

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1952**

12 (1.12.1952)

# 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 12

STUTTGART, DEZEMBER 1952

7. JAHRGANG

## INHALTSVERZEICHNIS

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag in Bonn am 29. und 30. November 1952	241
Stellungnahme des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages zu dem Gesetzentwurf für die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen	242
Zum Presseecho des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages	249
Gustav Sondermann: Muß der Hausarzt wirklich sterben?	251
Eingesandt — Dr. Schmidt: Zum Aufsatz des Herrn Kollegen Kleinknecht, Ellwangen	254
Buchbesprechungen	255
Bekanntmachungen	257
Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	258
Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	261
Ärztekammer Nordbaden e. V.	263
Landesärztekammer Baden	263
Pressestelle der Südwestdeutschen Ärzteschaft	264
Abseits	264
Neue Arzneimittel	264
Geschäftliche Mitteilung	264

## Außerordentlicher Deutscher Ärztetag in Bonn am 29. und 30. November 1952

Nach eingehender Beratung des Entwurfes eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen in der geschlossenen Sitzung am Samstag, dem 29. November 1952, wurde die Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft am Sonntag, dem 30. November 1952, in einer öffentlichen Kundgebung unter dem Vorsitz des Präsidenten des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hans Neuffer, vorgetragen. An der Veranstaltung nahmen unter anderem die Bundesminister Storch, Lukaschek und Neumayer, sowie zahlreiche Bundestagsabgeordnete und Vertreter der Länderregierungen, der Krankenkassen und der anderen Heilberufe teil.

Die Ärzteschaft des Bundesgebietes bejaht nach den am Samstag gefaßten Beschlüssen des obersten Landesparlamentes der ca. 65 000 deutschen Ärzte den Grundgedanken der gemeinsamen Selbstverwaltung in dem in der Begründung des Regierungsentwurfes zum Ausdruck gebrachten Sinn, sie muß jedoch zu ihrem Bedauern feststellen, daß dieser, den Gesetzentwurf angeblich tragende und beherrschende Grundsatz zum Nachteil der Versicherten, der Ärzte und der Krankenkassen nicht konsequent durchgeführt, sondern in wesentlichen Punkten zugunsten einer bürokratischen Bevormundung einerseits und — unter völliger Vernachlässigung des ärztlichen Nachwuchses — zugunsten einer ungerechtfertigten und unannehmbaren bevorzugten Einschaltung der Krankenhäuser andererseits aufgegeben worden ist.

Die soziale Krankenversicherung solle den Gesundheits- und Leistungswillen des Kranken stärken und nicht mindern, erklärte Prof. Dr. Neuffer in diesem Zusammenhang. Sie müsse so gestaltet werden, daß der echte Arzt sich in ihr zum Nutzen des Kranken entfalten könne.

In seiner Begrüßungsansprache betonte Bundesarbeitsminister Storch, daß die Bundesregierung sich bemüht habe, in dem schon jetzt viel umstrittenen Gesetzentwurf zum Wohle der Versicherten einen gerechten Ausgleich der Interessen von Ärzten und Kassen herbeizuführen. Für den Deutschen Bundestag bedauerte der stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitspolitischen Ausschusses, Min. a. D. Pohle (SPD), daß der Regierungsentwurf nicht bereits vor einem Jahr vom Kabinett verabschiedet wurde, da nunmehr die Beratungen in den letzten Monaten der Legislaturperiode „in die beginnende Agonie“ vor den Wahlen fielen.

Die Beschlüsse des Außerordentlichen Ärztetages begründete der geschäftsführende Vorsitzende des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Dr. Karl Haedenkamp, im Rahmen seines ausgezeichneten Referats. Zu dem Wunsch der deutschen Ärzteschaft, die bisher gültige Verhältniszahl von einem Arzt auf 600 Versicherte auf 1:450 herabzusetzen, betonte Dr. Haedenkamp, daß die ausreichende ärztliche Versorgung nicht mehr durch die alte Verhältniszahl gesichert sei, da die Kriegs- und Nachkriegsfolgen und die Verlängerung der Lebensdauer der Menschen einerseits und die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft andererseits den Bedarf an ärztlicher Versorgung ständig habe ansteigen lassen. „Neue, zum Teil kostspielige und zeitraubende, aber unentbehrliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gehören heute zum Rüstzeug eines jeden Arztes; ihre Anwendung dem Privatpatienten zu ermöglichen, sie aber dem Versicherten vorzuenthalten, ist nicht zu rechtfertigen.“

Zur Frage der Einschaltung der Krankenhäuser, wie sie vom Bundesinnenministerium in die ursprünglich vom Bundesarbeitsministerium stammende Fassung des Gesetzentwurfs einbezogen wurde, erinnerte Dr. Haedenkamp an die erste Behandlung des Gesetzentwurfs im Bundesrat, auf der der Berichterstatter im Bundesrat, Staatssekretär Dr. Auerbach, erklärt hatte, die Einschaltung in der vorgesehenen Form mache die gesamte Selbstverwaltung zu einer Augenauswischerei. Dr. Haedenkamp wandte sich scharf dagegen, daß die Vergütung für die Krankenhäuser nach einem festen Leistungs- und Unkostentarif, die Vergütung für die Ärzte jedoch weiterhin pauschaliert erfolgen sollte, wobei die ärztlichen Leistungen nur mit einem Prozentsatz der in der Gebührenordnung vorgesehenen Tarife erfolge. Die Finanzierung angeblich unrentabler Krankenhäuser zu Lasten der sozialen Krankenversicherung und damit zu Lasten der frei praktizierenden Ärzteschaft muß entschieden abgelehnt werden.

Die Bundesregierung hat den Entwurf über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen inzwischen nach Aussprache im Bundesrat in unveränderter Form zusammen mit der Stellungnahme des Bundesrates dem Deutschen Bundestag zugeleitet. Die erste Lesung im Bundestag hat am 10. Dezember 1952 stattgefunden. Der Entwurf wurde ohne Aussprache dem Ausschuß für Sozialpolitik als dem federführenden Ausschuß überwiesen. Der Ausschuß für Fragen des Gesundheitswesens ist zu beteiligen.

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag wurde auf unbestimmte Zeit vertagt und soll erforderlichenfalls erneut zusammentreten, falls sich hierzu eine Notwendigkeit ergibt.

## Stellungnahme des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages zu dem Gesetzentwurf für die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen

Die Ärzteschaft des Bundesgebietes bejaht den Grundgedanken der gemeinsamen Selbstverwaltung in dem in der Begründung des Entwurfes zum Ausdruck gebrachten Sinne, daß

aufbauend auf der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Versicherungsgemeinschaften einerseits und der Ärzteschaft andererseits die Regelung der beiderseitigen Beziehungen ebenfalls im Wege der Selbstverwaltung auf dem Boden der Gleichberechtigung und der gleichen Verantwortung der beiden Partner erfolgen soll.

Die Ärzteschaft muß jedoch zu ihrem Bedauern feststellen, daß dieser, den Gesetzentwurf angeblich tragende und beherrschende Grundsatz zum Nachteil der Versicherten, der Ärzte und der Krankenkassen nicht konsequent durchgeführt, sondern in wesentlichen Punkten zugunsten einer bürokratischen Bevormundung einerseits und — unter völliger Außerachtlassung des ärztlichen Nachwuchses — zugunsten einer ungerechtfertigten und unannehmbaren bevorzugten Einschaltung der Krankenhäuser andererseits aufgegeben worden ist.

Die Ärzteschaft ist zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Trägern der Krankenversicherung auf dem Boden der gemeinsamen

Selbstverwaltung in dem in der Begründung dargelegten Sinne zum Nutzen der Versicherten bereit. Um diese vertrauensvolle Zusammenarbeit zu gewährleisten, hält die Ärzteschaft folgende Änderungen des Entwurfes für notwendig:

### Zu § 368 a Abs. 1:

Es wird beantragt, die Verhältniszahl auf 1:450 festzusetzen.

Es ist zu begrüßen, daß der Entwurf in § 368 a Abs. 1 im Gegensatz zu § 368 b Abs. 2 alter Fassung die starre Verhältniszahl von 1 Arzt auf 600 Versicherte in eine Mindestzahl umgestaltet und es (allerdings mit der Einschränkung „in der Regel“) der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen überläßt, unterhalb dieser Mindestgrenze die Zahl der zuzulassenden Ärzte entsprechend dem Bedarf der Versicherten und der Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft festzusetzen.

Die Verhältniszahl 1:600, die im Jahre 1931 aufgestellt worden ist und den damaligen Verhältnissen entsprach, wird dem durch die Kriegs- und Nachkriegsfolgen sowie durch die verlängerte durchschnittliche

Lebensdauer erheblich gesteigerten Behandlungsbedarf der Bevölkerung nicht mehr gerecht und berücksichtigt nicht die durch die gewaltigen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten entwickelten und vervollkommenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, welche die Erkennung und Heilung oder Linderung von Krankheiten und Beschwerden ermöglichen, die vor kurzem noch als unabwendbares Schicksal galten. Wenn der Entwurf also wirklich „die freie Wahl der Versicherten unter einer genügenden Zahl von Ärzten und eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten“ gewährleisten will, so muß er von der überholten Verhältniszahl von 1:600 ganz abgehen und diese Zahl dem veränderten Verhältnis entsprechend auf 1:450 festsetzen, was die Ärzteschaft hiermit beantragt.

Der bisher gemachte Einwand, daß eine Herabsetzung der Verhältniszahl die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen bedrohe, erscheint um so weniger gerechtfertigt, als der Entwurf offenbar die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen nicht als bedroht ansieht, wenn er an anderer Stelle (siehe § 368 d und § 368 k und unsere Bemerkungen hierzu) einer weitgehenden und unkontrollierten Einschaltung der Krankenhäuser in die kassenärztliche Versorgung Vorschub leistet. Nicht die Krankenhäuser, deren Aufgabe in der stationären Versorgung der in das Krankenhaus eingewiesenen Kranken besteht, sondern die Kräfte eines hochqualifizierten ärztlichen Nachwuchses müssen den Versicherten nutzbar gemacht werden. Während die Einschaltung der Krankenhäuser, wie sie der Entwurf in § 368 d und besonders in § 368 k Abs. 2 vorsieht, tatsächlich die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen gefährdet, ist eine solche Gefährdung durch vermehrte Einschaltung des ärztlichen Nachwuchses schon deshalb nicht zu befürchten, weil die kassenärztliche Vereinigung als gesetzliche Genossenschaft der Kassenärzte den Krankenkassen gegenüber nach § 368 k Abs. 1 die Gewähr für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung gemäß den gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften zu übernehmen hat und durch ihre Prüfungs- und Disziplinareinrichtungen hierzu auch imstande ist.

#### Zu § 368 a Abs. 6:

Die Ärzteschaft ist damit einverstanden, daß im Interesse der Versicherten die leitenden Krankenhausärzte bei Bedarf auf ihren Antrag für ihre Person konsiliarisch an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden können. Diese konsiliarische Beteiligung erstreckt sich

- auf Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung auf Überweisung durch einen Kassenarzt,
- auf konsiliarische Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung,
- auf die Durchführung besonderer Behandlungsmethoden, insbesondere sogenannter ärztlicher Sachleistungen auf Überweisung durch einen Kas-

senarzt, soweit die Sachleistungen durch zugelassene Röntgenfachärzte nicht ausreichend durchgeführt werden können.

- d) auf eine ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt in den erforderlichen Fällen und in dem erforderlichen Umfang.

Es wird beantragt, § 368 a Abs. 6 wie folgt zu fassen:

„Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte können bei Bedarf auf ihren Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit am Krankenhaus für ihre Person konsiliarisch an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte beteiligt werden.“

#### Zu § 368 b Abs. 1:

Die Zulassungsausschüsse bei den kassenärztlichen Vereinigungen sollen als Organe der ärztlichen Selbstverwaltung errichtet werden. Lediglich für die Errichtung von Kassenarztsitzen sind gemeinsame Planungsausschüsse zu bilden.

#### Zu § 368 b Abs. 1 Satz 4:

Es wird beantragt, § 368 b Abs. 1 Satz 4 wie folgt zu fassen:

„Unter den Vertretern der Ärzte muß ein von den im Arztregister eingetragenen nicht zugelassenen Ärzten benanntes Mitglied sein.“

Es entspricht der Sachlage, daß an der Arbeit der Zulassungsausschüsse auch die noch nicht zugelassenen Ärzte beteiligt werden. Dabei sollte jedoch weniger auf die Eigenschaft des hinzuzuziehenden Arztes als Kassenarzt oder Nichtkassenarzt abgestellt werden, als darauf, ob er vom Vertrauen der noch nicht zugelassenen Ärzte getragen ist.

#### Zu § 368 b Abs. 2:

Es wird beantragt, § 368 b Abs. 2 wie folgt zu fassen:

„Gegen die Beschlüsse und Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die beteiligten Ärzte, die kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen ... usw. (unverändert).“

Nicht nur die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zulassung und deren Entziehung, sondern alle Beschlüsse und Entscheidungen, insbesondere auch die sogenannten Planungsbeschlüsse über auszu-schreibende Kassenarztstellen, sollten berufungsfähig sein, um eine überörtliche Nachprüfung unter juristischem Vorsitz zu ermöglichen.

#### Zu § 368 c Abs. 1 Satz 2:

Es wird beantragt, § 368 c Abs. 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die Zulassungsordnungen werden von den Bundesausschüssen beschlossen; sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und

werden im Bundesanzeiger veröffentlicht."

Zumindest aber müßten die Worte „nach Anhörung der Bundesausschüsse“ unter Hinweis auf § 368 m Abs. 1 Ziff. 1 ersetzt werden durch die Worte: „nach Beratung in den Bundesausschüssen“.

Entgegen dem ursprünglichen Vorschlag des Bundesarbeitsministers und in Abweichung von dem früheren Rechtszustand (§ 368 i. RVO), nach dem die Zulassungsordnung durch den Bundes- (früher Reichs-) Ausschuß mit Zustimmung des Bundes- (früher Reichs-) Arbeitsministers zu erlassen war, sollen nach dem Entwurf die Zulassungsordnungen als Rechtsverordnungen erlassen werden, zu denen die Bundesausschüsse nur noch „gehört“ werden sollen. Dies bedeutet eine ungerechtfertigte Beeinträchtigung der gemeinsamen Selbstverwaltung, der dadurch von vornherein ein Mißtrauen ausgesprochen wird.

Die Ärzteschaft ist deshalb der Auffassung, daß die Aufstellung der Zulassungsordnung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch künftig der Beschlußfassung des Bundesausschusses mit Zustimmung des Bundesarbeitsministers vorbehalten bleiben sollte. Dies erscheint ihr um so mehr gerechtfertigt, als im Gegensatz zum früheren Rechtszustand die Grundsätze für die Zulassung und das Zulassungsverfahren nunmehr im Gesetz festgelegt sind und die Möglichkeit der gerichtlichen Nachprüfung der Entscheidungen der Zulassungsinstanzen und damit auch der Gesetzmäßigkeit der Zulassungsordnung auf Antrag der durch die Entscheidungen betroffenen Ärzte jederzeit gegeben ist.

#### Zu § 368 c Abs. 3:

Es wird beantragt, den § 368 c Abs. 3 zu streichen.

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen haben, ist es ihre Aufgabe, die Bestimmungen der in § 368 c Abs. 3 genannten Art zu treffen, die im Einklang mit der für alle Ärzte geltenden Berufsordnung stehen müssen. Dies gilt um so mehr, wenn die Zulassungsordnungen aus verfassungsrechtlichen Gründen als Rechtsverordnungen erlassen werden sollen, da die in § 368 c Abs. 3 vorgesehenen Regelungen nicht die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, sondern deren Ausübung betreffen.

#### Zu § 368 d Abs. 1:

Diese Vorschrift ist in der Fassung, die ihr das Kabinett gegeben hat, für die Ärzteschaft verletzend und zudem in sich widerspruchsvoll und irreführend. Es ist anzuerkennen, daß die von der Ärzteschaft seit jeher im Interesse der Versicherten geforderte „freie Arztwahl“ im Sinne des Rechtes des Patienten den Arzt seines Vertrauens aufzusuchen, durch diese Vorschrift im Gesetz verankert werden soll. Ihre Ausdehnung auf institutionelle anonyme Einrichtungen widerspricht aber dem höchstpersönlichen Sinn, in dem die freie Arztwahl stets aufgefaßt wurde und der auch in dem vorliegenden Gesetzentwurf als Grundsatz für die ärztliche Versorgung gelten soll.

Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, der Universitätspolikliniken und der Krankenhäuser für besondere Leistungen und für beson-

dere Zwecke ist vielmehr wie bisher in den hierfür zu schließenden Verträgen zu regeln.

1. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen für „ärztliche Sachleistungen“ (Überbleibsel aus einer Zeit scharfer Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die im Sinne der Begründung des Entwurfs und unserer Vorschläge künftig endgültig durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Wege der gemeinsamen Selbstverwaltung ausgeschaltet werden sollen) wird nach § 368 f Abs. 4 des Entwurfs durch die Gesamtverträge bestimmt.
2. Die Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken richtet sich entsprechend ihrem Zweck nach den hierüber abzuschließenden Verträgen (§ 368 k Abs. 2 letzter und vorletzter Satz und unsere Vorschläge hierfür).
3. Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser bleibt im Zusammenhang des § 368 d völlig unverstänlich.
  - a) Soweit die Inanspruchnahme der leitenden Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Beteiligung nach § 368 a Abs. 6 in Frage steht, ergibt sich die freie Arztwahl der Versicherten bereits daraus, daß die beteiligten Krankenhausärzte für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung die Rechte und Pflichten der Kassenärzte haben.
  - b) Soweit darüber hinaus (vor allem wenn der leitende Krankenhausarzt nicht gemäß § 368 a Abs. 6 beteiligt ist) zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung die Inanspruchnahme der Krankeneinrichtungen für ärztliche Sachleistungen und nur für solche (!) erforderlich ist, ist sie in den hierüber zu schließenden Verträgen zu regeln (siehe unsere Bemerkungen und Vorschläge zu § 368 k Abs. 2).
  - c) Soweit schließlich die Inanspruchnahme der Krankeneinrichtungen für ärztliche Sachleistungen und nur für solche (!) aus Verträgen in Frage steht, die gemäß Art. 4 § 5 Abs. 2 der Überleitungsbestimmungen weitergelten, ergibt sich ihre Regelung aus diesen Verträgen.

Die Aufzählung der genannten Einrichtungen im § 368 d Abs. 1 unter dem Motto „freie Arztwahl“ entbehrt also jeder Berechtigung. Soweit sie aber eine — nach der höchst unklaren Fassung leider nicht auszuschließende — Tendenz andeutet, die höchstpersönliche ärztliche Tätigkeit im Interesse einer ambulatoriumsmäßigen Behandlung zu ersetzen oder zu verdrängen, muß sie von der deutschen Ärzteschaft auf das entschiedenste zurückgewiesen werden.

