

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1953

8 (1.8.1953)

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; Prof. Dr. med. Hans Kraske,
Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 8

STUTT GART, AUGUST 1953

8. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

56. Deutscher Ärztetag	159
Schach dem Unsinn, von Dr. Kraske	161
Um die Versorgung der Ärzte, von Dr. v. Braunmühl	161
Nekrolog	169
Zum Stand der Versorgungsfrage, von Dr. Knospe	170
Zwei Beiträge zur Frage: Gruppenversicherung oder Versorgung, von Dr. Augst und Dr. Dunz	173
Polamidon, Cliradon, Dromoran, Cetarin der Opiumgesetzgebung unterstellt, von Oberreg.Rat Cyran	176
Eingesandt — Zersplitterung oder Einigkeit?, von Dr. Bosler	177
Bekanntmachungen	178
Landesbezirk Nord-Württemberg	179
Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern	183
Landesbezirk Nord-Baden	183
Landesbezirk Süd-Baden	184
Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft	184

56. Deutscher Ärztetag

IN LINDAU / BODENSEE 15. - 20. SEPTEMBER 1953

SAMSTAG, 19. SEPTEMBER 1953

Geschlossene Sitzung

des Deutschen Ärztetages
Stadttheater Lindau · 9 Uhr

SONNTAG, 20. SEPTEMBER 1953

Öffentliche Sitzung

des Deutschen Ärztetages
Stadttheater Lindau · 10 Uhr

Zutritt zum Deutschen Ärztetage haben außer den geladenen Gästen alle sich rechtzeitig anmeldenden deutschen Ärztinnen
und Ärzte, die sich als solche ausweisen.
Vordrucke für Quartierbestellung und Anmeldung zum Ärztetag und zum ärztlichen Fortbildungskurs siehe Heft 15/53 der
„Ärztlichen Mitteilungen“.

Tagungsfolge umseitig

Geschlossene Sitzung

des Deutschen Ärztetages, Samstag, 19. Sept. 1953, 9 Uhr, im Stadttheater Lindau.

1. Ärztliche Fortbildung. Bericht des Ausschusses für Fragen der ärztl. Fortbildung. *Berichtersteller:* Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg.
2. Aussprache über den Bericht des Ausschusses für Fragen der ärztl. Fortbildung.
3. Diskussion über das Referat „Was erwartet die deutsche Ärzteschaft von Gesetzgebung und Regierung?“ *Berichtersteller:* Dr. med. H. Muschallik, Köln.
4. Aussprache über den Tätigkeits- und Geschäftsbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern 1952/53*).
5. Aufnahme eines Facharztes für Anästhesie in die Facharztordnung. *Berichtersteller:* Dr. med. Berthold Rodewald, Köln.
6. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. *Berichtersteller:* Dr. med. Carl-Heinz Wandrey, Hamburg.
7. Finanzbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern*). *Berichtersteller:* Dr. med. Dieck, Rheydt, Schatzmeister der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern.
8. Bericht des Finanzausschusses. *Berichtersteller:* Dr. med. Gerhard Preller, Pforzheim.
9. Aussprache zu 7 und 8.
10. Entlastung des Vorstandes.
11. Voranschlag für das Geschäftsjahr 1953/54.

*) Die Berichte zu Punkt 4 und 7 der Tagesordnung der geschlossenen Sitzung des Deutschen Ärztetages liegen gedruckt vor.

12. Berichte über die Hauptversammlungen

- a) der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes,
- b) des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund),
- c) des Marburger Bundes, Verband der angestellten Ärzte Deutschlands,
- d) des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands,
- e) über die Zusammenkunft des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Zu 12a—12e. Die *Berichtersteller* werden von den einzelnen Verbänden benannt.

13. Aussprache zu 12.

14. Beschlußfassung über Tag und Ort des 57. Deutschen Ärztetages.

Öffentliche Sitzung

des Deutschen Ärztetages, Sonntag, 20. Sept. 1953, 10 Uhr, im Stadttheater Lindau.

Musikalisches Vorspiel

1. Eröffnung des Ärztetages durch den Ehrenpräsidenten.
 2. Begrüßung der Gäste des Ärztetages durch den Präsidenten des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. med. Hans Neuffer, Stuttgart.
 3. Ansprachen der Gäste.
 4. Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.
 5. Referate:
 - a) „Die ärztliche Fortbildung“, Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg.
 - b) „Was erwartet die deutsche Ärzteschaft von Gesetzgebung und Regierung?“ Dr. med. Hans Muschallik, Köln.
- Ende der Sitzung gegen 13 Uhr.

