichen Institutionen führte zu einer außerordentlichen Beanspruchung auch der deutschen Krankenversicherungen. Sie können solchen Überforderungen in ihrer heutigen Form nicht mehr standhalten. Die Flut von Anforderungen gefährden die gesamte Einrichtung der Krankenhilfe durch die Krankenkassen existenzbedrohlich. Es mußten deshalb scharfe Einschränkungen getätigt werden. Diese Einschränkungen erschweren es dem Arzt sehr, innerhalb der Krankenversicherung gute ärztliche Arbeit für die Erhaltung der Gesundheit des Einzelnen und dadurch des Volkes zu leisten. Dr. Bihl kam dann zu sprechen auf das „Maß des Notwendigen“ in der ärztlichen Betreuung der Versicherten, auf die Zulassungsfrage der Ärzte und auf das Jungarztproblem, auf Einschränkungen bei der Rezeptur und auf die Gefahren, die durch eine zu starke Drosselung der Krankenhauseinweisungen bei schweren Krankheiten entstehen. Es wurde überzeugend dargelegt, daß die ärztliche Honorierung den veränderten Bedingungen, wie die moderne Medizin sie durch ihre Weiterentwicklung geschaffen hat, nicht mehr genügen kann. In eingehenden Ausführungen wurde die Kopfpauschalhonorierung der Ärzte, wie sie das Gesetz vorschreibt, in ihrer Grundstruktur und in der praktischen Auswirkung erläutert. Dabei wurde die starke Diskrepanz betont, die zwischen der praktisch geleisteten ärztlichen Arbeit — sowohl ihrem Umfang als auch ihrer Qualität nach — und zwischen der Honorierung besteht. Der Vortragende hob hervor, daß das Honorar des Kassenarztes auf Grund von Verträgen errechnet wird, die insbesondere im Unkostensektor auf den Verhältnissen von 1930 und 1931 basieren. Herr Dr. Bihl legte dar, daß die mangelhafte Anpassungsfähigkeit der deutschen Sozialversicherung an die ver-

änderten Zeitumstände schon vor der Währungsreform und erst nach dieser zu einem Versagen der sozialen Einrichtungen geführt hätte, wenn nicht die Ärzte durch Mehrarbeit und Verzicht auf angemessene Honorierung ihren wesentlichen Beitrag für das Weiterbestehen geleistet hätten. Nun aber sei der ärztliche Stand in seiner sozialen Existenz gefährdet. Nur durch eine Reform der Sozialversicherung können die erdrückenden Lasten vom ärztlichen Stand genommen und gleichmäßig auf alle Beteiligten verlegt werden. Mit dem objektiven Zahlenmaterial der Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Tübingen gab er den anwesenden Journalisten aufschlußreichen Einblick in das soziale Gefüge der württembergisch-hohenzollerischen Ärzte.

In der anschließenden Diskussion traten eine Fülle von Fragen auf, deren Beantwortung nicht immer leicht war. Auch bei der Form der Fragestellung, die aus den Reihen der Presse erfolgte, zeigte es sich, daß es noch längerer Aufklärungsarbeit bedürfen wird, bis die jedem in der kassenärztlichen Organisation tätigen Arzt geläufigen Dinge und Begriffe den sich dafür interessierenden Stellen der Presse verständlich werden. Aus dieser Tatsache ergibt es sich auch, daß in der sehr lebhaften Resonanz der Tagespresse die Begriffe nicht immer ganz richtig aufgefaßt worden sind. Es ist eben für Laien doch schwierig, zwischen Kopfpauschale und Fallpauschale, zwischen Sachleistungen und ärztlichen Leistungen, zwischen dem, was aus dem Pauschale und was außerhalb des Pauschales gezahlt werden muß, zu unterscheiden. Auch die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung können natürlich demjenigen nicht so vertraut sein, der zum ersten Male mit diesen Dingen bekannt gemacht wird. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn Äußerungen in der Presse auftreten wie „Ein Arzt dürfe nur akute Krankheiten nach der RVO behandeln“. Im großen und ganzen gesehen aber hat sich in der Pressekonferenz gezeigt, daß nicht nur ein großes Interesse für die Fragen der Sozialversicherung besteht, sondern daß auch Verständnis mehr und mehr Platz greift für die schwierige Lage, die dem Arzt innerhalb der sozialen Krankenversicherung entstanden ist. Es zeigt sich eben immer wieder, daß dem Unbeteiligten die ganz kühle und nüchterne Schilderung dessen, was der Arzt für seine Tätigkeit erhält, so unglaublich klingt, daß es zunächst erst einmal einer längeren Aufklärung und Auseinandersetzung bedarf, bis auch bei ihm Klarheit darüber entsteht, daß die Bezahlung des Arztes in der Sozialversicherung unwürdig ist.