Es wird deshalb beantragt, den § 368 d Abs. 1 wie folgt zu fassen:

„Der Versicherte hat vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3 die freie Wahl unter den Kassenärzten. Nichtzugelassene Ärzte darf er nur in dringenden Fällen in Anspruch nehmen.“

#### Zu § 368 d Abs. 2 Satz 2:

Wenn der Versicherte bei der Inanspruchnahme von Hausbesuchen eines Arztes (und nur Hausbesuche sind

hier ja wohl gemeint) auf den nächst erreichbaren Kassenarzt verwiesen wird, so ist die „freie Arztwahl“ für ihn überhaupt ausgeschlossen. Dies kann unmöglich Sinn und Zweck dieser Vorschrift sein, die offenbar lediglich die mißbräuchliche Inanspruchnahme weit entfernt wohnender Kassenärzte ausschließen will.

Es wird deshalb beantragt, den ganzen Absatz wie folgt zu fassen:

„(2) Der Kassenarzt ist zu Krankenbesuchen außerhalb seines Praxisbereiches nur in dringenden Fällen verpflichtet; nimmt der Versicherte ohne zwingenden Grund andere als die nächsterreichbaren Kassenärzte in Anspruch, so hat er die Mehrkosten zu tragen.“

Der Erlaß geeigneter Ausführungsbestimmungen zum Schutze der Krankenkassen vor mißbräuchlicher Inanspruchnahme ist Aufgabe des Bundesausschusses gemäß § 368 m Abs. 1 Ziff. 3.

#### Zu § 368 d Abs. 3:

Es wird beantragt, in § 368 d Abs. 3 an Stelle der Worte „für die Dauer eines Jahres“ die Worte zu setzen: „für die Dauer eines Vierteljahres“.

Die Ermächtigung zur Beschränkung des Arztwechsels auf die Dauer eines Jahres erscheint als zu weitgehend.

#### Zu § 368 e Abs. 2:

Es wird beantragt, in § 368 e Abs. 2 die Worte: „wirtschaftliche Behandlungsweise“ zu ersetzen durch die Worte: „der Wirtschaftlichkeit“.

Die Fassung des Entwurfs erscheint zu eng, um die Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung zu gewährleisten.

#### Zu § 368 f:

Der Entwurf hält in § 368 f gegen den von Anfang an nachdrücklich erhobenen Protest der Ärzteschaft an der Bezahlung nach dem System des Kopfpauschales fest. Zwar erlaubt § 368 f Abs. 3 des Entwurfs auch die Vereinbarung anderer Bezahlungssysteme (Fallpauschale, Einzelleistungsbezahlung usw.). Diese Bestimmung wird jedoch so lange auf dem Papier stehenbleiben, als es den Schiedsinstanzen versagt ist, bei Nichteinigung der Parteien auch über das Vergütungssystem zu entscheiden. Die ärztlichen Heilberufe erblicken hierin eine einseitige Benachteiligung gegenüber den sonstigen Vertragspartnern und den Lieferanten der Krankenkassen, denen noch niemand das Recht auf Bezahlung ihrer einzelnen Leistungen und Lieferungen bestritten hat, mag die Bezahlung auch in ihrer Höhe gewissen Beschränkungen unterworfen sein; sie erblicken darin weiterhin eine einseitige Beschränkung der gleichberechtigten gemeinsamen Selbstverwaltung zu ihren Ungunsten.

Unter Wahrung des grundsätzlichen Standpunktes, daß die Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit nach der tatsächlichen Leistung die gerechte Vergütung der ärztlichen Tätigkeit darstellt, ist die Ärzteschaft bereit, die Entscheidung der Schlichtungs- und Schiedsinstanzen auch hinsichtlich des Vergütungssystems anzuerkennen. Die Ärzteschaft ist der Auffassung, daß die verschiedenen Vergütungssysteme gleichberechtigt nebeneinandergestellt werden müssen und daß die Schiedsinstanzen die Befugnis erhalten müssen, bei Streit zwi-

sehen den Parteien auch über das Vergütungssystem zu entscheiden.

Es wird beantragt, hinter § 368 f Abs. 1 folgenden Absatz einzufügen:

„(2) Die Gesamtvergütung kann nach Einzelleistungen, nach einem Fallpauschale oder nach einem Kopfpauschale oder nach einem System errechnet werden, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt. Die Berechnungsart ist im Gesamtvertrag festzulegen. Die Bundesausschüsse beschließen Bestimmungen oder Richtlinien über die Voraussetzungen und die Durchführung der verschiedenen Berechnungsarten.“

Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3 in folgender Fassung:

„Bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach Kopfpauschale bestimmt sich ihre Höhe nach der jeweiligen Zahl der Versicherten...“ usw. unverändert.

Der bisherige Abs. 3 entfällt; die folgenden Absätze bleiben unverändert.

Völlig unverständlich ist es für den Arzt, daß man ihm die Bezahlung seiner Tätigkeit nach Einzelleistungen versagt, sie den Krankenhäusern aber zugestehen will (s. § 368 k und die Bemerkungen dazu). Sollte der Gesetzgeber den Krankenhäusern (als angeblich gemeinnützigen Einrichtungen!) diese Forderung bewilligen, so muß die Ärzteschaft darauf bestehen, daß ihr die gleichen Rechte zugebilligt werden, d. h. daß die gesamte ärztliche Tätigkeit nach Einzelleistungen honoriert wird.

#### Zu § 368 g Abs. 1:

Nach dieser Bestimmung sollen die ärztlichen Leistungen „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen“ angemessen vergütet werden. Wir haben bereits angedeutet, daß der Gesetzentwurf gegenüber den Krankenhäusern auf die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen offenbar keine Rücksicht nehmen zu müssen glaubt und können deshalb die den Kassenärzten gegenüber für richtig gehaltenen Einschränkungen solange nicht für ernsthaft diskutabel halten, als die beanstandeten Bestimmungen (§ 368 d und § 368 k Abs. 2) bestehen bleiben.

Abgesehen von dieser Grundeinstellung ist aber zu beachten, daß die wirtschaftliche Lage einer Krankenkasse als Verwaltungseinrichtung von Umständen abhängt, die weder in ihrer Struktur noch in der Macht oder in der Verantwortung der Ärzteschaft liegen, z. B. von der Beitragshöhe, von der Sparsamkeit der Verwaltung und von dem Ausmaß der sogenannten Kannleistungen. So wie es der ärztlichen Berufsauffassung entspricht, die Vergütung der ärztlichen Leistungen auf die soziale und wirtschaftliche Lage des Patienten abzustellen, so ist die Ärzteschaft bereit, diesen Grundsätzen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung zu tragen. Die Gerechtigkeit fordert es jedoch, nicht so sehr auf die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse als Verwaltungseinrichtung abzustellen, als vielmehr auf

die wirtschaftliche und soziale Lage des Versichertenkreises der Krankenkasse, also auf die Versicherten-gemeinschaft.

Es wird deshalb beantragt, in § 368 g Abs. 1 am Ende die Worte „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen“ zu ersetzen durch die Worte „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialen Lage des Versichertenkreises der Krankenkasse“.

Allerdings gilt dies — wie bereits betont — nur für den Fall, daß auch im übrigen der Gesetzgeber bereit ist, auf die wirtschaftliche Lage der Krankenversicherung Rücksicht zu nehmen. Sollte der Vorschlag des Entwurfs zu § 368 k Abs. 2 Wirklichkeit werden, so muß die Ärzteschaft erwarten, daß auch ihre Leistungen, und zwar alle ihre Leistungen, ohne Rücksicht auf die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit nach tariflichen Sätzen abgegolten werden, wobei dann jede Beschränkung der Zulassung ihren Sinn verliert.

#### Zu § 368 g Abs. 6:

Es wird beantragt, in § 368 g Abs. 6 Satz 1 die Worte zu streichen „oder ergeben sich Zweifel über die Auslegung eines solchen Vertrages“.

Außerdem wird beantragt, in § 368 g Abs. 6 Satz 2 hinter die Worte „Inhalt des Vertrags“ die Worte einzufügen:

„mit längstens vierteljährlicher Kündigungsfrist“.

Die Bestimmung, daß die Schiedsämter über die Auslegung eines Vertrages zu entscheiden haben, könnte dahin verstanden werden, daß die Schiedsämter auch gerichtliche Funktionen zu erfüllen hätten, was nach dem Grundgesetz unmöglich ist. Über Streitigkeiten, die sich aus der Auslegung eines Vertrages ergeben, können nur die Gerichte entscheiden. Im übrigen bleibt es den Vertragsparteien unbenommen, durch eine Zusatzvereinbarung oder durch Kündigung des Vertrags und Abschluß eines neuen Vertrags, Auslegungsfragen für die Zukunft zu klären.

Entscheidungen des Schiedsamts über den Inhalt des Vertrags, auf den die Vertragsparteien sich nicht einigen können, sollten auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Auch kann es nicht Zweck dieser Bestimmung sein, die Vertragsparteien auf längere Zeit an solche Schiedssprüche zu binden; vielmehr muß ihnen Gelegenheit gegeben werden, zu versuchen, binnen kürzester Frist zu einer freien vertraglichen Vereinbarung zu gelangen.

#### Zu § 368 h Abs. 3:

Es wird beantragt, in § 368 h Abs. 3 Satz 4 zweiter Halbsatz die Worte „der Bundesminister für Arbeit“ zu ersetzen durch die Worte

„der Präsident des Bundesgerichtshofs“.

Folgt der Gesetzgeber den in der Begründung zum Entwurf niedergelegten Grundsätzen und beauftragt er im Sinne unserer Vorschläge die Kassenärzteschaft mit der Sicherstellung und Durchführung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten, so ist die Ärzteschaft bereit, sich im Wege der gemeinsamen Selbstverwaltung einer verbindlichen Schlichtung zu unterstellen.

Im Sinne einer dauernden Sicherung objektiver Entscheidungen wird vorgeschlagen, bei Nichteinigung der Parteien den obersten Bundesrichter als die Instanz vorzusehen, die den unparteiischen Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes im Benehmen mit der Bundeskassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden benennt.

#### Zu § 368 h Abs. 4:

Es wird beantragt, in § 368 h Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 jeweils die Worte „und die verbindliche Auslegung“ zu streichen.

Die Begründung ergibt sich aus dem Änderungsvorschlag zu § 368 g Abs. 6.

#### Zu § 368 h Abs. 6:

Es wird beantragt, § 368 h Abs. 6 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die Schiedsamtordnungen werden von den Bundesausschüssen beschlossen; sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministers für Arbeit.“

Wenn die Schiedsinstanzen Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung sein sollen — und nur als solche werden sie von der Ärzteschaft anerkannt — ist nicht einzusehen, warum die Schiedsamtordnung durch Rechtsverordnung erlassen werden soll. Der Natur der Schiedsinstanzen entspricht es vielmehr, die Schiedsamtordnung durch Beschluß des Bundesausschusses mit Zustimmung des Bundesarbeitsministers aufstellen zu lassen.

#### Zu § 368 i Abs. 8:

Der Entwurf sieht keine Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder — also der im Arztregister eingetragenen, aber noch nicht zugelassenen oder beteiligten Ärzte — in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung vor. Dies ist insoweit richtig, als die Beschlußfassung der Vertreterversammlung der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung dient, also der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch die Kassenärzteschaft und für alle sich daraus ergebenden Maßnahmen und Folgerungen. Dagegen gebietet es die Gerechtigkeit, die außerordentlichen Mitglieder an der Beschlußfassung über Aufgaben und Maßnahmen mitwirken zu lassen, an denen sie unmittelbar beteiligt oder wesentlich interessiert sind, z. B. der Gestaltung der Altersversorgung, in der Ersatzkassenpraxis, Kriegsopferversorgung u. ä.

Es wird deshalb beantragt, in § 368 i Abs. 8 hinter „außerordentliche Mitglieder“ einzufügen

„und die Vertretung der außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung zur Mitbestimmung der außerordentlichen Mitglieder in allen diese selbst betreffenden Angelegenheiten“.

#### Zu § 368 i Abs. 10:

Es wird von der Ärzteschaft dankbar begrüßt, daß der Entwurf der Kassenärzteschaft die Gelegenheit geben will, durch die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Frage der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung der Kassenärzte zu lösen, deren Fehlen sich bislang außerordentlich nachteilig für den Kassenarzt und seine Tätigkeit ausgewirkt hat. Es liegt auch im Interesse des Versicherten, Kassenärzte zur Ver-

fügung zu haben, die nicht nur unabhängig, sondern auch sozial und wirtschaftlich soweit gesichert sind, daß sie nicht von der täglichen Sorge um ihr Schicksal und um die Zukunft ihrer Hinterbliebenen erdrückt, dadurch in der Ausübung ihrer aufopferungsvollen und hingebungsvollen Berufstätigkeit gestört und in ihrer Berufsfreude beeinträchtigt werden. Eine Altersversorgung wird darüber hinaus auch dem ärztlichen Nachwuchs dadurch Raum schaffen, daß ältere Kassenärzte in die Lage versetzt werden, freiwillig auf die kassenärztliche Tätigkeit zu verzichten.

Es ist selbstverständlich, daß die im Entwurf vorgesehene Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung der Kassenärzte in dem Sinne auf die Dauer sichergestellt werden muß, daß unter Berücksichtigung dernach der Wahrscheinlichkeitsrechnung zu erwartenden Belastung die „ausreichende Versorgung“ stets aus der Gesamtvergütung erfolgen kann, ohne daß die angemessene Honorierung der tätigen Kassenärzte dadurch beeinträchtigt wird. Eine Versorgung in Gestalt einer Versicherung nach dem sogenannten Anwartschafts-Dekungsverfahren würde jedoch diesem Verlangen nicht gerecht, da sie

- a) den bisher durch provisorische Übergangsregelungen versorgten Personenkreis der alten und invaliden Kassenärzte und ihrer Hinterbliebenen, insbesondere der Flüchtlinge, nicht einschließen könnte und
- b) eine wirkliche Versorgung entsprechend der jeweiligen Kaufkraft und der jeweiligen wirtschaftlichen und sozialen Stellung der Kassenärzteschaft niemals sicherstellen könnte.

Um klarzustellen, daß es sich bei dieser Versorgung nicht um eine Versicherungseinrichtung handelt und um damit auch gewisse verfassungsrechtliche Bedenken auszuräumen, die erhoben worden sind, empfiehlt es sich, ausdrücklich in diese Bestimmung aufzunehmen, daß die Versorgung „im Wege der Honorarverteilung“ erfolgt.

Wir beantragen daher, dem § 368 i Abs. 10 folgende Fassung zu geben:

„Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ferner Bestimmungen enthalten über eine auf die Dauer sichergestellte ausreichende Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder im Wege der Honorarverteilung. Die Versorgung kann mit Zustimmung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam durchgeführt oder mit anderen Versorgungseinrichtungen verbunden werden. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können in ihren Satzungen Grundsätze für die Versorgung aufstellen und mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung ganz oder teilweise gemeinsam durchführen.“

#### Zu § 368 k Abs. 2:

Es wird beantragt, § 368 k Abs. 2 wie folgt zu fassen:  
„Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung können die Kas-

senärztlichen Vereinigungen Verträge mit den Krankenhäusern über die Ausführung ärztlicher Sachleistungen schließen. Die Vereinigungen schließen mit den Universitäten Verträge, die deren Polikliniken in dem zur Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang die Untersuchung und Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen ermöglichen.“

Die vom Bundeskabinett in den Gesetzentwurf eingefügte Bestimmung ist der Ärzteschaft völlig unverständlich. Die Ärzteschaft kann hierzu nur erklären:

Entweder werden alle ärztlichen Leistungen nach einem festen Leistungs- und Unkostentarif bezahlt, oder aber die Vergütung für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung wird im Interesse der Erhaltung der Leistungsfähigkeit und des Bestandes der gesetzlichen Krankenversicherung pauschaliert, dann aber auch unter Einbeziehung der Krankenhäuser.

Was der Gesetzgeber vom freipraktizierenden Arzt aus Gründen der Gemeinnützigkeit verlangt, muß er um so mehr von den Krankenhäusern verlangen. Wenn der Gesetzgeber den Arzt auf eine Bezahlung aus der „mit Rücksicht auf die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen“ festgesetzten Gesamtvergütung verweisen will, dann notwendigerweise auch die Krankenhäuser für die Abgeltung der in ihnen ambulant ausgeführten ärztlichen Sachleistungen. Dies gilt um so mehr, als die wesensgemäße Aufgabe des Krankenhauses nicht in der Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung besteht, sondern in der Versorgung der in das Krankenhaus zur stationären Behandlung eingelieferten Kranken. Die Finanzierung angeblich „unrentabler“ Krankenhäuser (seit wann ist die Unterhaltung eines Krankenhauses überhaupt eine Frage der „Rentabilität“?) zu Lasten der sozialen Krankenversicherung und letzten Endes zu Lasten der freipraktizierenden Ärzteschaft muß entschieden abgelehnt werden.

Im übrigen bleibt in dieser Bestimmung unverständlich, worum es sich bei den „in Krankenhäusern gewährten Sachleistungen“ überhaupt handeln soll. Handelt es sich um

- a) die von den beteiligten Krankenhausärzten (§ 368 a Abs. 6) in den Krankenhäusern ausgeführten Sachleistungen oder um
- b) die nach den (gemäß § 5 der Übergangsbestimmungen) weitergeltenden Verträgen ausgeführten Sachleistungen oder um
- c) eine im Zusammenhang mit der Bestimmung in § 368 d zu vermutende (?) Ausweitungstendenz im Sinne der Einrichtung von Ambulatorien?

Die Bestimmung des § 368 k Abs. 2 hätte nur dann eine Berechtigung, wenn sie im Zusammenhang mit der Zulassung aller approbierten Ärzte auf sämtliche ärztlichen Leistungen in dem Sinne ausgedehnt würde, daß die Leistungen aller Ärzte nach einem Tarif vergütet werden.

Durch die Bestimmung in § 368 a Abs. 6 ist sichergestellt, daß durch die Beteiligung der leitenden Kranken-

hausärzte ärztliche Sachleistungen im Wege der freien Arztwahl auch in Krankenhäusern ausgeführt werden können. Der Krankenhausarzt erhält hierfür die gleiche Bezahlung wie der freipraktizierende Kassenarzt. Es ist nicht zu beanstanden, daß der (in diesem Falle durch den Krankenhausarzt an die Krankenhausverwaltung abzuführende) Unkostenanteil getrennt ausgewiesen wird, was auch von den freipraktizierenden Kassenärzten vielfach gewünscht wird. Die Realisierung dieses Unkostenanteils muß sich aber wie bei allen ärztlichen Leistungen nach der möglichen Quote aus der Gesamtvergütung richten. Sollte der Unkostenanteil ohne Rücksicht auf die Gesamtvergütung nach festen Sätzen bestimmt werden, so können die Krankenhäuser dieses Privileg nicht für sich beanspruchen, sondern es muß dies auch für die freipraktizierenden Ärzte — und zwar für alle ihre Leistungen — gelten.

Dadurch wird allerdings das ganze in § 368 f niedergelegte Prinzip der kassenärztlichen Vergütung, ebenso wie die Beschränkung der Zulassung in § 368 a und die der Kassenärztlichen Vereinigung auferlegte Gewährleistung für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung mit den entsprechenden Prüfungs- und Disziplinarbefugnissen gegenüber den Kassenärzten illusorisch.