Dem Ärztetag gehen voran

Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

Donnerstag, den 17. September, im Terrassensaal der Bahnhofs-gaststätte. Die Tagesordnung wird im „Deutschen Arzt“ bekanntgegeben.

Hauptversammlung des Marburger Bundes — Verband der angestellten Ärzte Deutschlands

Donnerstag, den 17. September, im großen Saal des Rathauses.

Hauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands (NKV)

Donnerstag, den 17. September 1953, im kleinen Saal des Rathauses.

Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes

Freitag, den 18. September 1953. Voraussichtlich im Alten Rathaus.

Öffentliche Kundgebung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

Freitag, den 18. September 1953, 20 Uhr im großen Sitzungssaal des Rathauses.

Zusammenkunft des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte e. V.

Freitag, den 18. September 1953, 20 Uhr im kleinen Saal des Rathauses.

Fortbildungstagung veranstaltet im Auftrage des Präsidiums des Deutschen Ärztetages

am 16./17. Sept. 1953, im Stadttheater Lindau, durch die Organisation der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Kursleitung: Professor Dr. Schretzenmayr, Augsburg.
Thema 1: „Herz- und Kreislaufkrankungen“.
Thema 2: „Therapeutische Kurzreferate für die Praxis“.

Vorträge zu Thema 1: Diagnostik und Herzfunktionsdiagnostik in Klinik und Praxis · Klinik der Herzinsuffizienz · Herztherapie in der Praxis · Naturheilverfahren und Homöopathie bei Herz- und Kreislaufkrankungen · Diätetik bei Herzerkrankungen · Psychotherapie des Hausarztes beim Herzkranke · Der Kreislauf und insbesondere die Therapie des Kreislaufkollapses im Kindesalter · Herzoperationen · Herzoperationen in den USA · Das Kropfherz und seine Fehldiagnosen · Fortschritte der Röntgen-Diagnostik am Herz und Kreislauf · Lungenangiographie · Angina pectoris und Myokardinfarkt · Kreislaufkollaps und periphere Durchblutungsstörungen

Referenten zu Thema 1: Bauer Jak., München · Bolt-Köln · Denuß-Stuttgart · Franke-Düsseldorf · Gesenius-Berlin · Hegglin-Zürich · Klüger-USA · Knipping-Köln · Külbs-Köln · Laurinsich-Parma · Saller-München · Schön-Göttingen · Zabel-Berchtesgaden

Vorträge zu Thema 2: Instrumentensterilisation des praktischen Arztes · Therapie der Schilddrüsenkrankungen · Über die Verwen-

dung gegenregulatorischer Effekte in der gynäkologischen Hormontherapie · Der gegenwärtige Stand der Hormontherapie der Prostataleiden · Die Halswirbelsäule als Krankheitsherd · Therapie der Entwicklungsstörungen in der Pubertätsgrenze

Referenten zu Thema 2: Bickenbach-Tübingen · Breitner-Innsbruck · Eyer-Bonn · de Gironcoli-Florenz · Stötter-Augsburg · Zuckschwerdt-Bad Oeynhausen

Anmeldungen zum Fortbildungskurs erbeten an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg, Augsburg, Schätzerstraße 19 (Vordrucke in Heft 15/53 der Ärztlichen Mitteilungen).

Um Überweisung der Kursgebühr von DM 10,— möglichst bei der Anmeldung beim Ärztl. Bez.-Verein Augsburg, Augsburg, Schätzerstraße 19 (auf Postscheckkonto München Nr. 65 30 oder Bankkonto 63 676 bei der Süddeutschen Bank Filiale Augsburg) mit dem Vermerk „Fortbildungstagung Lindau“, wird gebeten. Von Jungärzten mit Einkommen bis DM 200,— wird auf vorherigen Antrag keine Kursgebühr erhoben.

Der nach Eingang der Teilnehmergebühr übersandte Teilnehmerausweis gilt für den gesamten Deutschen Ärztetag vom 15.—20. Sept. 1953 und gilt gleichzeitig als Nachweis zur Vorlage beim Finanzamt. Ab 15. 9. 1953 sind die Teilnehmerkarten an den Kursbüros im Theater und in der Sängerkasse Lindau gegen direkte Bezahlung der Kursgebühr erhältlich.