Seitens der Presse waren zu der Konferenz über 50 Teilnehmer erschienen. Das ist bisher die größte Zahl von Pressevertretern, die unserer Einladung gefolgt sind. Es war für den Versammlungsleiter daher auch nicht einfach, dem Ansturm der Fragenden und der Fülle dessen, was gefragt wurde, die Beantwortungen zu geben. Das Gebiet war zu umfangreich, als daß es hätte in einer Konferenz erschöpfend behandelt werden können, und es wird weiterer Zusammenkünfte mit der Presse bedürfen, um die Aufklärung fortzusetzen.

Dr. med. Wiebe

VERBAND DER ARZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Plankstadt b. Heidelberg, Friedrichstr. 41, Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 39 339, Tel. 374 Amt Schwetzingen

Leider sind noch nicht sämtliche Mitgliedsbeiträge für das erste Quartal 1951 eingegangen, ebensowenig wurde das Weihnachtsrundschreiben von allen Mitgliedern beantwortet. Es wird deshalb nochmals darauf hingewiesen, daß der Mitgliedsbeitrag für das Land Nordbaden ab 1. Januar 1951 monatlich 4 DM beträgt (an: Postscheckkonto Karlsruhe 39339 oder Girokonto 439 Bezirkssparkasse Schwetzingen). In die-

sem Betrag ist der von dem Gesamtverband erhobene Mitgliedsbeitrag von 2 DM, für den von der Zentrale noch Anfang dieses Jahres Mahnungen versandt wurden, enthalten. Der Landesverband rechnet jedoch ab 1. Januar 1951 direkt mit der Zentrale in Frankfurt ab.

Mitgliederstand am 1. April 1951: 420.

Abseits

In den Ferien zwischen meinen klinischen Semestern war ich Famulus am Konstanzer Krankenhaus, das damals unter der Leitung des unvergeßlichen Medizinalrats Dr. Kappeler stand, den die Konstanzer ob seines großen chirurgischen Könnens aus dem Kantonsspital Münsterlingen über den See herübergeholt hatten.

Eines Tages erschienen im Operationssaal einige junge Damen, darunter die Tochter Kappelers, die der Frauenverein zur Erlernung der Krankenpflege geschickt hatte. Während die Ärzte sich desinfizierten, erregte ein lateinischer Spruch

an der Wand des Operationssaales das besondere Interesse der jungen Damen. Der Spruch hieß:

*Praesente medico taceant colloquia,
effugiatis risus, dum omnia domiat morbus.*

Also wurde die Tochter zum Vater geschickt, um zu erfahren, wie der Spruch auf deutsch hieß. Der blitzte sie nur kurz an und sagte:

„Halts Maul!“

Prägnanter und kürzer hätte man den lateinischen Spruch ins „Schwyzerdütsch“ nicht übersetzen können.

Med.Rat Dr. Hummel, Staufen

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

13. Woche 1951 — 16. Woche 1951

(25. März — 21. April 1951)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Miltbrand	Lupus	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittolvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbottfieber nach Geburt	Kindbottfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis
Nord- Württemberg	13.	N T			20	62	65 13	10 2	52	2		53	31					1						9	111					9	
	14.	N T			13	52	70 15	12 3	28			53	35	2					1					40	131		1		2		
	15.	N T			15	72	87 14	23 2	44	5		47	38	1	2					1				5	107	1			2		
	16.	N T			12	59	85 14	19 5	44			49	37		1	6			1					5	108		1				
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	13.	N T			3	27	19 7	1	40	1	1	17	6		12				2					62	1						
	14.	N T			4	22	20 1	11 7	37			5	9		6	1								84							
	15.	N T			7	17	10 8	7	13		1	10	4	2	1	1		1	2	1				41							
	16.	N T			5	13	22 4	5 1	28	1		12		1	1									83							
Nord-Baden	13.	N T			6	31	18 12	5	37	1		39	17	1		1		1		1			33	1							
	14.	N T			10	22	44 9	1	39	2		23	10	3	1				2					33							
	15.	N T			3	23	48 6	15 1	29	1		45	14						4					17	1						
	16.	N T			6	51	57 5	7	45	3		44	20											8							
Land Baden	13.	N T			18	15	17 5	5	18	1		15	6	1					1		1			88							
	14.	N T			4	18	20 4	6	18	2		10	9		1				6		1			87	1						
	15.	N T			10	25	27 1	6	20	1		9	7											193			1				
	16.	N T			6	14	35 5	7	17	1		14	4		1				1					95							

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Ciba Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, über „Heuschnupfen“; Laevosan Gesellschaft, Mannheim, über „Laevosan-Therapie“; Usaron-Werk, Melsungen, über „Usaron“; Uvocal, chem. pharm. Fabrik H. Edgar Bohlen K.-G., Hamburg, über „Uvocal“ beigelegt.

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotebühlstr. 77. — Ausgabe Mai 1951