Um die Ausführung ärztlicher Sachleistungen in Krankenhäusern zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auch dann zu ermöglichen, wenn der leitende Arzt nicht gemäß § 368 a Abs. 6 beteiligt ist, wird die vorgeschlagene Fassung beantragt. — Zu der Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken ist bereits in unseren Bemerkungen zu § 368 d Stellung genommen worden.

#### Zu § 368 l Abs. 2:

Es ist schlecht verständlich, wie der Bundesausschuß als „oberste beschließende Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung“ bezeichnet werden kann, wenn die unparteiischen Mitglieder von dem Bundesminister für Arbeit und dem Bundesminister des Innern ernannt werden sollen. Dann handelt es sich letztlich nicht mehr um eine Einrichtung der Selbstverwaltung, sondern um eine „Hohe Behörde“. Da der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen keine Einrichtung des Gesundheitswesens ist, sondern als Organ der Sozialversicherung tätig wird, ist auch die Berechtigung für eine unmittelbare Einwirkung und Mitwirkung des Bundesministers des Innern nicht einzusehen. Der Gedanke der gemeinsamen Selbstverwaltung, den der Gesetzentwurf fördern und fortentwickeln will und dem die Begründung des Gesetzentwurfes so hohes Lob zollt, verlangt, daß § 368 l Abs. 2 Satz 4 die folgende Fassung erhält:

„Je ein unparteiisches Mitglied und seinen Stellvertreter beruft der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen.“

#### Zu § 368 l Abs. 2 Satz 3:

Es wird beantragt, § 368 l Abs. 2 Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Unter den Vertretern der Ärzte muß ein von den im Arztregister eingetra-

genen nicht zugelassenen Ärzten benanntes Mitglied sein.“

Die Begründung entspricht der Begründung unseres Vorschlags zu § 368 b Abs. 1 Satz 4.

#### Zu § 368 m Abs. 1 Ziffer 2:

Es wird beantragt, § 368 m Abs. 1 Ziff. 2 wie folgt zu fassen:

„Die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Übernahme der Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Verordnung von Arznei und Heilmitteln sowie die Verordnung von Krankenhauspflege.

Die „Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ erfolgt nicht durch den Bundesausschuß, sondern durch die ärztliche Wissenschaft und Praxis. Gemeint ist mit dieser Bestimmung wohl die Übernahme der Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenversicherung. Auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist eine ärztliche Angelegenheit, die der Bundesausschuß nicht durch Bestimmungen regeln kann. Soweit hier an die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten gedacht sein sollte, handelt es sich um eine Aufgabe der Vertrauensärzte, die nicht unter dieser Ziffer zu regeln ist.

#### Zu Art. 3:

Es wird beantragt, Artikel 3 wie folgt zu fassen:

„Dieses Gesetz gilt im Lande Berlin, wenn die Sozialversicherung im Lande Berlin der der Bundesrepublik entspricht, und wenn das Land Berlin nach Art. 87 Abs. 2 seiner Verfassung die Anwendung dieses Gesetzes beschließt.“

#### Zu Art. 4 § 2:

Es wird beantragt, den Abs. 2 zu streichen, um der Kassenärzteschaft die Möglichkeit zu geben, nach Inkrafttreten des Gesetzes die Organe der Kassenärztlichen Vereinigung neu zu wählen.

#### Zu Art. 4 § 5 Abs. 2:

Es wird beantragt, Art. 4 § 5 Abs. 2 wie folgt zu fassen:

„Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern über die Abgabe ärztlicher Sachleistungen, die am 1. Januar 1952 in Kraft waren, bleiben unberührt, solange die leitenden Fachärzte dieser Krankenhäuser an der kassenärztlichen Versorgung nicht für Überweisungsfälle gemäß § 368 a Abs. 6 beteiligt sind. Das Recht der Krankenkassen zur Kündigung dieser Verträge bleibt unberührt.“

Wenn der Gesetzgeber an den in § 368 a Abs. 6 und § 368 k Abs. 1 aufgestellten Grundsätzen festhalten will, so muß die Bestimmung die vorgeschlagene Fassung erhalten.

Zusammenfassend kommt der Außerordentliche Deutsche Ärztetag in Übereinstimmung mit den im Ausschuß „§ 368 ff. RVO“ vertretenen Verbänden zu folgendem Ergebnis:

Die Grundsätze der gesetzlichen Regelung, die in der Begründung des Entwurfs in vorzüglicher Weise niedergelegt sind,

werden im Entwurf selbst verwässert und in sich widerspruchsvoll. In dieser Fassung stellen sie keine befriedigende Grundlage für ein gedeihliches Zusammenwirken von Ärzten und Krankenkassen dar. Die Ärzteschaft des Bundesgebietes bedauert dies. Sie strebt mit den von ihr gemachten Anregungen und Vorschlägen eine vertrauensvolle Zusammen-

arbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen zum Wohle und zum Nutzen der Versicherten an. Die Ärzteschaft bittet den Gesetzgeber dringend, die Gemeinschaftsarbeit der Krankenkassen und der Ärzte im Sinne fortschrittlicher Entwicklung zu fördern und nicht durch systemlose und in sich widerspruchsvolle Bestimmungen zu untergraben.

## Zum Presseecho des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages

Auch der Außerordentliche Deutsche Ärztetag am 29. und 30. November in Bonn hat wieder unter lebhafter Anteilnahme der Presse stattgefunden. Zwar lagen bei Redaktionsschluß nur wenige Kommentare vor, doch nahm die Berichterstattung einen breiten Raum ein. Dabei muß noch hinzugefügt werden, daß schon seit Wochen ausführliche Berichte über den Gesetzentwurf zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen erschienen sind, die in allen Einzelheiten den Inhalt des Gesetzes geschildert und die Einwände des Bundesrats, der sich bisher als einzige parlamentarische Körperschaft der Bundesrepublik damit beschäftigt hat, gebracht haben. Die ersten bei Redaktionsschluß vorliegenden Kommentare erschienen in der „Neuen Zeitung“ und in der „Stuttgarter Zeitung“, die wir nachstehend zum Abdruck bringen:

### Schicksalsfragen der deutschen Ärzteschaft

Von Friedrich Deich

„Wenn ein Außerordentlicher Ärztetag einberufen wird, dann muß auch etwas Außerordentliches los sein.“ Mit diesen Worten begann Prof. Dr. Hans Neuffer, Präsident des Deutschen Ärztetages, seine Ansprache auf einer öffentlichen Kundgebung am letzten Sonntag in Bonn, auf der er noch einmal die Grundhaltung und die Ziele der ärztlichen Standespolitik aufzählte: sie ist gegen eine einheitliche Zwangsversicherung, gegen eine Einheitsversicherung überhaupt, gegen eine freiwillige Weiterversicherung, um die ursprüngliche Idee der Krankenversicherung zu erhalten, für eine freie Arztwahl, für freie Behandlungsmethoden.

Der außerordentliche Anlaß, acht Wochen nach dem letzten Deutschen Ärztetag die Delegierten der deutschen Ärzteschaft erneut zusammenzurufen, bot der „Entwurf eines Gesetzes über die Regelung zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen“, kurz „Kassenarztrecht“ genannt, ein Gesetzentwurf, der Anfang November vom Bundeskabinett verabschiedet und dem Bundesrat vorgelegt wurde. Der Bundesrat hat inzwischen gegen die Novelle „schwerwiegende Bedenken“ erhoben und eine völlige Umgestaltung verlangt, allerdings aus verfassungsrechtlichen Gründen. Im Gegensatz dazu bezieht sich die scharfe Kritik des Deutschen Ärztetages auf die überraschende Tatsache, daß entgegen dem Willen derer, die den Gesetzentwurf ausgearbeitet haben — es sind dies Bundesarbeitsminister Anton Storch und seine Mitarbeiter —, die Grundsätze der deutschen Ärzteschaft teilweise gänzlich unberücksichtigt geblieben, teilweise verwässert worden sind.

Der Gesetzentwurf enthält auffallende Widersprüche: zunächst wird der Grundsatz der freien Arztwahl ausdrücklich anerkannt, aber in den Durchführungsbestimmungen wird er dadurch wieder verwässert, daß die Aufgaben des Kassenarztes auch den Ambulatorien der Krankenhäuser und Polikliniken übertragen werden. Bisher war die ambulante Versorgung der Versicherten ausschließlich die Aufgabe der freipraktizierenden Kassenärzte. Da bei der jetzigen Zulassungsklausel 1 : 600 (ein Arzt auf 600 Versicherte) der Kassenarzt mit Arbeit überlastet war, hatte die Ärzteschaft vorgeschlagen, die Zahl der zu den Kassen zugelassenen Ärzte nach der Klausel 1 : 450 zu erhöhen, zumal ein Überangebot an Jungärzten besteht. Der Gesetzentwurf aber beläßt es bei der bisherigen Zulassungsklausel 1 : 600, dafür nimmt er die Ambulatorien der Krankenhäuser in den Aufgabenkreis des Kassenarztes hinein, obwohl nicht bekanntgeworden ist, daß die Krankenhausärzte sich über Mangel an Beschäftigung beklagt haben. Die Absicht, die damit verbunden ist, läßt der § 368 Abs. 2 nur zu deutlich erkennen, in dem bestimmt wird, daß die in Krankenhäusern gewährten ärztlichen Sachleistungen nach Tarifen bezahlt werden sollen, „die vom Bundesminister für Arbeit im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern erlassen werden“. Bekanntlich werden die Kassenärzte nicht nach Tarifen bezahlt, sondern nach einem Pauschalssystem, das sich nach der finanziellen Lage der Krankenkassen richtet. Die finanzielle Lage der Krankenkassen ist schlecht, jedenfalls ist sie nicht so gut, daß sie die kassenärztlichen Leistungen nach Tarif bezahlen könnte. Der Gesetzentwurf über das Kassenarztrecht, der eine Vergütung der ärztlichen Sachleistungen der Krankenhäuser nach einem festen Tarif vorsieht, stellt also eine einseitige Begünstigung der Krankenhäuser gegenüber den Kassenärzten dar.

Der Präsident des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hans Neuffer, vertritt demgegenüber den Standpunkt, daß entweder alle ärztlichen Leistungen nach einem festen Tarif bezahlt werden oder aber die Vergütung für die ärztlichen Leistungen im Interesse der Erhaltung der gesetzlichen Krankenversicherung pauschaliert werden, dann aber auch unter Einbeziehung der Krankenhäuser. Die Delegiertenversammlung des Deutschen Ärztetages hat sich auf der geschlossenen Sitzung am 29. November in Bonn einstimmig für die Streichung des § 368 Abs. k (Abschnitte 1—11) ausgesprochen und Änderungsvorschläge ausgearbeitet.

Diese bisher kritisierte Vorschrift des Gesetzentwurfes ist aber nicht der einzige Grund, den bereits vor dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag einige Landesärztekammern zum Anlaß genommen haben, den gan-

zen Gesetzentwurf in Bausch und Bogen abzulehnen. So gibt auch die Beibehaltung des bisherigen Honorarsystems vielen Ärzten Grund zur Unzufriedenheit. Auf dem Außerordentlichen Ärztetag in Bonn hat sich jedoch die Auffassung durchgesetzt, daß die Pauschalvergütung an sich nicht das Grundübel darstellt, sondern die Art ihrer Berechnung. Diese richtet sich nach der finanziellen Lage der Krankenkassen, anstatt nach der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Versicherten. Die Delegiertenversammlung hat damit, daß sie die Forderung vieler Ärzte nach Wiedereinführung des alten Honorarsystems, nämlich der Vergütung der Einzelleistung, abgelehnt hat, bewiesen, daß sie dem Gesetzentwurf positiv gegenübersteht und nicht verkennt, daß er auch einige Fortschritte bringen wird, wenn nur die durch Mehrheitsbeschluß herbeigeführten Änderungsvorschläge berücksichtigt werden.

Es erübrigt sich, die Änderungsvorschläge alle aufzuzählen. Es sei nur noch einer der am meisten umkämpften Punkte der Novelle erwähnt, nämlich der § 368 h, der die in den vorausgehenden Paragraphen grundsätzlich anerkannte gemeinsame (von Ärzten und Kassen getragene) Selbstverwaltung wieder in Frage zu stellen scheint. Dieser Paragraph sieht im Falle eines Streites zwischen Ärzten und Kassen die Ernennung eines Unparteiischen durch den Bundesarbeitsminister vor, wenn die streitenden Parteien sich über die Ernennung eines solchen Unparteiischen nicht einigen können. Damit — so wird vielfach auf ärztlicher Seite argumentiert — werde die Selbstverwaltung illusorisch, denn die Schiedsinstanz nehme gemäß § 368 h den Charakter einer hohen Behörde an. Die Delegiertenversammlung hat jedoch den Vorteil dieser „Zwangsschlichtung“ nicht verkannt, aber sie hat im Sinne einer dauernden Sicherung objektiver Entscheidungen vorgeschlagen, bei Nichteinigung der Parteien den Präsidenten des Bundesverfassungsgerichts als die Instanz vorzusehen, die den unparteiischen Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes im Benehmen mit der Bundeskassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden benennt. Bundesarbeitsminister Anton Storch hat zudem versichert, daß er mit dem strittigen Passus nicht an eine „Zwangsschlichtung“ gedacht hat, sondern an eine Vereinigungshilfe.

Die Kritik an dem vorliegenden Gesetzentwurf wäre allzu einseitig, wenn nicht auch auf die Paragraphen hingewiesen würde, die gegenüber der alten Reichsversicherungsordnung eine Besserung bringen. Der Gesetzentwurf billigt dem Kassenarzt gewisse autonome Rechte zu, während er bisher — wie man den Zustand überspitzt genannt hat — der „Erfüllungsgehilfe“ der Krankenkassen war. Ferner sieht der Gesetzentwurf erstmalig die seit langem von den Ärzten und den Krankenkassen gewünschte Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfürsorge für die Mitglieder der kassenärztlichen Vereinigungen vor. Hierin ist ein bedeutender Fortschritt gegenüber früher zu erblicken. Er wird auch von der Ärzteschaft dankbar begrüßt, allerdings mit dem Vorbehalt, daß die Versorgung nicht nur „unter Beachtung versicherungsmathematischer Grundsätze“ erfolgen dürfe.

Die Änderungsvorschläge zu dem Gesetzentwurf für das Kassenarztrecht, welche die Delegiertenversammlung des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages in Bonn ausgearbeitet hat, sind die Hauptforderungen an

den Gesetzgeber. Werden sie berücksichtigt werden oder nicht? — das ist die „Schicksalsfrage“ des deutschen Ärztestandes.

(„Neue Zeitung“ vom 2. Dezember 1952.)

## Krankenkassen, Ärzte und Versicherte

gel. Die westdeutschen Ärzte haben es für wichtig genug erachtet, wegen des Entwurfs eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen einen Außerordentlichen Ärztetag abzuhalten (den dritten in 80 Jahren). Sie haben gegen den Gesetzentwurf schwerwiegende Bedenken vorgebracht, aus denen zugleich erkennbar wird, daß das soziale Krankenkassenwesen Mängel hat, die sich immer unangenehmer auswirken, je größer der Kreis der Pflichtversicherten wird. Auch der Bundesrat hat das Gesetz zurückgewiesen, allerdings aus verfassungsrechtlichen Gründen.

Die Bedenken der Ärzte richten sich gegen einzelne Bestimmungen des Gesetzes. Die gesetzliche Regelung begrüßen sie, weil es höchste Zeit wird, den nun schon seit Jahren anhaltenden Spannungszustand zwischen den Krankenkassen und den Ärzten zu beseitigen. Der Leidtragende dieses Zustandes ist der Kranke, der bis jetzt noch nicht nach seiner Meinung zu dieser Angelegenheit gehört worden ist. Er hat bis jetzt nur immer wieder von Zwistigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen, hauptsächlich wegen der Honorare, gelesen und hat sich gefragt, wieso seine Beiträge nicht ausreichen, die Ansprüche der Ärzte zu befriedigen. Entsprechende Möglichkeiten zu einer verbindlichen Regelung dieser Fragen hat es früher gegeben, doch wurden sie 1945 außer Kraft gesetzt und müssen nun neu geschaffen werden. Insofern ist das Gesetz kein Novum. Es faßt lediglich eine Reihe von Paragraphen der Reichsversicherungsordnung neu und den veränderten Verhältnissen entsprechend. Es regelt die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, deren Grundsätze, das Vertrags- und Schlichtungswesen, die Bildung von kassenärztlichen Vereinigungen und die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen. Die Ärzte beanstanden nun, daß entgegen einer früheren Übung, in das Gesetz eine Vorschrift aufgenommen werden soll, wonach die freie Arztwahl des Versicherten auf anonyme Institutionen, wie Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, Krankenhäuser und Polikliniken ausgedehnt werden soll. Diese Bestimmung widerspreche dem höchstpersönlichen Sinn, in dem die freie Arztwahl stets aufgefaßt worden sei und wie er auch in diesem Gesetz zu gelten habe. Besonders unverständlich erscheint es den Ärzten, daß Leistungen dieser Einrichtungen bevorzugt honoriert werden sollen.

Man steht, wohl mit Recht, auf dem Standpunkt, daß entweder die ärztlichen Leistungen nach einem festen Tarif bezahlt werden, oder die gesamte ärztliche Versorgung unter Einbeziehung der Krankenhäuser pauschaliert wird. Beide Bestimmungen gehen auf den Einfluß der deutschen Krankenhausgesellschaft zurück, die bei Bundesinnenminister Lehr und seinem Mitarbeiter mit ihren Forderungen auf volles Verständnis gestoßen ist. Es ist kein Geheimnis, daß es den Krankenhäusern schlecht geht und daß die von den Krankenkassen gezahlten Pflegesätze nicht ausreichen, um die Unkosten der Krankenhäuser zu decken, oder gar sie rentabel zu

machen. Das waren sie auch früher nicht. Damals sprangen Stiftungen und private Geldgeber ein und halfen ihnen weiter. Jene gibt es aber heute nicht mehr. Nun möchten sich die Krankenhäuser auf Kosten der Ärzte wieder flott machen. Dieses Verlangen hat aber zur Folge, daß der Arzt zu einem Teilchen in einem Kollektiv degradiert wird zum Nachteil seiner Patienten, dessen größte Arzthilfe aus dem Vertrauensverhältnis von ihm zum Arzt erwächst. Diese Tendenz dürfte allerdings den politischen Ansichten der Bundesregierung nicht entsprechen.