Leistungsschau der Industrie für Arzt und Patient, 15.—20. September 1953 in der Sängerkasse Lindau, veranstaltet im Auftrage des Präsidiums des Deutschen Ärztetages von der Organisation der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ unter Leitung von Herrn Oberarzt Dr. Kaiser, Augsburg. Eintritt für Kursteilnehmer frei. Feierliche Eröffnung der Leistungsschau am Dienstag, 15. September 1953, 16 Uhr, in der Sängerkasse mit Ansprachen des Herrn Kreispräsidenten von Lindau, des Vertreters der Aussteller und der Veranstalter.

Programm der gesellschaftlichen Veranstaltungen und Angaben über die Bestimmungen des Grenzverkehrs siehe Heft 15/53 der „Ärztlichen Mitteilungen“.

Schach dem Unsinn

Mit dem vom Zahnärztering e. V. unter dem 28. April an alle Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte im Lande Baden-Württemberg versandten Rundschreiben sind wir nicht einverstanden. Es enthält neben manchen anderen falschen Bemerkungen folgende Kardinalfehler:

1. „Kollektivistischer Zwang.“ Ohne Zwang hat es wohl noch nie eine Gruppenaltersversicherung gegeben. Wenn bei den früheren Versorgungseinrichtungen gelegentlich Befreiung von der Gruppenversicherung dann eingeräumt wurde, wenn eine Privatversicherung in ausreichender Höhe nachgewiesen werden konnte, so ändert das am Grundsatz, daß alle Kassenärzte zur Teilnahme an der gemeinsamen Versorgung verpflichtet waren, nichts. Auf anderer Basis ist eine Kollegialversicherung gar nicht denkbar. Wenn heute an einer nur für die Kassenärzte getroffenen Versorgungseinrichtung auch der größte Teil nicht zugelassener Ärzte teilzunehmen bereit ist, so spricht das für die veränderte wirtschaftliche Lage des Standes, aber keineswegs dafür, daß eine solche Versorgungseinrichtung als lästiger kollektivistischer Zwang empfunden wird.

2. Die Fragen der Altersversorgung einschließlich des württemberg-hohenzollerschen Versorgungsgesetzes sind in den Kreisen der Angehörigen der Heilberufe seit sieben Jahren eingehender erörtert worden als jedes andere Thema. Demgegenüber zu behaupten, es werde jeder Diskussion aus dem Wege gegangen, ist ebenso bösartig wie dumm.

3. Das Streben nach einer gesetzlichen Grundlage aus einem Beweis mangelhaften Rechtsbewußtseins zu bezeichnen, ist originell. Zu welchen verblüffenden Weiterungen eine derartige Auffassung im Gemeinschaftsleben führen könnte, war den Schreibern dieses Rundbriefes wohl nicht klar. Der Wunsch nach einer gesetzlichen Fundierung basiert auf den Erfahrungen mit den enttäuschenden früheren Versorgungsformen. Die Heilberufe konnten nicht übersehen, daß die Angehörigen der Bayerischen Versorgungsanstalt wesentlich besser weggekommen sind als alle Nicht-Bayern. Auch nach der reichlich spätgekommenen gesetzlichen Aufwertung bleibt den Angehörigen der alten Versorgungseinrichtungen eine gewaltige finanzielle Last, die sie aus ihren

mageren Einnahmen aufbringen müssen und die ihnen der Staat einstweilen nur in einer Ausgleichsforderung mit unbestimmtem Zahlungstermin ersetzt.

4. Die Stellung des Bundeswirtschaftsministeriums ist den meisten Kollegen bekannt. Den meisten Kollegen sind aber auch die Interessentengruppen bekannt, die eine solche Stellungnahme unterstützen.

5. Die Argumentation mit Rechtsansprüchen ist nicht überzeugend gegenüber den Angehörigen der Heilberufe, die 25 Jahre lang zäh und beharrlich für ihr Alter gespart haben (ein heute Siebzjähriger z. B. rund 20 000 Mark) und deren Rechtsanspruch ein Fetzen Papier geworden ist. Und dies auf genau dem Wege, der heute zum drittenmal als der allein sichere empfohlen wird. Die Angehörigen der Heilberufe wollen erst einmal von zusammengebrochenen Privatversicherungen und ihrer Altersansprüche beraubten Versicherungsdirektoren hören, ehe sie bereit sind, Beweisführungen dieser Art anzunehmen. Schwankende Punktwerte sind immer noch besser als wertlos gewordene „bestimmte Geldleistungen“.