Eine weitere Gesetzesbestimmung, die von den Ärzten ebenfalls beanstandet wird, geht auch auf den Einfluß des Bundesinnenministers zurück. Es handelt sich hier um die Vorschrift, daß in die gemeinsamen Selbstverwaltungsorgane der Ärzte und Krankenkassen vom Bundesinnen- und vom Bundesarbeitsminister ernannte Mitglieder entsandt werden sollen. Diese Vorschrift widerspricht mindestens der im ersten Paragraphen ausgesprochenen Absicht des Gesetzes, die Betroffenen sollten ihre Angelegenheiten selbst regeln. Die Betroffenen sind die Ärzte und die Krankenkassen. Tatsächlich ist es der Versicherte oder der Kranke, der im Mittelpunkt des Interesses stehen mußte. Der Versicherte wird in dem Gesetz zwar erwähnt, doch haben sich die Krankenkassen so erfolgreich in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eingeschoben, daß dieser nur noch eine Nebenfigur ist. Diese Verschiebung der Fronten kann natürlich mit Hilfe dieses Gesetzes nicht rückgängig gemacht werden. Hier kann nur noch die schon lange geforderte Reform der Sozialversicherung an Haupt und Gliedern helfen. Sie hat bisher so wenig Chancen gehabt, weil diese Frage zu sehr in die Parteipolitik abgedrängt worden ist. Dabei ist nichts falscher und unglücklicher, als diese Frage in diesem Bereich zu belassen. Wie Professor Neuffer, der Präsident des Deutschen Ärztetages, in der öffentlichen Kundgebung des Außerordentlichen Ärztetages sagte, muß eine solche Versicherung dem Wesen des Menschen und dem Wesen des Arzttums gerecht werden. Es entspricht diesen nicht, wenn die ärztliche Leistung gesetzlich als eine Sachleistung und damit die Gesundheit als eine Ware behandelt wird. Es entspricht dem Wesen des Arzttums auch nicht, wenn eine Versicherung weitgehend das Schicksal des Arztes bestimmt, indem sie zu seinem Arbeitgeber wird. Das tut sie aber heute, wo nahezu 80 % der Bevölkerung zwangsversichert sind.

Die Art der heutigen Versicherung widerspricht aber auch dem Wesen des Menschen, zu dem es gehört, daß er über seine eigenen Dinge selbst entscheidet. Dazu gehört auch und insbesondere das Verhältnis zum Arzt, der ihm hilft, eine der unangenehmsten Lasten, die Last der Krankheit, zu erleichtern. Nur da, wo diese Last die eigenen Kräfte übersteigt, sollte die Versicherung einspringen. Professor Neuffer sprach sich deshalb gegen eine Einheitsversicherung und für eine gewisse Selbstbeteiligung des Patienten aus. Ursprünglich wollte die deutsche Sozialversicherung auch nur eine Art Arbeitslosenversicherung im Krankheitsfalle sein. Damals wurden von dieser Versicherung etwa 15 % der Bevölkerung erfaßt. Erst später hat sich die Sozialversicherung zu diesem Mammut entwickelt, das heute die Freiheit des Einzelnen — des Arztes wie des Patienten — bedrohend, in der Bundesrepublik umgeht. Dabei ist es in der Tat so, daß, wie kürzlich in einer westdeutschen Tageszeitung zu lesen war, von der sozialen Krankenversicherung heute ein großer Personenkreis mit erfaßt wird, der seine Krankheit selbst bezahlen könnte. Daß diese Personen dennoch für jene mitbezahlen sollen, die für das Risiko Krankheit nicht selbst aufkommen können, strapaziert ganz einseitig die von den Krankenkassen immer wieder geforderte Solidarität. Die Rentner und die Personen, die ihre Krankheit nicht selbst bezahlen können, sollten von der Allgemeinheit gestützt werden, was solange ohnedies der Fall war, als der viel größere Kreis der nicht sozialversicherten Patienten dem Arzt die Möglichkeit gab, gegen niedere Honorare der Krankenkassen zu arbeiten. Das ist heute nicht mehr der Fall. Der andere Ausweg, der staatliche Gesundheitsdienst, hat seine Zweckmäßigkeit bis heute noch nicht erwiesen.

Im Grunde ist es traurig und beschämend zugleich, daß sich die Ärzte immer wieder solcher Angriffe auf die Grundlagen ihrer Tätigkeit erwehren müssen. Heilen und Helfen ist nur in einem Vertrauensverhältnis zwischen Heilenden und Kranken möglich. Versucht man das Problem lediglich als eine Reparaturenangelegenheit anzusehen, dann wird das Verfahren keineswegs billiger, wie manche träumen, sondern höchstens teurer, weil es langwieriger wird. Es wäre gut, wenn man sich entschließen könnte, alle diese Fragen unabhängig von der Tagespolitik in einem Bundesgesundheitsministerium zu klären. Es ist das eine alte Forderung der Ärzte, die aus bisher nicht dargelegten Gründen unerfüllt geblieben ist. („Stuttgarter Zeitung“ vom 3. Dez. 1952.)

## Muß der Hausarzt wirklich sterben?\*

Von Gustav S o n d e r m a n n

Der augenblicklich laufende Roman einer Zeitschrift trägt den Titel: „Alle Blondes müssen sterben“; um nicht vieles geistreicher kommen mir alle jene Ausführungen vor, welche unter dem Titel: „Der Hausarzt muß sterben“ zusammengefaßt werden können; ja, wenn man gewissen Stimmen Gehör schenken will, so haben die Trauerglocken bereits über dem Grab des letzten Hausarztes ausgeläutet und ist jene Spielart des homo medicans von der Erde verschwunden.

\* Aus dem Bayerischen Ärzteblatt Heft 4/1952.

Und so wären wir also, die wir noch zu Tausenden mit Willen und Bewußtsein die Tätigkeit des Hausarztes ausüben, überlebte Erscheinungen, Gespenster gewissermaßen, deren Dasein man nur frech und bieder zu leugnen braucht, um sie zu bannen und in lamentablen Nebel aufzulösen. Gewiß wäre solches die praktischste Art, mit uns umzuspringen und man versucht es ja auch, und so wird es Zeit, daß wir einmal mit aller Deutlichkeit erklären: Wir Hausärzte sind keineswegs Gespenster, wir leben und sind tätig, wir fühlen uns durchaus nicht überflüssig in dieser Welt, und der Acker, über den wir

täglich gehen, ist noch nicht kleiner geworden. Und vor allem denken wir gar nicht daran, uns durch jene neu-modischen Windbeutelmethoden Goebbelscher Provenienz aus der Welt hinauseskamotieren zu lassen: Früher sah und bedachte man die Tatsachen, wie sie gegeben waren, respektierte sie und stellte danach seine Behauptungen auf; heute hat man es allorts von dem kleinen Teufel gelernt, irgendwelche von einem Wunschbilde geformte Behauptungen aufzustellen, und dies in solch penetranter Unverfrorenheit (als „Propaganda“, gesellschaftsfähig gemacht!), daß sich bald die Tatsachen danach richten und alle Leute, die sich durch Presse, Radio, Film und Sport das Denken abgewöhnt haben, auf diese listig gestellten Geleise umschalten, ohne sich lange darum zu kümmern, wohin denn die Reise gehen soll. Also — nur immer kühn behaupten: Der Hausarzt ist tot — in allen Spiel- und Gangarten und bei allen Gelegenheiten dies behaupten, dann wird es schon einmal so weit sein, daß aus der Windbeutelerei eine Tatsache wird! Nur immer laut schreien: Der Hausarzt ist tot! Es lebe — ja, wer denn? Nun, davon schweigt man noch, die einen, weil sie es nicht wissen, was dann kommen soll, die anderen, weil sie es ganz genau wissen, aber die Katze noch nicht aus dem Sacke lassen wollen! So wollen wir es einmal tun — es lebe der kleine subalterne Erfüllungsgehilfe seiner Omnipotenz Sancti Bürokratit!

Eine der attraktivsten Darbietungen indischer Fakire ist der Seiltrick: sie werfen ein Tau in die Luft und — o Wunder — es steht fest wie ein Schiffsmast, an dem der Mann mit dem Turban auf- und abklettert. So werfen unsere Fakire jenes aus List und Lüge gewobene Gespinnst in die Luft und klettern lustig darauf herum — der Hausarzt ist tot, lasset uns Ambulatorien bauen und Gesundheitszentren und Karteiburgen mit Hollerithmaschinen und schnurrenden und blinkenden Apparaten, und das Paradies wird euer sein! Und da staunen sie, die braven Zuschauer, das imponiert, das leuchtet ein und es ist doch auch einmal wieder etwas anderes! *Rerum novarum cupidi* — so nannte ein römischer Schriftsteller einst die Gallier, heute hat diese unheilvolle Sucht nach Neuem die ganze Welt erfaßt. Darauf spekulieren unsere Fakire, die sich auf allen Gebieten seit Jahrzehnten mit „bestem Erfolg“ betätigen. Mit täuschenden Parolen aus dem vorigen Jahrhundert treiben sie Schindluder mit der Sehnsucht des kleinen geplagten Menschen nach Freiheit, Gerechtigkeit und Sicherheit und locken ihn in die Laufgänge, die einmal in den Pferch der Kollektive münden sollen! Die Menschheit steht vor einer Form und Wesen ihrer Zukunft bestimmenden Frage: Kollektivum oder Individuum. Es geht hier nicht nur um uns Ärzte, aber an unseren Problemen entlarvt sich die heimliche Absicht der Treiber und so sind wir zu besonderer Vorsicht und Wachsamkeit verpflichtet. Alle tiefgreifenden Umwälzungen gehen von einer kleinen Minderheit aus; sie werden aber nur möglich, wenn die Massen — in sich stets ohne Initiativbestreben — in einer Vorbereitungszeit zur wohlwollenden Neutralität überredet werden, in welcher verharrend sie dann jene Umwälzungen an sich dulden. Täuschen wir uns nicht: wir stehen heute wieder in einer solchen Vorbereitungszeit im Hinblick auf die uns Ärzte besonders berührenden Probleme! Und gerade zu jenen Vorbereitungsmanövern gehört eben auch der Ruf: Der Hausarzt ist tot!

## 2.

Diese Manöver zu stören ist unsere Pflicht — nicht einmal so sehr um unserer eigenen Existenz willen, als vielmehr um der Menschen, die uns anvertraut sind, um der Kranken willen. Und wir wollen sie stören mit all der Kraft und Entschlossenheit, die uns die Kenntnis der wirklichen Verhältnisse und ein gutes Gewissen zu geben vermögen.

Wie sind denn die wirklichen Verhältnisse? Gibt es denn wirklich keine Hausärzte mehr, sind sie denn wirklich nur noch eine fossile Erscheinung, reif zur musealen Einordnung?

So muß man doch glauben, wenn man jene Stimme hört, und dabei stehen Tausende erfahrener Frauen und Männer in eben jener totgesagten Tätigkeit, rastlos von früh bis abends und in manchen sorgenvoll verbrachten Nächten! Sie sind so erfüllt von ihrem Tun, daß sie von jenem Geschwätz kaum Notiz nehmen; aber — ich denke, der Gründe sind genug genannt, um sie zur Wachsamkeit, zur Besinnung über sich und ihre Arbeit zu bringen.

Was ist denn das Charakteristikum dieses Hausarztes?

Kurz umrissen stellt der Hausarzt einen gut ausgebildeten, in allen Sätteln gerechten Allgemeinarzt in freier Praxis dar, der — eingestellt auf den ganzen Menschen, mit offenem Blick für den weiten Lebensbereich seiner Kranken und für deren Lebensnotwendigkeit — gewillt ist, Sorge und Not der sich ihm Anvertrauenden mitzutragen, selbst ein Mensch, ein „Kerl“, eine Persönlichkeit, Autorität ausstrahlend, aber stets auch seiner Grenzen bewußt und bereit, sie anzuerkennen und zu achten; so wirkt er — oft über Jahrzehnte — im Haus, d. h. in der Familie seiner Patienten als Berater und Helfer, getragen und gestärkt von dem ihm entgegengebrachten Vertrauen, das auch über manche Spannung und manches Mißverständnis hinweghilft.

Jener junge Arzt, der einst als Anfänger bei einem viel vermögenden Manne der bäuerlichen Gemeinde seinen Antrittsbesuch machte, bekam zu seiner heilsamen Enttäuschung eine gute Lehre über das Wesen des Hausarztes. „Sehen Sie her, Herr Doktor“ — so ungefähr sagte der Mann —, „hier an der Wand die Bilder meiner Eltern und Geschwister, und auch dieses und jenes Kindes — alle hat Ihr Kollege hier behandelt und auch über die letzte Not hinweggebracht — ich meine, Sie werden verstehen — wir bleiben bei unserem alten Hausarzt“, ja — so sagte der Mann — er sagte nicht, wie es sicher der Junge in einer schwarzen Falte seines Herzens erhoffte: nun, der alte Herr hat denen da allen doch nicht vom Tode helfen können, so probieren wir es einmal mit Ihnen — nein —, „wir bleiben —“.

## 3.

Es ist gewiß nun keine Widerlegung unser selbst, wenn wir davon sprechen, daß die heutige Zeit Gefahren und Schwierigkeiten für den Hausarzt und sein Wirken gebracht hat. Was ist aber heute nicht in Gefahr? Unsere Kultur, unsere Heimat, unser Volk, unser Planet — es ist die große Unsicherheit über uns gekommen, die uns aber nicht dazu verlocken soll, das Gefährdete schon für tot zu erklären, sondern die uns zur Wachheit und zur Verteidigung der wirklichen Werte aufruft. Gefahr und Gefährdung wirklich aufweisen, bedeutet häufig schon das drohende Gespenst zu bannen

oder doch zum mindesten den Ort des notwendigen Widerstandes aufzuzeigen. Und in diesem Sinne sei eine Reihe von Gefahren benannt, welche diese Zeit wider den Hausarzt heraufbeschworen hat.

Der Hausarzt bedarf in Gestalt und Wirken des Elementes der Bewahrung, der Stete, so daß dieser Typus des heilenden Menschen in Zeiten politischer Hysterie und labilen Gleichgewichts an der Börse der öffentlichen Meinung nicht hoch im Kurse steht. Zu dieser Labilität aller öffentlichen Zustände kommt das Schicksal der Vertriebenen, ihre Entwurzelung, die Zerreißen ihrer Lebenszusammenhänge, in die eben auch der Hausarzt hineinverflochten war; über ihrem wie über unser aller Tun und Sein liegt das fahle Licht des Vorläufigen, des Auf-Abruf-Verharrens, so daß der Mut zu wuchshaftem Neubeginn fehlt! Das „Haus“ besteht weitgehend nicht mehr, in dem der Arzt zu wirken vermöchte — d. h. die Familie, ihr wuchshafte-organischer Zusammenhalt hat Schaden gelitten und damit die Voraussetzung für die Tätigkeit des Hausarztes. Die Menschen sind vielfach zu Treibholz geworden, welchen keine feste Ordnung und Planung ihres Lebens mehr gerät und welche auch die Gestaltung ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen wie die Wahl ihres Arztes dem Augenblick und Zufall überlassen.

Auch der allgemeine Schwund des Vertrauens, die frevelhafte Zerstörung und Verschleuderung dieses edelsten Wertes gehört zu den psychologischen Schwierigkeiten allgemeiner Natur, welche uns Hausärzten zu schaffen machen.

Dazu kommen aber nun noch ganz spezifische Fehlentwicklungen auf eigenstem Gebiete, die uns Sorge machen und die jedem Hausarzt wohl bekannt sind. Unser Stand hat an Ansehen und Vertrauen verloren — ganz gleich, aus welchen Gründen sonst noch —, aber wenn in unserer Welt das Gefühl für Autorität und die Fähigkeit und Bereitschaft zum Vertrauen Schaden gelitten haben, so muß ein Beruf, welcher so weitgehend auf diesen geistig-seelischen Werten basiert, besonders verlieren, zumal in dem Typ des Hausarztes. Das Korrelat zu dieser Entwicklung ist das freche Viertelswissen, welches durch die Presse in dem Publikum gezüchtet wird und mit welchem man nun dem Arzt mit albernen Vorstellungen und Forderungen gegenübertritt. Wenn dieser Entartung nun auch noch Nachgiebigkeit, Unsicherheit, mangelnde Persönlichkeitskraft des Arztes begegnet, so entsteht eine Atmosphäre, in welcher überhaupt kein Arzttum gedeihen kann, geschweige denn ein Hausarztverhältnis. Damit stehen wir aber vor der Tatsache, daß hier nicht nur der Hausarzt, sondern der Arzt im wahren Sinne des Wortes in Gefahr ist, sein Wesen und seine Würde zu verlieren. Man hat weit hin kein Verständnis mehr für die Aufgabe des Arztes, für das wahre Ziel seiner Tätigkeit, die Gesundheit. Man betrachtet ihn als eine Art Klempner oder Mechaniker innerhalb einer Apparatur, von welcher die Erhaltung oder möglichst rasche Reparatur der Arbeits- und Genußfähigkeit gefordert wird; und innerhalb dieser Apparatur — so meint man — tritt immer mehr die Persönlichkeit des Arztes zurück und die technische Ausrüstung in den Vordergrund; das muß heute blitzen und blinken, schnurren und Funken geben — dazwischen Häubchen und Nylonstrümpfe — ein billiges Kinoklischee, der Filmstar im weißen Mantel zwischen Nickel und Glas hat sich dieser armen Gehirne bemächtigt,

und dabei merken wir nicht, wie wir alle — Patienten und Ärzte — in dieser Apparatur an menschlicher Substanz verlieren!

## 4.

Es ist angesichts dieser gefahrvollen Entwicklung und dieser Schwierigkeiten ein Wunder, daß es auch heute noch echte Hausarztstätigkeit allerorten gibt, daß auch heute noch überall in Deutschland Ärzte leben, welche erst dann sich in ihrem wahren Elemente auf der Höhe ihrer Leistung fühlen, wenn sie als Hausärzte wirken können. Überall beobachten wir das Hineinwachsen junger Kollegen in solche Familienpraxis — es besteht keine Sorge, daß mit uns Alten das Ideal dieses Arztypus aussterben wird! Man muß sie nur, die Jungen, dazu ermutigen, ihren Willen stärken und sie ihrer Bedeutung bewußt machen, daß sie nicht durch das Geschwätz vom „sterbenden Hausarzt“ entmutigt werden! Halten wir an der Tatsache fest: der Hausarzt ist keine von ökonomisch-gesellschaftlichen Entwicklungen abhängige historische Erscheinung, welche vom Strome geschichtlicher Entwicklung, hinweggespült werden kann wie Dynastien oder sonstige historische Formen und Institutionen. Die Gestalt des Hausarztes ist vielmehr eine Grundgegebenheit, die mit dem Wesen des Menschen, wie er in unserem Abendland geworden, gesetzt ist; sein Kleid wird er ändern, sein Herz wird bleiben. In einer Welt, in der das Vertrauen geschwunden ist, bildet der Hausarzt und seine Beziehung zu dem Kreise seiner Patienten immer noch einen Ort des Vertrauens, eine Möglichkeit, Vertrauen zu erleben, wieder Mut zu dieser Möglichkeit zu gewinnen. Wer weiß, was das Vertrauen für die zwischenmenschlichen Beziehungen bedeutet, daß ein Zusammenleben zwischen den Menschen ohne dieses Element gar nicht möglich ist, der wird schon aus dieser Vertrauensfunktion der hausärztlichen Tätigkeit allein den Hausarzt und seine lebensnotwendige Existenz bejahen. Sein Vorhandensein bedeutet für den Menschen als Wesen, welches der Möglichkeit, krank zu werden, ausgesetzt ist, Trost und Kraftquelle. In einer Stadt, in welcher viele Menschen neu zuziehen, kennt man die bange Frage: zu welchem Arzt geht man nun? Das Anwachsen neuen Vertrauens ist vielfach nicht leicht und führt über manche Enttäuschung, es wird aber doch dort als notwendig empfunden, wo Familie besteht, wo der Mensch noch nicht völlig dem Zigeunerischen dieser Zeit verfallen ist. So lange nur ein Minimum an Freiheit besteht, strebt der Mensch nach dem Arzte seines Vertrauens, solange noch ein Minimum an Fürsorge und Verantwortung in diesem Menschen lebt, wird er wollen, daß der Arzt seines Vertrauens auch seine Familie behandelt. — Es gibt keinen echten Grund vom Kranken her, der gegen den Hausarzt spräche, es gibt auch keinen echten Grund vom Medizinischen her, der das täte; denn es kann auch vom ärztlichen Standpunkt aus nicht gut sein, wenn der Kranke von Facharzt zu Facharzt wandert — ein zusammenfassendes Pand muß vorhanden sein, aber nicht in Form eines Karteiblattes, sondern in der Gestalt eines Menschen, dem auf Grund seiner Ausbildung und seiner Persönlichkeit die Zusammenschau der Teilergebnisse und ihre Rückbeziehung auf die Gesamtpersönlichkeit des Kranken möglich ist. Je notwendiger und zahlreicher Untersuchungen und Einzelbehandlungen von einem technischen Apparat abhängig sind, desto notwendiger wird der Hausarzt sein in seiner Funk-

tion der Zusammenschau und Rückbeziehung, ja man könnte sagen (nur um einmal die Funktion scharf zu beleuchten): Diese Funktion sei seine ebenfalls spezifische, also fachärztliche Tätigkeit.

Es lebt in einem Teile unseres Volkes das Wort: Der Arzt muß eine Mutter und ein Beichtvater sein. Wo dieses Wort und dieses Wissen noch lebendig ist, da ist auch der Hausarzt lebendig, da ist er noch in voller Kraft tätig und er denkt gar nicht daran, sich von den Fakiren totschwätzen zu lassen.

## 5.

Überdenkt man einmal die Familien, in denen wir als Hausärzte tätig sind, so findet man bei aller Unterschiedlichkeit des sozialen, gesellschaftlichen und geistigen Milieus einen gemeinsamen Zug: in diesen Familien ist noch wenigstens ein Rest von Kultur, bewahrter und bewahrender Ordnung vorhanden, sie sind Widerstandsnester gegen das Zigeunerische und Proletenhafte dieser Zeit; der Typ des Hausarztes entspricht ihrem Stil und ihrem Stilwillen. Wer dem Hausarzt die Existenz absagen will, richtet seinen Angriff wider solche Art des Lebensstiles.

Und wenn wir ganz nüchtern Wesen und Bild des Arztes überdenken, so stellt der Hausarzt mit seiner Nähe am Gesamtschicksal des Patienten den Idealtyp des Arztes dar. Und wer dem Hausarzt die Existenz absagen will, der richtet seinen Angriff somit wider das Wesen des Arztes schlechthin, wie er sich seit Hippokrates herausgebildet hat. So besehen, greift die Frage des Hausarztes weit hinaus über den Kreis der Hausärzte — sie darf das Interesse der gesamten Ärzteschaft, ja aller der Kultur unseres Volkes Verantwortlichen beanspruchen.

Die Gründe, die wir für eine Gefährdung der hausärztlichen Tätigkeit anführten, gehen alle auf Entartungserscheinungen und Fehlentwicklungen unserer Zeit zurück — wer den Hausarzt beseitigen will, gerät in den Verdacht, diese Entartungserscheinungen und Fehlentwicklungen stabilisieren zu wollen. Unser Kampf um die Erhaltung des Hausarztes geht weit über ein begrenztes Standesinteresse hinaus, er bezieht seinen Impuls aus dem Willen, den Menschen als Persönlich-

keit, als Geschöpf Gottes zu erhalten. Seien wir uns aber darüber klar, daß dieses das Generalthema unserer Zeit ist: ob der Mensch eine freie Persönlichkeit bleiben kann oder ob er Teilchen eines Termitenstaates werden soll. Alle Auseinandersetzungen dieser Zeit erhalten erst ihre wahre Bedeutung und sind erst richtig zu verstehen von diesem Generalthema her, auch die Auseinandersetzung um die Fragen des Arztums. Lenins Wort: „Der Schlußstein des sozialistischen Staates ist die sozialisierte Medizin“ ist von der Höhe dieser Sicht gesprochen. Die sozialisierte, d. h. bürokratisierte Medizin ist freilich der Leichenstein des Hausarztes, aber wir wehren uns gegen solche Medizin, weil der kranke Mensch darunter leiden wird, wir wehren uns gegen dieses aus dem einseitigen Rationalen, Rechnerischen kommende Denken, da die Natur damit zerstört wird und sich in schrecklicher Weise rächt. Ein Beispiel für diesen Vorgang hat Amerika uns gegeben mit seiner rein auf das Rationale eingestellten Landwirtschaft: man hat seit Generationen den Boden ausgelaugt durch den Raubbau der „Getreidefabriken“, man glaubte des Bauern entraten zu können, welcher der Erde dient und sie als den nährenden Organismus pflegt — heute rächt sich die Erde, die Wüste frißt täglich einen großen Bauernhof, und Amerika gibt jährlich eine Milliarde Dollar für die Bekämpfung dieser fressenden Wüste aus, es fördert wieder den Bauern, weil auch er — wie der Hausarzt — eine Grundgegebenheit des Menschentum ist, die nicht ohne bleibenden tödlichen Schaden beseitigt werden kann.

Soll denn auch auf unserem Gebiete der gleiche Wahnsinn getrieben werden — nur damit wir auch hier einstens mit Schrecken einsehen, daß eine Wüste entstanden ist? Aber vielleicht haben wir dann schon so viel an menschlicher Substanz durch den Termitenwahn verloren, daß wir die Trostlosigkeit dieser Wüste nicht mehr empfinden und die Menschen zu Funktionseinheiten einer insektenhaften Existenz herabgesunken sind.

Wir Hausärzte wollen uns dieses düsteren Aspektes in unserem Kampfe um unser Wesen erinnern, wir werden die Bundesgenossenschaft aller Verantwortungsbewußten finden.

## Eingesandt

Zum Aufsatz des Herrn Kollegen  
Kleinknecht, Ellwangen

(Vgl. Heft 9, S. 189, Jahrg. 1952)

Nach langer Zeit und nach zahlreichen Aufsätzen über die „Schweigepflicht“ und das „Ethos“ mußte man sich durch die vortrefflichen und die Sorgen des Allgemeinpraktikers berührenden Ausführungen des Koll. Kleinknecht in E. mal wieder angesprochen und aufgerüttelt fühlen!

Anstatt dem prakt. Arzt die Möglichkeit zur Erweiterung seines Tätigkeitsfeldes zu geben, beschneidet man ihm fortgesetzt diese Möglichkeiten mit der Begründung einer notwendigen, besonders fachlichen und überlegenen Arbeit im spezialistischen Sinne.

Man muß sich fragen, womit haben es die deutschen Ärzte verdient, daß man ihre Einschätzung in der Öffent-

lichkeit in einengender und herabsetzender Weise fördert. Im Kriege waren viele von uns gut genug, als Chirurgen bei fachlicher Vorbildung Kopfschüsse zu trepanieren, offene Lungenverletzungen zu versorgen, Schußbrüche zu behandeln und selbst Gelenkresektionen vorzunehmen. Heute ist es einem durch Vorschriften und Betreiben der Berufsgenossenschaften noch nicht einmal erlaubt, Fingerquetschungen, geschweige denn Knochenbrüche ohne Aufsicht des Durchgangsarztes zu behandeln! Das Publikum, der Arbeiter werden das nie verstehen. Ich habe indessen persönlich keinen Grund, mich über die Kollegialität der einzelnen Durchgangsarzte zu beklagen: sie handeln eben nach Vorschrift. Daß aber nicht einmal eine Schule das Zeugnis des behandelnden Arztes anerkennen darf, setzt eigentlich dem eben Gesagten die Krone auf.

Es ist die Stellung, Einschätzung und Behandlung der prakt. Ärzte um so bedauerlicher, als bekanntlich die

deutschen Ärzte im ehemals feindlichen Ausland zum Teil eine erstaunliche Achtung genossen haben. Der Unterzeichnete war z. B. mit rumänischen, ungarischen, italienischen Ärzten während 6 Jahren in russischer Gefangenschaft in nicht weniger als 18 Lagern in verschiedenen Rayons des europäischen Rußland. Ich erlebte immer dasselbe: anfangs Behandlung als Kriegsverbrecher, Imperialist, Faschist; nach einiger Zeit kamen die russischen Ärzte, Offiziere, einschließlich der NKWD-Offiziere und fragten den „Njemetzki wratsch“ um ärztlichen Rat. Sie ließen sich amerikanische, englische Ampullen und deutsche, ungarische Beutemedikamente sowie russische Tabletten, Pulver zeigen und immer dieselbe Forderung: Doktor, ich will nur die deutsche Medizin! Die Tuberkulose nannten die Russen „Kochsche Krankheit“ und sprachen nicht von Tuberkelbazillen, sondern von Kochschen Bazillen. Sauerbruch, Bier, Wassermann und Behring waren bei vielen russischen Feldschern und Ärzten ein feststehender Begriff, ebenso wie Waldeyer und Virchow. Das gab uns manch-

mal zu denken und wir waren trotz unserer schmachvollen Lage oft recht stolz auf unser Vaterland. Einstmals sagte mir ein russischer Politruk: ich sei dazu da, um den Puls des Lagers zu fühlen. Ich wußte, was er meinte: ich sollte die deutschen Landser im Lager betreuen und ihnen die Gewißheit bieten, daß sie von einem deutschen Arzt betreut seien. Ja, der deutsche Arzt soll auch der Masse des Volkes „den Puls“ fühlen; dies dürfte wohl der Grund der Diskussionen über Schweigepflicht usw. sein.

Ich bin fest davon überzeugt, daß der prakt. Arzt ausstirbt und die Patientenschaft über kurz oder lang von Durchgangsärzten, Fachärzten betreut wird, wobei ich ausdrücklich feststellen möchte, daß die fachärztliche Tätigkeit neben der allgemein-praktischen notwendig ist.

Man sollte dem alten Stamm dieser Frontkämpfer, die nachts und sonntags bei ihren Patienten stehen müssen, um ihnen in ihren physischen und seelischen Nöten zu helfen, noch etwas mehr Ehre in der Öffentlichkeit erweisen.

Dr. med. H. Schmidt, Eßlingen

## Buchbesprechungen

„Medizinalkalender 1953“, 74. Jahrgang, begründet von Dr. Paul Börner, herausgegeben von H. Braun, München. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 864 S., DM 7.50.

Wer sich an den Gebrauch des Medizinalkalenders gewöhnt hat, wird mit Freude nach dem neuen Jahrgang greifen, ohne wesentliche Änderungen oder Neuerungen zu erwarten. Denn der Medizinalkalender hat sich in seiner bisherigen Form ausgezeichnet bewährt.

So ist auch sein Inhalt im wesentlichen derselbe geblieben: zunächst der jeweilige Quartalskalender, dann Rezepturmittelverzeichnis, Spezialitätenverzeichnis, Verschreibung von Betäubungsmitteln, die wichtigsten deutschen Rezeptformeln, Arzneimitteldosierung bei Kindern, Laboruntersuchungen, Rententabellen, die gebräuchlichen Gebührenordnungen und viele andere nützliche — meist kleinere — Kapitel, die wir hier nicht alle erwähnen können. — Neu hinzugekommen sind u. a. Abschnitte über Krankenernährung und über die gebräuchlichsten Säuglingsnahrungen. Weggefallen ist leider das Postgebührenverzeichnis, das in Alltag und Praxis wichtiger ist als z. B. der Abschnitt über isotonische Lösungen.

Erfreulich, daß es wiederum gelungen ist, diesen umfassenden Stoff in einem so handlichen Buch zusammenzufassen. Erfreulich auch der — wie immer — niedrige Preis.

Dr. Schröder

„Deutscher Arztekalender 1953“, 26. Jahrgang. Verlag Urban & Schwarzenberg, München, 555 Seiten Text, 192 Seiten Kalendarium, DM 7.50.

Das bei vielen Ärzten recht beliebte Taschenbuch ist auch in der Ausgabe für das Jahr 1953 in einzelnen Kapiteln überarbeitet und zeitgemäß ergänzt worden. Es ist vieles enthalten, was der Arzt an Daten und Vorschriften wissen muß. In dem Kapitel „Arzt und Recht“ werden wesentliche den Arzt angehende Rechtsfragen abgehandelt. Neu ist hier das von Prof. Dr. med. Hans Neuffer auf dem diesjährigen Arztag in Berlin gehaltene Referat über „Die ärztliche Schweigepflicht“. In dem Abschnitt über Diagnostik und Therapie sind neuerdings in kurzen Stichworten „Richtlinien für die Früherkennung, Behandlung und Vorbeugung von bösartigen Geschwüren“ sowie ein kurzer Beitrag „Zur Psychotherapie des Praktikers“ aufgenommen worden. Eine umfangreichere Darstellung wäre besonders beim letztgenannten Thema erwünscht.

In den übrigen Kapiteln sind unter anderem Tabellen, ein Arzneimittelverzeichnis, Richtlinien bei akuten lebensbedrohlichen Situationen sowie Ausführungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen aufgeführt.

Die Aufnahme einer Tabelle über mittlere und maximale Einzeldosen der wichtigsten Arzneimittel für Erwachsene sowie eine Dosierung für Kinder wäre zur Bereicherung des Taschenbuches wünschenswert gewesen.

Dr. Wielgoss

Erich Stern: „Jugendpsychologie“. 4. Aufl. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1950, 160 S., DM 9.50.

Stern behandelt in einem allgemeinen Teil die Richtungen und Aufgaben der Jugendpsychologie sowie die Bedingungen der geistigen Entwicklung und in einem speziellen Teil die verschiedenen Stufen der seelischen Entwicklung: das Säuglingsalter, das frühe Kindesalter, die spätere Kindheit, die Vorpubertät und, besonders ausführlich, die Reifejahre. Von einem vermittelnden Standpunkt zwischen den extremen psychologischen Richtungen aus sucht der Verfasser jede Einseitigkeit zu vermeiden. Den Geist, aus dem heraus das Buch geschrieben ist, kennzeichnet der Satz: „Erziehen kann man nur, wenn man die Jugend in jeder Weise ernst nimmt und ihre Sorgen als solche anerkennt.“

Was in diesem Buch in gedrängter Form gesagt wird, geht nicht nur Kindergärtnerinnen, Jugendfürsorgerinnen und Lehrern an; seinen Inhalt müßte sich auch jeder praktische Arzt zu eigen machen für die Therapie wie auch als hausärztlicher Berater der Familie in den vielen Fragen, die die Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit sich bringt. Wer sich über irgendeinen Punkt genauer unterrichten will, der findet in den vielen Literaturangaben im Text genügend Hinweise auf alle eingehenderen Spezialwerke und Schriften.

Dr. Pflüger

Dr. med. et. phil. Eugen Heun: „Die Rohsäftekur“. Hippokrates-Verlag, Marquardt & Cie., Stuttgart, 1951, 216 S., DM 13.50.

Ein erfahrener Sanatoriumsarzt berichtet hier auf Grund jahrzehntelanger eigener Beobachtungen und einer umfassenden Literaturkenntnis über Grundlagen, Methodik und Heilerfolge seiner Rohsäftekur. Nach kurzer Einführung in die Entstehungsgeschichte werden die biologischen und nahrungsmittel-chemischen Grundlagen, z. T. in Tabellenform dargestellt. Die Herstellung und Verarbeitung der Rohsäfte sowie der Verlauf einer Kur mit den begleitenden Kurmaßnahmen werden mit allen beachtenswerten Einzelheiten erörtert. Das abschließende Kapitel behandelt unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur ausführlich Anwendung und Erfolge der Rohsäftekur bei verschiedenen Krankheiten. Insbesondere werden berücksichtigt: Verdauungskrankheiten, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane, Stoffwechsel- und Drüsenstö-

rungen, Nieren- und Hautkrankheiten. Das Buch gibt in seiner sachlichen und gründlichen Darstellungsweise sowohl dem Praktiker wie dem Krankenhausarzt beachtenswerte Anregungen.  
Dr. Ilse Reinhardt

Prof. Dr. Werner Kollath: „Die Ordnung unserer Nahrung“. Hippokrates-Verlag, Marquardt & Cie., Stuttgart, 1951, 160 Seiten, brosch. DM 6.—.

Es ist ein Glück, daß wir außer Waerland Ernährungsforscher haben, die seit Jahrzehnten in Deutschland auf Grund eigener wissenschaftlicher Forschungen etwas über „die Ordnung unserer Nahrung“ zu sagen haben. Mit der ihm eigenen Systematik erörtert der Verfasser die Bedeutung der Stoffe und Energien, gibt anschauliche Übersichten über Art und Gehalt der „Lebensmittel“ und „Nahrungsmittel“, bespricht die Veränderung der Nahrung durch die Behandlung in der Küche oder beim Konservieren. Auch eine Übersicht über Ernährungskrankheiten und Anweisungen für die praktische Ernährung des Gesunden und Kranken werden gegeben. Die mit gewichtigen Tatsachen der Ernährungsphysiologie begründeten Vorschläge werden in einer einfachen Regel zusammengefaßt: „Iß einfach und mäßig, nicht zu heiß und nicht zu kalt, bevorzuge pflanzliche Kost, einen Teil davon roh, verwende Fleisch nur als gelegentliche Zuzug, vermeide Konserven und Präparate und alle bedenklichen und gefährlichen Genußmittelgüte. Iß nur, wenn du Hunger hast. Enthalte dich der Nahrungsaufnahme, wenn du krank bist.“  
Dr. Ilse Reinhardt

Prof. Dr. H. Lampert: „Ergebnisse der physikalisch-diätetischen Therapie“. Verlagsbuchhandlung Theodor Steinkopff, Dresden, 380 Seiten mit 97 Abbildungen, Preis geb. DM 31.—, br. DM 29.—.

Alle an der physikalisch-diätetischen Therapie interessierten Ärzte werden sich über diesen neuen Band der „Ergebnisse“ freuen. In einer Reihe von sehr guten Darstellungen werden Themen behandelt, die heute im Mittelpunkt des Interesses stehen. Das Gebiet des Eiweißstoffwechsels, seine physiologischen und pathologischen Verhältnisse, werden sehr eingehend von berufenen Autoren besprochen. Bansi und Ludwig behandeln „Die Aminosäuren und ihre Bedeutung für Ernährung und Praxis“, L. Wendt „Die Behandlung der Erkrankungen des alternden Menschen“, und Heupke „Die Dystrophie“. Heupke und Rost erinnern anschließend an „Die Molkenkur“. — „Neue Anschauungen in der Ulkusbehandlung“ bringt Tropp und weist neben der Diät auf Wert und Unwert der Medikamente hin. Die „Nachsorge“ ist nach der eigentlichen Behandlung besonders wichtig. „Die Therapie mit Ultraschall und ihre Grundlagen“ wird von Lehmann kritisch behandelt und die „Therapie mit elektrischen Gleich- und Niederfrequenzströmen“ referiert Schliephake in ausgezeichneter Weise klar und übersichtlich. Lippross berichtet über „Die Anwendung physikalisch-therapeutischer Behandlungsverfahren im Blickfeld der Gewebsthermometrie“, er untersucht und beurteilt den Erfolg dieser Behandlungsverfahren an Temperaturmessungen des Gewebes. Volz stellt „Neue Untersuchungen über die Wärmehaltung“ an verschiedene Packungen (Wasser, Fango, Paraffin usw.) an. Elbrecht und Markert berichten über „Die kollapsverhütende Wirkung des Überwärmungsbades“.