6. Es ist keineswegs Währungsangst, was die Ärzte abhält, auf den rostig gewordenen Versicherungsschienen weiterzufahren (auch die Voraussetzung eines bestimmten und materiell erfaßbaren Arbeitsvolumens stützt sich auf die optimistische Annahme einer gesunden und stetigen Wirtschaftslage), sondern die Erkenntnis, daß die privaten Versicherungen Gewinnunternehmungen sind, die jede Versorgung dieser Art allein schon dadurch unvorteilhaft machen, daß sie die höhere Kaufkraft eingezahlter Versicherungsbeiträge mit Nennbeträgen meist geringerer Kaufkraft ausgleichen. Erfahrungen eines Vierteljahrhunderts können nicht einfach negiert werden. Wer in Zeiten der Not die Angehörigen der freien Berufe unbeschadet aller Rechtsansprüche unter Berufung auf höhere Gewalt kaltblütig sich selbst überläßt, kann sich nicht wundern, wenn diese freien Berufe nach neuen Formen suchen und wenn sie hoffen, die erstrebte Sicherheit eher in der kollegialen Gesinnung ihrer Berufsstände als in der Uneigennützigkeit privater Gewinnunternehmungen zu finden.

Prof. Dr. med. Kraske, Emmendingen

Um die Versorgung der Ärzte

Von Dr. C. von Braunmühl, Tübingen

In einer Streitschrift: „Erzwungene oder freie Altersversorgung für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten“ greift der Stuttgarter Zahnarzt Dr. Hirschburger die Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten in Württemberg-Hohenzollern an. Diese Schrift ist allen Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Dentisten in Baden-Württemberg und allen Abgeordneten der Verfassunggebenden Landesversammlung zugestellt worden. Die Schrift enthält so viel Unrichtigkeiten, Entstellungen und irreführende Schlagworte, daß sie nicht unwidersprochen bleiben kann. Sie bekämpft einmal den Plan einer berufsständischen Ärzteversorgung über-

haupt, sodann die Tübinger Anstalt in einer Weise, die nur als Stimmungsmache bezeichnet werden kann.

Schon der Titel „Erzwungene oder freie Ärzteversorgung“ entpuppt sich bei Nachdenken als ein billiger agitatorischer Trick.

Daß die Angehörigen der Heilberufe ebenso wie jeder andere Mensch **freiwillig** für ihr Alter vorsorgen können, ist eine Binsenwahrheit. Dazu bedarf es weder einer besonderen Einrichtung noch einer Forderung danach. Die Frage kann nur lauten: „Altersversorgung der Ärzte pp.“? und die Antwort nur „Ja“ oder „Nein“! Wer nämlich eine Versorgung der Ärzte als

Stand will, der wird auch die Pflichtteilnahme der Ärzte grundsätzlich bejahen müssen und die Teilnahme nicht in das Ermessen des Einzelnen stellen können. Er kann dann nur Ausnahmen nach bestimmten, fest umrissenen Grundsätzen zulassen. Sonst ist es eben keine Ärzteversorgung.

Und diese Frage „Altersversorgung der Ärzte“ verneint Herr Hirschburger in längeren Ausführungen, als deren Kernstück man wohl den Satz ansehen kann: „Aber die Vorsorge für die Familie, für Invalidität und Alter ist das Kernstück des privaten Bereichs“. Er entpuppt sich dabei als ein extremer Individualist, für den der Grundsatz gilt: „Jeder Sorge für sich selbst, dann wird schon von selbst eine vernünftige Ordnung kommen.“ Er verkennt völlig, daß der Einzelne in seinem Schicksal und Ergehen eben auch weitgehend abhängig ist von der engeren und weiteren Gemeinschaft, in die er gestellt ist, in diesem Fall den Stand der Ärzte. Mögen die Stiefkinder des Glücks verderben, wenn es nur den „Tüchtigen“, den Glückskindern, gut geht, das ist der Kern dieser Ansicht. Dieser Standpunkt wurde früher einmal für höchst gerecht gehalten. Er entbehrt aber einer tieferen Gerechtigkeit und ist, wie die Geschichte lehrt, die übliche Quelle von Umstürzen.