Der ganze Band enthält eine Fülle von Anregungen für Klinik und Praxis und wird in vielen Fällen auch ein wertvolles Nachschlagewerk sein.  
Dr. H. Hangleiter

Prof. Dr. P. Stumpf: „Kymographische Röntgendiagnostik“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 120 Seiten, kart. DM 25.50.

Nach kurzen allgemeinen Vorbemerkungen über die Technik der Kymogrammaufnahme und die Auswertung und Deutung eines Kymogramms läßt der Verfasser 40 Beispiele von Herzveränderungen an Hand von vorzüglichen Abbildungen an uns vorüberpassieren. Ein kurzer klinischer Befund, der Durchleuchtungs- und Kymogrammbefund, Erläuterungen dazu und evtl. der pathologisch-anatomische Befund geben ein plastisches Bild von den einzelnen Krankheitsfällen. Eine

große Erfahrung spricht aus der ausgezeichneten und lebendigen Schilderung. Dem Verfasser ist es sehr gut gelungen, die Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode für die moderne Herzdiagnostik darzulegen. Röntgenologen, Internisten und praktische Ärzte werden in gleichem Maße an der Monographie interessiert sein.  
Dr. H. Hangleiter

Prof. Dr. W. Wagner, München: „Die Exekution des Typus“ mit mehrfarb. Schutzumschlag. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 136 Seiten, DM 15.60.

Es gibt unzählige Typisierungen, Betrachtungsweisen des Lebendigen unter verschiedenen Gesichtspunkten. Sie sind Kegelschnitte, die wir anlegen, um einer immer ungewissen Erscheinung, die wir die menschliche Person nennen, gerecht zu werden. Auch um ein Volk anzusprechen, bedienen wir uns der Typenbilder. Wir mißverstehen es aber um so gründlicher, je entschiedener wir es unter ein Schema fassen. Die heutige Technik mit ihrem großen Angebot von Bildern, erhöhtem Umsatz in Anschauungen und Begriffsbildungen gibt eher Anlaß, die Urteilsfähigkeit des Menschen zu schwächen. Wohl kann der Mensch sehr gut zu richtigen Feststellungen kommen, aber nur noch schwer sich zu einer wahren Erkenntnis aufschwingen. Unserer Welt fehlt es an Vernunft. Demokratie ist im Grunde heute ein Akt der Selbstverteidigung. Man fühlt sich, mehr unbewußt als bewußt, von den Typisierungen bedroht. Die Not lehrte einst beten, heute lehrt sie uns nachdenken. Nicht der Mangel an Einsicht, sondern das Verliebtsein in die wissenschaftlich angeblich erwiesene Aussichtslosigkeit ist das Leiden unserer Zeit. Man kann von abnormen Verhaltensweisen des Menschen sprechen, soll aber nicht behaupten, daß die Welt krank. Damit wurden gar zu oft jenen die Karten in die Hand gespielt, die sich daraus das Recht zu blutigen Operationen genommen haben. Es gilt, die Bedingungen, die so vielfach das menschliche Dasein bedrohen, in kulturpsychologischen Bereichen deutlich zu machen. Der Verfasser gibt mit der Kenntlichmachung der kulturpsychopathologischen Erscheinungen dem Arzt, dem Bürger und dem Politiker recht wertvolle Einsichten.  
Dr. Gerber

Erwin Liek: „Das Wunder in der Heilkunde“. 4. Auflage. Hippokrates-Verlag, Marquardt & Cie., Stuttgart, 916 S., DM 9.50.

Über das seit langem vergriffene und jetzt in der 4. Auflage vorgelegte Buch viel Worte zu machen, erübrigt sich. Es ist heute noch ebenso aktuell und von derselben allgemeinen Bedeutung und Wirkung wie bei seinem Ersterscheinen im Jahr 1930, als es dem Denken und Handeln in der Heilkunde so weitgehende Befruchtung brachte. Es kann jedem, der das Buch damals noch nicht lesen konnte, geraten werden, sich jetzt von der tiefen Einsicht und Erfahrung Lieks in menschliches und ärztliches Wesen und in das Irrationale der Heilkunst bereichern zu lassen.  
Dr. Gerber

Brück: „Handbuch der Ärzte, Kassenärzte und Sprechstundenhelferinnen“. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover, 296 Seiten, DM 8.—.

Vom „Handbuch für Ärzte, Kassenärzte und Sprechstundenhelferinnen“ von Brück, erschienen in der Schlüterschen Verlagsanstalt Hannover, liegt jetzt die 2. Auflage vor. Die 1. Auflage des Buches, das kurz zusammengefaßt alles in der ärztlichen Praxis nötige tägliche Rüstzeug in alphabetischer Reihenfolge bringt, hat — der großen Nachfrage nach zu urteilen — eine wirkliche Lücke geschlossen. So werden z. B. besprochen: Abrechnungswesen, Gebührenordnung, Karteiführung, Gesetze und Verordnungen, Versicherungswesen; auch ein ausführliches Kapitel für die Sprechstundenhilfe und ein kurzer Beitrag über Steuerfragen fehlen nicht. Es sind hauptsächlich die Dinge, die man sonst nirgends findet, wenigstens nicht zusammen, und die man doch immer täglich zur Hand haben muß, und zwar in gedrängter Form. Der Inhalt des Werkes wurde wesentlich erweitert, indem in der 2. Auflage nun auch Stichwörter über ärztliche Ethik, Standesordnung sowie zusätzliche über Schriftver-

kehr und neue Vorschriften aufgenommen wurden. So kann das Handbuch auch im neuen Gewand allen Kollegen und deren Helferinnen wärmstens empfohlen werden.

Dr. Fuchs

A. Benninghoff: „Lehrbuch der Anatomie des Menschen“, Bd. III: Nervensystem, Haut und Sinnesorgane, (3. Auflage), Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin-München, 415 Seiten mit 280 z. T. mehrfarbigen Abb., Ganzleinen DM 30,—.

Die vorliegende Neuauflage von Band III des 1940 in erster Auflage erschienenen anatomischen Lehrbuchs behandelt in klar anschaulicher und übersichtlicher Darstellung die von Anatomen und Spezialforschern erarbeiteten anatomischen Grundlagen von vier wichtigen ärztlichen Sonderfächern: Neurologie, Ophthalmologie, Otologie und Dermatologie. Der Verfasser dieses ausgezeichneten, von wirklich neuzeitlichem Standpunkte geschriebenen Lehrbuchs ist schon seit langem in Fach- wie Ärztekreisen rühmlichst bekannt durch seine erfolgreichen Bestrebungen, den Aufbau des lebenden Organismus, seiner Organe, Gliederungen und Gewebe nicht nur aus den entwicklungsgeschichtlichen und allgemein-genetischen, sondern auch aus den ihm wirklichen funktionellen Bedingtheiten und Zusammenhängen zu verstehen. So gestaltet sich auch in seinem Lehrbuch die Wiedergabe der anatomischen Befunde nicht zu einer ermüdenden Beschreibung, sondern es werden überall in anregender Weise die lebensvollen Beziehungen zur funktionellen Anatomie wie zur Allgemeinen Biologie, zur Physiologie einschließlich Biochemie (Organe der Hormonerzeugung und Vitaminspeicherung) und zur Pathologie berücksichtigt, wobei an geeigneten Stellen kurz auch auf die praktisch-ärztlichen Belange hingewiesen wird. Wie sehr ein solches Werk einem allgemeinen Bedürfnis entspricht, geht schon

daraus hervor, daß in solch kurzer Zeit — trotz des Krieges und den anschließenden Notzeiten — eine 3. Auflage notwendig wurde. — So kann das vorliegende Werk nicht nur dem Medizinstudierenden wärmstens empfohlen werden, sondern es kann auch dem ärztlichen Praktiker manche fruchtbaren Anregungen bringen.

Prof. Dr. Jacoby

Schmaltz, Gustav: „Östliche Weisheit und westliche Psychotherapie“. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 163 Seiten, Preis: DM 8.50.

In dem Bestreben, gereiften Menschen ein Helfer zu sein, die unter tiefenpsychologischer Führung um Selbstverwirklichung (Individuation) ringen, reicht der Verfasser den ernsthaft Suchenden eine wertvolle Gabe. Er bietet ihnen eine Fülle von Zeugnissen aus der Welt der altindischen und altchinesischen Geistigkeit an, deren Lehren einst im Grunde den gleichen Zielen dienten, wie heute die westliche analytische Psychologie, wo sie nicht seelisches Leiden behandelt. Die Texte sind so gewählt, daß sie etwas vom Wesen der großen östlichen Weisheitslehrer vermitteln und die von ihnen vorgelebten Wege zur Selbstfindung und zur Persönlichkeitsentwicklung ihrer Schüler zeigen. Die Haltung dieser alten Meister zum Weltgeschehen und zur mitmenschlichen Gemeinschaft war selten die der Verneinung; sie haben vielmehr zu einer sehr positiven, freilich gewaltlosen Auseinandersetzung mit dem Weltleben angeleitet. Erstaunliche Gleichartigkeiten geben sich in den Motiven zu erkennen, die ehemals wie heute die Menschen zum Streben nach einer höheren Daseinsstufe durch Abkehr von der kollektiven Veräußerlichung führten und führen. An die zu solchem Bemühen dargebotene Spruchweisheit kann das Wort gewendet werden: decies repetita placebit!

Dr. Gollner

## Bekanntmachungen

### Hauptversammlung des Marburger Bundes

Am 28. November fand in der Geschäftsstelle des Gesamtverbandes der angestellten Ärzte Deutschlands in Köln-Mülheim eine Hauptversammlung des Marburger Bundes statt.

Den Mittelpunkt der Tagung bildete eine Diskussion über das Gesetz über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht). Die Delegierten der Hauptversammlung beschlossen einstimmig, die Verhältniszahl 1:450 zu fordern.

Nachdem der seitherige 1. Vorsitzende Dr. Britz, Köln, und sein Stellvertreter Dr. Werner, Mannheim, ihre Tätigkeit niedergelegt hatten, mußte eine Neuwahl durchgeführt werden. Zum 1. Vorsitzenden wurde Dr. Berensmann, Dortmund, zu seinem Stellvertreter Dr. Zimmerle, Stuttgart, gewählt.

### Arbeitskreis der in der pharmazeutischen Industrie tätigen Ärzte

Innerhalb des Marburger Bundes — Verband der angestellten Ärzte Deutschlands — hat sich am 6. September 1952 anlässlich der Deutschen Therapiewoche 1952 in Karlsruhe der von vielen Kollegen seit langem gewünschte Arbeitskreis der in der pharmazeutischen Industrie tätigen Ärzte konstituiert. Dieser Arbeitskreis hat den Auftrag, alle Kollegen, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind, organisatorisch zusammenzufassen. Es ist beabsichtigt, während des Internisten-Kongresses 1953 in Wiesbaden eine möglichst umfassende Zusammenkunft der Kollegen in der pharmazeutischen Industrie zu ermöglichen, auf der auch die Vertreter für den Arbeitskreis endgültig gewählt werden sollen.

Unsere Ziele sind:

1. Festigung der Stellung der in der pharmazeutischen Industrie tätigen Ärzte innerhalb der Ärzteschaft, die sich aus der Vermittlertätigkeit unserer Kollegen zwischen pharmazeutischer Industrie und praktizierenden Ärzten ergibt.
2. Sicherung unserer sozialen und beruflichen Stellung.

# Tumarol-Balsam

Menthol · Kampfer · Äther. Öle · Salbengrundlage

ROBUGEN GMBH · ESSLINGEN AM NECKAR

*Percutanes  
Expectorans*

*mit der dreifachen  
Heilwirkung*

*Orig.-Tube 30 g DM 1.70*



Eine Verwirklichung obiger Ziele ist nur möglich, wenn alle Kollegen unserem Arbeitskreis angehören. Wir bitten Sie deshalb, bis spätestens 31. Dezember 1952 Ihre Anschrift der Geschäftsstelle des Marburger Bundes, Köln-Mülheim, Elisabeth-Breuer-Str. 5, mitzuteilen. Die Einladung zu unserer Wiesbadener Zusammenkunft erfolgt dann frühzeitig.

Marburger Bund  
— Verband der angestellten Ärzte Deutschlands —  
Arbeitskreis der in der pharmazeutischen  
Industrie tätigen Ärzte  
gez. Dr. Dörr, Dr. Baldewein, Dr. Stockmann.

#### Verdienstkreuz für Senator Dr. Weiler

Dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Senator Dr. Karl Weiler, wurde das Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik verliehen. Der Präsident des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Neuffer, übermittelte anlässlich des außerordentlichen Deutschen Ärztetages Senator Dr. Weiler, der am Ärztetag nicht teilnehmen konnte, die Glückwünsche der deutschen Ärzteschaft.

#### Behandlung von Ausländern

Da deutsche Ärzte und Arztangehörige, wenn sie im Ausland erkranken, im allgemeinen keine Liquidation bekommen, bittet die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, bekanntzugeben, daß sie es für ein „Nobile officium“ hält, daß auch die deutsche Ärzteschaft ihrerseits ausländischen Ärzten und ihren Angehörigen gegenüber auf jede Liquidation ärztlicher Bemühungen verzichtet.

#### Ärzte für Vorträge gesucht

Das Deutsche Gesundheits-Museum Köln sucht als Zentral-Institut für Gesundheitserziehung Ärzte, die sich für Vorträge zu Fragen der Gesundheitserziehung zur Verfügung stellen. Kollegen, die sich auf diese Anfrage melden wollen, bitten wir, sich an das Deutsche Gesundheits-Museum Köln-Merheim rth., Ostermerheimer Straße 200, zu wenden.

#### Druckschrift über „Carcin“

Wie uns bekannt geworden ist, wird unter dem Titel „Das Buch der Tatsachen. Die integrale Wahrheit über Carcin, Paris 1952“ eine Druckschrift vertrieben, die für ein Krebsheilmittel „Carcin“ zu werben sucht unter Anführung zahl-

reicher Zeugnisse von Ärzten, von denen aber nur die Anfangsbuchstaben der Namen und des Ortes angegeben werden. Die berichteten Erfolge sind nur so oberflächlich dargestellt, daß sich niemand darüber ein Urteil bilden kann. Irigendein bekannter Krebsforscher ist in dem Verzeichnis nicht zu finden. Bereits 1936 (Monatsschrift für Krebsbekämpfung, Heft 11, S. 322) wurde von Lönne-Düsseldorf die Wirkungslosigkeit des Carcins festgestellt. Es muß daher davor gewarnt werden, dieses Mittel anzuwenden oder zu empfehlen, bevor nicht eine Nachprüfung in einem anerkannten Krebsinstitut mit den von der Wissenschaft geforderten Unterlagen ausgesprochen worden ist.

#### Medizinische Kolloquien in Davos vom 3. Januar 1953 bis 18. Januar 1953 und vom 17. Januar 1953 bis 1. Februar 1953

Tagesprogramm der Kolloquien: täglich abends 17—20 Uhr  
Kurzvortrag von 30—40 Minuten und anschließendes Kolloquium.

Teilnehmerpreis	in Hotel Bristol	Hotel Albana
ab Stuttgart	DM 359.—	DM 312.—
ab Bregenz	DM 325.40	DM 290.50
Aufenthalt ohne An- und Rückreise	DM 298.—	DM 251.—

Im Preis eingeschlossen sind: Fahrt III. Klasse soweit als möglich im Ferien-Sonderzug in der Polsterklasse, erstklassige Verpflegung, Unterbringung in der gewünschten Hotelkategorie, Trinkgelder, Steuer, Kurtaxe und Kolloquiengebühren.

Näheres und Anmeldung durch: Reise- und Kongreßbüro, der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern Köln, Brabanter Straße 13.

#### Kurs- und Kongreßkalender

##### 24. bis 28. Februar 1953:

Fortbildungskurs für praktische Ärzte in Gießen, veranstaltet von der Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen. Themen: „Nieren und ableitende Harnwege“, „Weiblicher Fluor“ und „Diagnostik und Therapie der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter“. Anmeldung, Auskunft und Prospekte durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstraße 32 g.

### ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 7 35 51, 7 35 52 und 7 35 53

#### 4. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 25. November 1952 im Kursaal Bad Cannstatt, 14.30 Uhr bis 22.30 Uhr

Die Einberufung der Delegiertenversammlung war nötig schon darum, weil sie aus ihren Reihen die Abgeordneten zum Außerordentlichen Deutschen Ärztetag in Bonn zu wählen hatte, zum ändern war die Versammlung aufgerufen, zu den Vorschlägen Stellung zu nehmen, die die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag zu machen hatte für seine Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Die Vorschläge selbst sind das Ergebnis der Beschlüsse der Hauptversammlung der KV-Landesstellen des Gesamtvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und der Arbeit des Ausschusses §§ 368 ff. RVO. Daß es auf einer Sitzung aller ärztlichen Organisationen

am 8. November 1952 in Köln gelungen ist, „die zeitweilig innerhalb der Ärzteschaft auseinandergehenden Auffassungen durch sachliche Beratung zusammenzuführen und eine einheitliche Meinungsbildung der Ärzteschaft über die an dem Gesetz vorzunehmenden Änderungen vorzubereiten“, wurde in der November-Nummer auf S. 222 bekanntgegeben.

Wer nun auf Grund dieser frohen Botschaft auf einen einigermaßen glatten Ablauf und eine erträgliche Dauer der Verhandlungen gehofft hatte, sah sich enttäuscht; denn der Hartmannbund brachte eine Reihe von Anträgen zur Abänderung der Abänderungen, die eben am 8. November unter Mitwirkung eines Vertreters des Hartmannbundes formuliert worden waren. Die beiden wichtigsten Anträge auf Abänderung der Schiedsinstanzen und auf ausschließliche Zulassung der Vergütung nach Einzelleistungen wurden von der Delegierten-Versammlung abgelehnt. Angenommen wurde der Antrag, daß die Zulassungsausschüsse von den Kassenärztlichen

Vereinigungen als Organe der Selbstverwaltung zu bilden und lediglich für die Errichtung von Kassenarztsitzen gemeinsame Planungsausschüsse aufzustellen sind.

Allein über die Frage der Einzelleistungsvergütung wurde länger als 2 Stunden debattiert. Die alte Erfahrung: „Man lernt aus der Geschichte, daß man aus der Geschichte nichts lernt“, scheint sich hier wieder zu bestätigen. Wer zu den älteren Ärzten, d. h. zu denen gehört, die sich in den Jahren vor 1932 mit der Einzelleistungsabrechnung plagten, für den ist es unbegreiflich, daß Ärzte sich freiwillig wieder unter das alte Joch begeben wollen. Aber propagandistisch, beinahe als weltanschauliche Frage aufgezo-gen, läßt sich das Thema vorzüglich verwenden vor Zuhörern, die nur die seit einigen Jahren offenkundige Unzulänglichkeit des jetzigen Pauschales kennen.

Die Zuhörerschaft war groß! Die Einladung auch an die nicht delegierten Ärzte, nach Cannstatt zu kommen, hatte trotz Dienstag nachmittag den erfreulichen Erfolg, daß der große Kursaal beinahe gefüllt war. Es waren ca. 400 Kollegen erschienen. Sie alle hatten Opfer an Zeit und Geld nicht gescheut, und es war eigentlich selbstverständlich, daß die Delegierten einstimmig den Antrag, auf Reisekostenentschädigung für ihre Person zu verzichten, annahmen. Aber ein solch großes Auditorium hat zweifellos ohne eigene Schuld die Wirkung, daß sachliche Arbeit nicht gefördert wird, daß viel zu viel „zum Fenster hinaus“ geredet wird. Man hörte manches Schlagwort, viel Pathetik wurde aufgewendet, was in einer geschlossenen Delegiertenversammlung, weil ohne Wirkung, nicht passiert wäre. So kam Dr. Hess, der als Justitiar der Arbeitsgemeinschaft das Referat übernommen hatte, mit seinen klaren und nüchternen Ausführungen erst vom Fleck, als sich, so gegen 19 Uhr, die „Galerie“ geleert hatte. — Wenn man auch noch zufällig Zeuge eines schon zu Beginn der Sitzung zwischen zwei nichtdelegierten Kollegen gefallenen Äußerung war: „Was die da vorne machen, ist doch alles Schwindel“, so spricht dies nicht gegen die Öffentlichkeit einer Delegiertenversammlung, es beleuchtet aber die wenig beneidenswerte Lage, in der sich ein schwer und sachlich arbeitender Vorstand angesichts der offenbaren Böswilligkeit solcher Ärzte befindet.

Den Wortlaut der verschiedenen Abänderungsanträge — 3 von 5 wurden abgelehnt — hier zu bringen, erübrigt sich, denn die entscheidenden Beschlüsse des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages haben wir auf Seite 242—248 gebracht.

Vor dem Referat von Dr. Hess berichtete Prof. Neuffer über eine Besprechung von ärztlichen Delegierten aus der Schweiz, Österreich und der Bundesrepublik über Fragen der Sozialversicherung in Salzburg. Er verglich die Verhältnisse in der Schweiz mit dem Himmel, die in Österreich mit der Hölle und überließ die Einstufung unserer Lage den Zuhörern. Allerdings fühlten sich die Eidgenossen selbst keineswegs wie im Himmel, während in Österreich 1953 durch ein Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz eine Besserung zu erwarten sei. Jetzt herrschten dort Verhältnisse wie im Deutschland der 80er Jahre (Anstellung und fristlose Entlassung der Ärzte durch die Krankenkassen, eine Rückentwicklung, die für uns im Jahre 1946 ebenfalls drohte und eben noch abge-bogen werden konnte). Weiterhin berichtete Prof. Neuf-

fer über Verhandlungen mit den Krankenkassen, die ihre weitere Mitwirkung in den Zulassungsausschüssen wegen angeblicher Angriffe in der Presse versagen wollten. Es konnte nachgewiesen werden, daß die Ärztliche Pressestelle nur auf unsachliche Angriffe der Gegenseite zu antworten hatte, so daß auf 26. November 1952 wieder eine gemeinsame Sitzung anberaumt werden konnte, ohne daß die Ärzte die verlangte Erklärung abgegeben hatten.

Sehr erfreulich war die Mitteilung, daß am 1. Januar 1953 eine Erhöhung der Gutachtensätze für die Landesversicherungsanstalt Platz greifen wird.

Die am Schluß der achtstündigen Sitzung vorgenommene Wahl der Delegierten zum Außerordentlichen Deutschen Ärztetag hatte folgendes Ergebnis (Reihenfolge nach der Zahl der abgegebenen Stimmen): Prof. Dr. Neuffer, Prof. Dr. Reisner, Dr. Knospe, Dr. Mayer-Stuttgart, Dr. Benz, Dr. Schwoerer, Dr. Häussler.

Schr.

#### Ausschreibung von Kassenarztsitzen

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

Aalen	Facharzt für innere Krankheiten
Ellwangen/J., Kr. Aalen	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Spiegelberg, Kr. Backnang	prakt. Arzt
Herrenberg, Kr. Böblingen	prakt. Arzt
Sindelfingen, Kr. Böblingen	Facharzt für Nerven- u. Geisteskrankheiten
Schwäb. Gmünd	prakt. Arzt
Donzdorf, Kr. Göppingen	prakt. Arzt
Süßen, Kr. Göppingen	Facharzt für innere Krankheiten
Göppingen	Facharzt für Lungenkrankheiten
Bühlertann, Kr. Schw. Hall	prakt. Arzt
Gerstetten, Kr. Heidenheim	prakt. Arzt
Neckarsulm, Kr. Heilbronn	prakt. Arzt
Brackenheim, Kr. Heilbronn	prakt. Arzt
Kornwestheim, Kr. Ludwigsbg.	Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten
Kirchheim, Kr. Nürtingen	Facharzt für Frauenkrankheiten
Nürtingen	Facharzt für innere Krankheiten
Sternenfels, Kr. Vaihingen	prakt. Arzt
Mühlacker, Kr. Vaihingen	prakt. Arzt
Waiblingen	prakt. Arzt
Fellbach, Kr. Waiblingen	Facharzt für Augenkrankheiten
Fellbach, Kr. Waiblingen	Facharzt für Frauenkrankheiten

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

Ärzte, welche diese Bedingungen erfüllen, können sich gleichzeitig um 3 der ausgeschriebenen Kassenarztsitze bewerben. Vordrucke für die Bewerbungen sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, anzufordern. Die Bewerbungen sind dann mit den erforderlichen Unterlagen bis zum 5. Januar 1953 bei der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg einzureichen.

Für die Bearbeitung der Bewerbungen wird eine Gebühr von DM 5.— erhoben, die bei Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto 5006 Stuttgart der KV. Landesstelle

Württemberg mit dem Vermerk „Bewerbungsgebühr“ einzuzahlen ist. Bei Bewerbungen um mehrere Kassennarzsitze in einer Ausschreibung ist die Gebühr von DM 5.— nur einmal zu entrichten.

#### Ärztlicher Referent gesucht

Für die Geschäftsstelle der Ärztekammer Nord-Württemberg wird ein ärztlicher Referent gesucht. Die Anstellung erfolgt zunächst auf Probe nach TO A III, bei Übernahme nach TO A II. Kollegen, die Interesse für eine berufspolitische und verwaltungsmäßige Tätigkeit besitzen, werden gebeten, sich an die Ärztekammer, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, zu wenden.

#### Nichtamtliche Ärzteverzeichnisse

Von Werbe- und Reklame-Unternehmungen wird immer wieder der Versuch gemacht, Ärzte dafür zu gewinnen, daß sie sich gegen Zahlung einer Gebühr in Listen, Aushängetafeln oder Verzeichnisse derartiger Firmen aufnehmen lassen. Wir warnen davor, solchem Ansuchen zu entsprechen. Nach der Berufsordnung für die deutschen Ärzte ist jede Werbung und Anpreisung dem Arzt untersagt (§ 20) und dürfen Ärzte sich „abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnissen aufnehmen lassen“ (§ 24).

#### Geschäftsgebaren des Versandhauses E. Emrich, Bayreuth

Die vorgenannte Firma ist durch Werbeschreiben an die Ärzte unseres Kammer-Bereiches herangetreten, in denen sie diese auffordert, sich einen Nebenverdienst durch den Verkauf von Empfängnisverhütungsmitteln in ihrer ärztlichen Praxis zu verschaffen. Angeboten werden Pessare und Präservativs. Den einzelnen Ärzten, die durch solche Sendungen belästigt werden, empfehlen wir, Strafanzeige wegen Beleidigung gegen das Versandhaus bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft zu stellen. Gleichzeitig machen wir darauf aufmerksam, daß es standesunwürdig ist, auf die Vorschläge dieser Firma einzugehen.

#### Bericht über die 10. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V., am 4. Nov. 1952 (19—0.15 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer spricht zur Lage. — Der Vorstand beschließt, noch in diesem Monat eine Delegierten-Versammlung einzuberufen. Einziger Punkt der Tagesordnung: Das Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. — Alle Ärzte und Ärztinnen Nord-Württembergs, die Kammermitglieder sind, sollen hierzu eingeladen werden.

2. Dr. Schwoerer und Dr. Benz berichten über die Hauptversammlung der KV-Landesstellen in Königswinter am 2. November 1952. Es sind dort vor allem die Einwände besprochen worden, die von ärztlicher Seite gegen den in Punkt 1 erwähnten Gesetzentwurf vorzubringen sind. — Beratung über das weitere Vorgehen in unserem Kammerbereich.

3. Dr. Mayer berichtet über eine Aussprache der Presse-Referenten in derselben Angelegenheit.

4. Auf Vorschlag Dr. Knospes wird beschlossen: Bei der Abrechnung des 3. Quartales wird kein Fürsorgebeitrag erhoben. — Für die Winterbeihilfe werden dieses Jahr DM 30 000.—, für die Weihnachtsbeihilfe DM 50 000.— vorgesehen.

Die Einkommensfreibeträge bei der Berechnung der Unterstützungssätze werden erhöht auf monatlich DM 80.— für das Arztehepaar, DM 70.— für den alleinstehenden Arzt. Die Kinderzulage soll monatlich DM 30.— betragen. (Es handelt sich hier, das sei ausdrücklich bemerkt, nicht um die Unterstützungssätze selbst!)

5. Bei goldenen Doktor-Jubiläen und goldenen Hochzeiten wird künftig die Kammer Glückwün-

sche übermitteln; die Kreisärzteschaften werden gebeten, ihrer Mitglieder bei Vollendung des 70., 75. usw. Lebensjahres zu gedenken. Die Namen der Jubilare mit genauen Daten werden den Vorsitzenden der Kreisärzteschaften von der Kammergeschäftsstelle zu Beginn jeden Jahres mitgeteilt werden.

6. Dr. Krahn: Einige Gesetze auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, die bis jetzt nur in einem oder anderen Landesteil gelten, sollen nunmehr auf ganz Baden-Württemberg erstreckt werden. — Gewisse Abänderungen werden vorgeschlagen. Unsere Wünsche sind nach Fühlungnahme mit den drei anderen Ärztekammern dem Innenministerium auf dem Wege über das Regierungs-Präsidium Nord-Württemberg mitgeteilt worden.

7. Dr. Krahn referiert über die bevorstehenden Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherung. Trotz langwieriger Verhandlungen fanden sich die Arbeitgeberverbände nicht bereit, Ärzte auf die Vorschlagslisten zu setzen. — Mit dem Verband freier Berufe soll in dieser Angelegenheit eng zusammengearbeitet werden.

8. Wie die Kreisärzteschaft Heilbronn mitteilt, sind die schulärztlichen Vordrucke des dortigen Gesundheitsamtes etwas apodiktisch gehalten. — Eine Textänderung soll beim Innenministerium von der Ärztekammer beantragt werden.

9. Verschiedenes.

Dr. Hämmerle

#### Bericht über die 11. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E.V., am 20. Nov. 1952 (19 bis 0.15 Uhr)

1. Präsident Prof. Neuffer spricht zur Lage. In Nordbaden ist der Ärztekammer durch Urteil des Verwaltungsgerichtshofs die Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts wieder zuerkannt worden. Wenn das Urteil rechtskräftig wird, hat das auch Auswirkungen auf die Stellung der Ärztekammer Nord-Württemberg. — Ein Landesgesetz über die Ärztekammer ist als Arbeitsgrundlage trotzdem notwendig und muß angestrebt werden.

2. Aussprache über die demnächst abzuhaltende Delegiertenversammlung. — Aufstellung einer Vorschlagsliste für die Wahl der Delegierten zum außerordentlichen Arztetag in Bonn.

3. Der Kabinettsentwurf zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wird Punkt für Punkt durchgesprochen. Abänderungsvorschläge werden formuliert.

4. Dr. Schwoerer berichtet über erfolgreiche Besprechungen, die mit der LVA wegen der Erhöhung der Gutachten-Gebühren abgehalten wurden.

5. Dr. Knospe: Durch die Vorbereitung zahlreicher Sitzungen und Versammlungen ist die Geschäftsstelle zur Zeit besonders stark in Anspruch genommen. Der Haushaltsplan 1953 kann unter diesen Umständen dieses Jahr kaum fristgerecht fertiggestellt werden. — Der Vorstand ist mit einer Verschiebung bis zum 1. Quartal 1953 einverstanden.

6. Ehrenratsangelegenheiten.

Dr. Hämmerle

#### Bericht über die 71. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 28. Oktober 1952 (19 bis 0.30 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer berichtet zur Lage — Tagung des Weltärztebundes in Athen, Kammer-Ausschuß Baden-Württemberg, Sitzung des Presse-Ausschusses. — Der Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden verweigert seine Teilnahme an den Sitzungen der Beauftragten der Vertragsparteien, solange die „Pressepolemik“ gegen die Krankenkassen nicht aufhört. Nord-Baden ist in der gleichen Situation. Es sollen geeignete Schritte unternommen werden, um zu erreichen, daß die Zulassungssitzungen möglichst bald wieder aufgenommen werden.

2. Die Forderung eines bei den Labor-Service-Einheiten tätigen Arztes auf Vergütung früher geleisteter Dienste muß abgelehnt werden.

3. Verschiedene Zulassungsfragen werden vom Vorstand als Berufungsinstanz entschieden.

4. Der KV-Ausschuß für Baden-Württemberg hat in seiner Sitzung am 12. Oktober unter anderem auch über den Entwurf einer neuen Zulassungsordnung beraten.

5. Ein Antrag auf Erhöhung des Krankentagegeldes wird vom Vorstand abgelehnt.

6. Mit dem Antrag eines älteren Arztes, der neben der Praxis als Prüfarzt tätig werden möchte, wird sich die Kleine Kommission befassen.

7. Dr. Benz berichtet über verschiedene Abrechnungsfälle, die von der Kleinen Kommission beraten wurden — Begrenzung unverhältnismäßig großer Sonderleistungen u. a.

8. Dr. Knospe berichtet über Disziplinarangelegenheiten. In einem Fall entspricht der Vorstand dem Gnadengesuch eines zu einjährigem Ausschuß aus der Kassenpraxis verurteilten Arztes und beschließt die Herabsetzung seiner Strafe. Weitere Fälle wurden vertagt.

9. Einem Arzt, der an zwei Orten als Chefarzt stationäre Fälle abrechnet, soll mitgeteilt werden, daß die KV nur die Fälle seiner Tätigkeit an einem Ort vergüten kann.

10. Hausangelegenheiten.

Sch.

#### Bericht über die 72. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 11. November 1952 (19 bis 23.45 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage. — Bericht über eine Sitzung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und eine Sitzung des Ausschusses §§ 368 ff.

2. Dr. Schwoerer: Bericht über die Sitzung des Beirats beim Arbeits-Ministerium und über eine Sitzung der Zulassungsordnungs-Kommission Baden-Württemberg.

3. Dr. Knospe: Bericht über die Sitzung des Disziplinarausschusses am 29. Oktober 1952. — In Anwesenheit eines Vertreters der betr. Kreisärzteschaft wird über das Gnadengesuch eines von der Kassenpraxis ausgeschlossenen Kollegen beraten. Die Angelegenheit bedarf noch weiterer Prüfung.

4. Gegen einen Kollegen muß ein Disziplinarverfahren wegen falscher Eintragungen in den Abrechnungszettel eingeleitet werden.

5. Eine Kreisärzteschaft wünscht eine Neuwahl ihrer KV-Delegierten. Da ihre bisherigen Vertreter ihr Amt nicht zur Verfügung stellen, besteht hierzu keine rechtliche Möglichkeit.

6. Aus Anlaß einer Anfrage wird festgestellt: Die Verwaltungskostenbeiträge, die den Kreisärzteschaften zufließen, sind zweckgebunden.

7. Die Schwäb. Gmünder Ersatzkasse hat nunmehr ihre rückständigen Honorare bezahlt.

8. Am 14. November wird mit dem Verband der Ortskrankenkassen über die weitere Tätigkeit der Beauftragten der Vertragsparteien (ehemals Zulassungsausschuß) verhandelt werden. Als Vertreter der Landesstelle Nord-Württemberg werden teilnehmen: Prof. Dr. Neuffer, Dr. Giebel, Dr. Mayer, Dr. Schwoerer.

9. Regelung zahlreicher Einzelangelegenheiten.

Dr. Hämmerle

#### Württ. ärztl. Unterstützungskasse

Liste über die im Monat November 1952 eingegangenen Spenden.

Dürr, Schw. Hall, 10 DM; Freihofer, Stuttgart, 20 DM; Fries, Hildegard, Ulm, 30 DM; Gaupp, Prof., Stuttgart-Degerloch, 10 DM; Haeblerlin, Blaubeuren, 5 DM; Hangleiter, Stuttgart, 20 DM; Henzler, Bietigheim, 5 DM; Hollein, Giengen (Brenz), 20 DM; Jilek, Großheppach, 20 DM; Kleemann, Anna Luise, Stuttgart, 10 DM; Knauf, Öhringen, 10 DM; Knauss, Schöntal, 20 DM; Köstlin, Kornwestheim, 10 DM; N. N. 30 DM; Offinger, Schmellendorf, 50 DM; Ostermayer, Stuttgart, 10 DM; Pfeiffer, Welzheim, 10 DM; Prinzing, Fritz, Ulm, 5 DM; Reinhardt, Schw. Hall, 10 DM; Scharpf, Stuttgart, 30 DM; Schmidtman, M., Prof., Stuttgart-Bad Cannstatt, 10 DM; Seible, Reutlingen, 10 DM; Spiegler, Ulm, 10 DM; Staehle, Stuttgart, 20 DM; Stengele, Göppingen, 10 DM; Syring, Ulm, 20 DM; Trentin, Schw. Gmünd, 5 DM; Weigelin, Stuttgart, 20 DM; Wengler, Eßlingen, 10 DM; Weyrauch, Göppingen 20 DM; Zeh, Zwiefalten, 10 DM. Gesamtbetrag 480.— DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer  
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart O, Reitzensteinstr. 38, Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landessparkasse Stuttgart.

#### Wechsel in der Leitung der inneren Abteilung des Bethesda-Krankenhauses in Stuttgart

Zum Nachfolger des zurückgetretenen leitenden Arztes der Inneren Abteilung am Bethesda-Krankenhaus in Stuttgart, Herr Dr. med. W. Natorp, ist Herr Dr. med. W. Scharpf, zuletzt leitender Arzt der Kuranstalt am Frauenberg in Bad Mergentheim, berufen worden.

#### Wir trauern um unsere Toten

Dr. Feil, Eugen, Ulm a. D.,  
geb. 1. 9. 1893, gest. 13. 11. 1952  
Med.-Rat Dr. Feldmann, Oskar, Göppingen,  
geb. 28. 12. 1898, gest. 28. 10. 1952  
Dr. Mattern, Adolf, Stuttgart,  
geb. 7. 6. 1873, gest. 15. 11. 1952  
Dr. Vogt, Alois, Jagstfeld,  
geb. 4. 7. 1884, gest. 2. 11. 1952

## ÄRZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

#### Ausschreibung von Kassenarztstellen

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder im Arztregister von Württemberg-Hohenzollern eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als drei Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens dreijährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandenem Staatsexamen.

Die Bewerbungen haben schriftlich und fristgerecht zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden beizufügen:

1. Geburtsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung eines Facharztes bewirbt,
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister,

6. Polizeiliches Führungszeugnis,
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen — oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung,
8. Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis,
9. Eine Erklärung darüber, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

Außerdem ist ein kurzer Lebenslauf, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbern um Stadtpraxen, ob bereits über fünf Jahre auf dem Lande niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen die Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlußfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber DM 10.— zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§45, Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie verfallen (§ 45, Abs. 3 und 4).

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Biberach	prakt. Arzt
Ebingen	prakt. Arzt (Abkömmling vorhanden)
Isny	prakt. Arzt
Oberndorf	prakt. Arzt
Schwenningen	prakt. Arzt
Tuttlingen	prakt. Arzt

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. Januar 1953, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte  
des Landes Württemberg-Hohenzollern

#### Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht

Herr Bruno K a s p a r, geb. 8. Juli 1921, aus Alpirsbach, hat in der letzten Zeit auf Grund seines Rentenbescheides eine Reihe von Ärzten in den Kreisen Freudenstadt, Rottweil und Wolfach aufgesucht, um sich von diesen Betäubungsmitteln, insbesondere Dolantin, Cliradon usw. verordnen zu lassen. Das Versorgungsamt Freiburg hat nunmehr verfügt, daß alle diese Betäubungsmittel und deren Derivate, ebenso die Verordnung von barbitursäurehaltigen Präparaten der Genehmigung des Versorgungsamtes bedarf. Von seiten des Gesundheitsamtes wurde bestimmt, daß nur noch der behandelnde Arzt, Dr. med W ü r z, Alpirsbach, berechtigt ist, an K. gegebenenfalls Betäubungsmittel zu verordnen.

#### Vorankündigung eines Fortbildungskurses für Ärzte

In der Zeit vom 23. bis 29. März 1953 findet voraussichtlich in Tübingen ein Fortbildungskurs für Ärzte statt durch die medizinische Fakultät der Universität.

#### Vorläufiges Programm:

##### 1. Tag:

- 9—10 Uhr Bickenbach:  
Neue Methoden der Geburtserleichterung.
- 10—11 Uhr Probst:  
Scheidenzytodiagnose hormonaler Störungen und der weiblichen Genitalkarzinome.
- 11—12 Uhr Bickenbach:  
Neue Operationsmethoden der Gynäkologie.
- 15—17 Uhr Knapp:  
Neuere serologische und bakteriologische Untersuchungsmethoden und ihre Bedeutung für die Praxis.

##### 2. Tag:

- 9—11 Uhr Winkler:  
Psychotherapie in der Sprechstunde des praktischen Arztes.
- 11—12 Uhr Hirschmann:  
Die Bandscheibenerkrankungen der Hals- und Lendenwirbelsäule und ihre neurologische Symptomatik.
- 15—17 Uhr Letterer:  
Praktische Arbeitsmethodik der pathologischen Histologie, ihre Voraussetzungen, Möglichkeiten und Geltungsbereiche.

##### 3. Tag:

- 9—10 Uhr Jakobi:  
Topographie der Brustorgane unter Berücksichtigung des Röntgenschnittbildes.
- 10—12 Uhr Bauer:  
Neuere röntgenologische Untersuchungsverfahren und ihre Auswertung.
- 15—17 Uhr Daubert:  
Probleme der Bioklimatik.

##### 4. Tag:

- 9—11 Uhr Gottron:  
Moderne diagnostisch-therapeutische Methodik in der Dermatologie.
- 11—12 Uhr Knapp:  
Resistenzbestimmungen gegen Chemotherapeutika und Antibiotika und ihre Auswertung bei der Chemotherapie bakterieller Infektionskrankheiten.
- 15—17 Uhr Heni:  
Demonstration klinischer Untersuchungsmethodik: Laparoskopie, Nierenclearance, Phosphatbestimmung, Bestimmung der Prothrombinzeit, Bestimmung der Cholesterinase usw.

##### 5. Tag:

- 9—10 Uhr Naegeli:  
Moderne Narkose
- 10—11 Uhr Staehler:  
Elektrochirurgie.
- 11—12 Uhr Bennhold:  
Moderne Bluteiweißforschung einschließlich Elektrophorese.
- 15—17 Uhr Schwarz:  
Moderne Diagnostik der Otologie.

##### 6. Tag:

- 9—11 Uhr Nietschke:  
Diagnose der kindlichen Tuberkulose einschließlich der Therapie der Meningitis tuberculosa.
- 11—12 Uhr Kreuz:  
Differentialdiagnose des Kreuzschmerzes.



West-  
Berlin

Antirheumaticum

**Salipur**

Salicylamid purum

40 Dragées DM 1.10

Antipyreticum

**Salichin**

Salicylamid · Chinin ·  
vitamin C

18 Dragées DM 1.-

Analgeticum

**Salimed**

Salicylamid · Amidopyrin  
Phenazetin · Coffein

20 Dragées DM 0.80

**ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.**

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5 · Telefon 1144

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN**

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 · Telefon 4 28 24 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Röntgenstr. 5

Die Ärztekammer Nordbaden e. V. gibt nachfolgend einen Auszug aus dem Urteil des Verwaltungsgerichtshofes, Dritter Karlsruher Senat, Aktz. 3 K 123/50 bekannt:

**Urteil**

Im Namen des Volkes!

In dem Verwaltungsrechtsstreit  
der Ärztekammer Karlsruhe, vertreten durch Rechtsanwalt  
Dr. Hess in Köln,

Anfechtungsklägerin

gegen

den Staat Baden-Württemberg, vertreten durch den Vertreter  
des öffentlichen Interesses,

Anfechtungsgegner

wegen

Verneinung der Eigenschaft als öffentliche Körperschaft hat  
der Verwaltungsgerichtshof auf die mündliche Verhandlung  
vom 5. September 1952

für Recht erkannt:

Es wird festgestellt, daß die Ärztekammer in Karlsruhe im Regierungsbezirk Nordbaden seit dem Zusammenbruch die Aufgaben der Reichsärztekammer auf Grund der Reichsärzteordnung vom 15. Dezember 1935 übernommen hat, soweit diese nicht typisch nationalsozialistisches Gedankengut enthält (Art. II. des Kontrollratges, Nr. 1 und Mil. Reg. Ges. Nr. 1) oder etwa übergeordneten Rechtsnormen widerspricht. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts."

Die Folgen und Auswirkungen dieser Gerichtsentscheidung lassen sich im Augenblick noch nicht übersehen; eingehende Informationen werden erfolgen, sobald Näheres bekannt ist.

Die Ärztekammer Nordbaden hat sich in ihren Sitzungen am 25. Oktober 1952 und 22. November 1952 mit der Frage der beabsichtigten Erstreckungsgesetze befaßt.

**Bericht über die Delegiertenversammlung der KV Landesstelle Nordbaden, am 15. November 1952**

Den Delegierten wird der Entwurf des Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen und die in der Hauptversammlung der KV vorgebrachten Abänderungsanträge bekanntgegeben; die Anwesenden stimmen den in dieser Hauptversammlung gefaßten Beschlüssen einmütig zu.

Ein Antrag von Herrn Dr. Haass, Mannheim, bezüglich der kassenärztlichen stationären Behandlung wird den Delegierten des Außerordentlichen Ärztetages als Material überlassen.

Sodann berichtet Herr Dr. Rist, Karlsruhe, über eine Sit-

zung der KV Nordbaden und der KV Nordwürttemberg mit den Kassenverbänden in Stuttgart. Über die von den Kassenverbänden verlangte Erklärung in der Frage der Pressepolemik wurde in dieser Sitzung keine Einigung erzielt. Dagegen darf als positives Ergebnis gewertet werden, daß die Arbeit der Gremien der Beauftragten der Vertragsparteien mit sofortiger Wirkung wieder aufgenommen wird, nachdem die Kassenvertreter ihre Bereitschaft zur weiteren Mitarbeit erklärt haben.

Es wurde eine Änderung der Wahlordnung beschlossen, um die Wahl des Vertreters der vier Landkreise (Buchen, Mosbach, Sinsheim, Tauberbischofsheim) auch formal zu klären.

Nun dankt Herr Dr. Rist am Schluß dieser Sitzung allen Delegierten für ihre Mitarbeit.

Herr Dr. Preller spricht Herrn Dr. Rist den Dank der Delegierten für seine aufopferungsvolle Arbeit in den vergangenen vier Jahren aus.

**Prof. Dr. med. Kurt Laemmle in Mannheim gestorben**

Am 19. Oktober 1952 verstarb in Mannheim der Leiter der St. Hedwig-Klinik, Herr Professor Dr. Laemmle. Selten hat eine Trauerbotschaft wie diese erschüttert, Tausende von Frauen danken seiner großen ärztlichen Kunst Leben und Gesundheit. Er war einer jener Ärzte, denen Beruf Berufung wurde. Am 24. 8. 1893 in Karlsruhe geboren, verbrachte er seine Jugend in Augsburg und München. Seine medizinischen Studien in München wurden durch Ausbruch des ersten Weltkrieges unterbrochen, an dem er als Kriegsfreiwilliger teilnahm und Fliegeroffizier wurde. Nach dem Kriege vollendete er seine ärztliche Ausbildung und ließ sich im Oktober 1926 in Mannheim als Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe nieder. Am 1. Januar 1929 eröffnete er die St. Hedwig-Klinik in Mannheim, deren Chefarzt er bis zu seinem Tode war, nachdem er nach dem 2. Weltkrieg deren Wiederaufbau energisch und unter persönlichen Opfern vorangetrieben hat. Im August 1950 wurde ihm in Anerkennung seiner Verdienste von der Landesregierung in Stuttgart der Titel eines Professors verliehen. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen sind von Herrn Prof. Laemmle erschienen. Auch war er unablässig bemüht, seinen Helfern zu einer Entwicklung ihres Könnens zu verhelfen. Diesem Ziel dienten die von ihm eingerichteten Kurse für Wochenbettspflege und die wissenschaftlichen Abende für seine Assistenten.

Alle, die ihn gekannt haben, waren tief beeindruckt von seinem Takt, seiner Liebenswürdigkeit und seiner steten Hilfsbereitschaft. Sein früher Tod wird von allen aufrichtig bedauert.

**LANDESÄRZTEKAMMER BADEN**

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstr. 34 · Telefon 46 20

**Ausschreibung von Kassenarztstellen**

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Ottenhöfen, Kr. Bühl, für einen prakt. Arzt  
Steinach, Kr. Wolfach, für einen prakt. Arzt  
Biberach, Kr. Wolfach, für einen prakt. Arzt  
Friesenheim, Kr. Lahr, für einen prakt. Arzt  
Offenburg für einen Facharzt für Kinderkrankheiten.

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Ärzteblattes (spätestens bis zum 3. Januar 1953) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstraße 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 Landesärztekammer 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 rauschgiftsüchtig ist oder es gewesen ist.

Bei Bewerbungen um mehrere Arztsitze ist für jeden Arztsitz ein besonderer Antrag erforderlich, die Unterlagen sind nur einmal einzureichen.

Landesärztekammer Baden  
Kassenärztliche Vereinigung

## Nachruf

Wenn ein tüchtiger und angesehener Arzt mitten aus seiner Berufstätigkeit herausgerissen wird, hinterläßt er immer eine schmerzliche Lücke bei Patienten und Kollegen. Sanitätsrat Dr. med. Alexander Roosen war nach mehrwöchiger Krankheit gerade so weit erholt, daß er daran denken konnte, seine Praxis wieder aufzunehmen, als er, 70 Jahre alt, unerwartet starb.

Kurz nach dem ersten Weltkrieg, den der Verstorbene als Marinearzt mitmachte, hat er sich in Freiburg i. Br. als Facharzt für Augenkrankheiten niedergelassen. Durch sein Können und seine überaus verbindliche Art hat er sich das Vertrauen, ja die Verehrung eines weitgespannten Patientenzirkels ebenso zu erlangen gewußt wie die Wertschätzung der Kollegenschaft. Nach dem Zusammenbruch hat Dr. Roosen

in dankenswerter Weise die Geschicke der ärztlichen Berufsorganisation in Freiburg in die Hand genommen. Es ist ihm, der von der Militärregierung Anfang Mai 1945 mit der Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer in Freiburg betraut wurde, zu einem wesentlichen Teil mitzuverdanken, daß die Arbeit der Berufsorganisation ohne Unterbrechung weitergeführt werden konnte. Der Verstorbene hat damals gleichzeitig die Funktionen eines Medizinreferenten bei der vorläufigen Landesverwaltung Südbaden wahrgenommen. Sein ganzes Wesen war in echter Religiosität verwurzelt, welche ihn auch zu jahrelanger Mitarbeit im Roten Kreuz an leitender Stelle führte. Kurz vor seinem 70. Geburtstag wurde ihm der Titel Sanitätsrat verliehen, dessen er sich nun kaum einige Monate erfreuen konnte.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

## PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 735 51, 735 52 und 735 53

## Kongreß iranischer Ärzte

Der erste Kongreß iranischer Ärzte fand, wie die Pressestelle der norddeutschen Ärzteschaft mitteilt, vom 15. bis 17. Oktober 1952 in Ramsar am Kaspischen Meer statt. Kaiserin Soraja eröffnete die Tagung, die die Kaiserliche Güterverwaltung, bei der auch eine größere Anzahl deutscher Ärzte beschäftigt ist, einberufen hatte. Es war beabsichtigt, die gesundheitspolitischen Probleme des Landes aufzuzeigen und die verschiedenen in- und ausländischen Organisationen,

die sich in Iran mit Gesundheitsproblemen befassen, miteinander in Kontakt zu bringen. Die hauptsächlichsten Themen waren: Malaria, Tuberkulose, Trachom, Säuglingssterblichkeit und Ankylostomiasis. Es sprachen iranische und ausländische Spezialisten.

Von den deutschen Ärzten gab Dr. Jäger, Ramsar, einen Überblick über Arbeit und Aufgaben der deutschen Ärzte in Iran. Dr. Klumpp, Chirurg des Krankenhauses Ramsar, demonstrierte vor iranischen Kollegen die Methoden der Grenzstrangblockade.

## Abseits

## Der arme, kranke Kassenarzt

Der Kassenarzt — da liegt er nun,  
Todsterbenskrank, kann nichts mehr tun.  
Bis letzten Montag lief er munter  
Die Treppen rauf und wieder runter  
Voll Eifer und Ekstase,  
Nun liegt er platt auf seiner Nase.  
Es fehlt ihm jetzt an Krankenscheinen,  
Die er mit Fleiß in Kopf und Beinen  
An jedem Tag zusammentrug.  
Es war nicht viel, doch war's genug,  
Das teure Leben zu bestreiten.  
Nun aber kommen graue Zeiten.  
Die Kranken ziehen die Gesichter lang:  
Was, unser Doktor selbst wird krank?  
Er war so tüchtig, was ist das!  
Nun beißt er selber wohl ins Gras!  
Acht Tage ist es eine Neuigkeit,  
Doch dann vergißt man's mit der Zeit.  
Die Kranken zieh'n zu den Kollegen  
Und die begrüßen diesen Segen.  
Sie nehmen willig die Patienten auf  
Und lassen ihrer Heilkunst freien Lauf.  
Sie mehren freudig ihre Krankenscheine,  
Dieweil im Bett liegt mit gebroch'nem Beine  
Der arme Doktor Troddelbart.  
Er ist schon reichlich angejahrt  
Und müde in den Lenden.  
Und nun noch krank, wie soll das enden?

Motto: Bist Du krank, mein Herr Kollege  
Kommen keine Scheine Dir ins Haus,  
Und Du mußt zur Armenpflege,  
Sonst geht Dir der Schnaufer aus.

Kassenarzt Knopke (511 Scheine)

## Das ärztliche Zölibat

Junge Mediziner, die nicht nur gute, sondern vor allem erfolgreiche Ärzte mit Praxis werden wollen, müssen sich, wie das Inseraten-Studium der Fachschrift „Ärztliche Mitteilungen“ ergibt, im Zölibat auf ihr Amt vorbereiten. Allein in einer Ausgabe dieses Blattes werden elf Vakanzen nur für ledige Ärzte angeboten. Typisch für solche Inserate ist ein Angebot der Städtischen Krankenanstalt Osnabrück: „... ist die Oberarztstelle baldmöglichst wieder zu besetzen... Unverheiratete Bewerber mit chirurgischer Vorbildung und abgeschlossener Facharztausbildung sowie guten Erfahrungen im selbständigen Operieren, die in der Lage sind, den Chefarzt zu vertreten, wollen ihre Bewerbungen...“

(„Der Spiegel“ vom 29. Oktober 1952)

## Neue Arzneimittel

## ERGOSANOL-Suppositorien auf Secale/Coffein-Basis.

Bei Migräne mit Brechreizneigung oder Überempfindlichkeit des Magens für Arzneimittel — Orig. P. zu 5 Suppos. (zur Prophylaxe und für den akuten Anfall ohne Magenstörung genügen ERGOSANOL-Dragees, Packg. zu 10 und 20 Dragees).

Dos.: Möglichst früh bei Anfallsbeginn 1 Suppos.; notfalls ein weiteres 1/2 Stunde später.

Hersteller: Dr. Schwarz KG., Monheim bei Düsseldorf.

## Geschäftliche Mitteilung

Die Firma ROBUGEN G. m. b. H. pharmazeutische Präparate in Eßlingen feiert dieser Tage ihr 25jähriges Jubiläum. Zugleich kann sie ihr neuerstelltes Fabrikgebäude in Eßlingen-Zell einweihen. Dort sind schöne, moderne Räume für Herstellung, Büros und die wissenschaftlichen Laboratorien geschaffen worden.

Diesem Heft sind Prospekte der Firmen Chem.-Pharm. Fabrik Ad. Klinge G.m.b.H., München 9, über „Orchibion“; Paulaner-Salvator-Thomasbräu, München 9, über „Salvator“; Farbwerke Hoechst, vormals Meister Lucius & Brüning Frankfurt a. M., über „Bei Grippe und Erkältungskrankheiten“; Nordmark-Werke G.m.b.H., chem. Fabrik, Uetersen/Holstein über „Magnesium-Nordmark“; Chemiewerk Homburg A.G., Frankfurt a. M., über „Trempe-Suppositorien“; Johann A. Wülfing, Gronau, über „Kalzan“ 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, Rotenbühlstr. 75-77 — Ausgabe Dezember 1952. Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