Herr Hirschburger vergißt hierbei, daß die Ärzteschaft in ihrer überwiegenden Mehrheit diesen Standpunkt bereits seit Ende des ersten Weltkrieges verlassen hat. Vorher war es eine Selbstverständlichkeit, daß jeder Arzt selbst sein Alter und seine Hinterbliebenen durch Vermögensbildung sicherte. Zu einer berufsständischen Frage wurde die Altersversorgung erst, als eine solche Vermögensbildung im allgemeinen nicht mehr möglich war. Die Gründe dafür sind Inflation, Geldabwertung, Ausweitung der Sozialversicherung und nicht zuletzt die Steuerschraube. Einige Zahlen mögen das erläutern. Vom Sozialprodukt des deutschen Volkes gingen für Steuern und Soziallasten fort

im Jahre 1913/14	11,1 %
1928/29	26,6 %
1951/52	43,8 %

Bedenkt man weiter, daß von der ärztlichen Praxis jetzt 80 % die Kassenpraxis ausmacht und 20 % die Privatpraxis, so kann es nicht verwundern, daß für die große Masse der Ärzte die Vermögensbildung unmöglich geworden ist.

Die Versorgungsfrage ist für die Heilberufe zu einer Standesfrage erster Ordnung geworden, weil mit der Vorsorge für Alter und Not aufs engste die Frage des sittlichen Hochstandes verknüpft ist. Seit 1923 und früher sind denn auch in Deutschland viele ärztliche Versorgungskassen gegründet worden, von denen leider nur die bayerische den gesetzlich verankerten Beitrittszwang hatte und dadurch als einzige die Krise der Währungsreform ohne entscheidende Minderung der Renten überstehen konnte. Schon heute zahlt sie wieder ihre Renten in voller Höhe.

Daß das Problem geblieben und noch verschärft ist, zeigen die Gründung einer Versorgungskommission auf dem Stuttgarter Arztetag 1948, die Bestätigung ihrer Arbeiten durch einen Beschluß des Hannoverschen Arztes 1949, baldigst bei der Deutschen Bundesregierung die Ausarbeitung eines Versorgungsgesetzes zu beantragen, das alle berufstätigen Ärzte und deren Hinterbliebene vor wirtschaftlicher Not bei Invalidität

und im Todesfalle schützt, und — falls ein Bundesgesetz nicht erreichbar sei — die Länderregierungen zu bitten, ihrerseits ein Ärzteversorgungsgesetz zu schaffen. Weiterhin der Beschluß des Bundestages vom 23. März 1950, der die Bundesregierung aufforderte, „sich mit einer zweckentsprechenden Alters- und Hinterbliebenenversorgung der freien Berufe eingehend zu befassen“ und endlich, außer den dahin gehenden Bestrebungen in vielen deutschen Ländern, die Gründung eben auch der Tübinger Anstalt.

Über das Erfordernis einer Ärzteversorgung sind die Akten geschlossen. Sie ist eine Landesnotwendigkeit. Das wird dadurch nicht anders, daß es von je eine Anzahl Individualisten unter den Ärzten gegeben hat und geben wird, die unter Vernachlässigung des sozialen Moments nur ihre eigenen Interessen im Auge haben und die Konsequenzen der berufsständischen Gemeinschaft nicht sehen oder nicht sehen wollen. Aber diese Ärzte sind nur ein geringer Bruchteil der Ärzteschaft. Ein alter, erfahrener Organisationsführer schätzt ihren Anteil an der Ärzteschaft auf höchstens 20 %; in Württemberg-Hohenzollern liegt er weit darunter.

Aus dieser Anschauung heraus bekämpft nun Herr Hirschburger die berufsständische Altersversorgung als solche und verkennt, wie schon gesagt, daß die **Pflichtteilnahme ihr integrierender Bestandteil** ist. Weiterhin verkennt er das Wesen der berufsständischen Gliederung in Kammern und das Wesen der staatlich beaufsichtigten Selbstverwaltung von Ständen überhaupt, wenn er bemängelt, daß das Versorgungsgesetz in Württemberg-Hohenzollern nur kurz ist und daß nicht jeder Abgeordnete in das Problem der Satzung eingetreten ist. Es liegt eben im Wesen der Selbstverwaltung, daß der Staat nur das unbedingt Notwendige regelt und das übrige dem betroffenen Stand zur Selbstregelung überläßt. Ein Stand mit solcher Selbstverwaltung ordnet dann seine Angelegenheiten durch Mehrheitswillen, den seine gewählten Vertreter in seinem Auftrag vollziehen. **Die Heilberufe in Württemberg-Hohenzollern benötigen die Hilfe des Staates nur in einem Punkte, nämlich bezüglich des Teilnahmezwanges.** Aus ihm ergibt sich notwendig, daß auf die Versorgungsleistungen ein Rechtsanspruch besteht und die Anstalt öffentlich-rechtlichen Charakter unter staatlicher Aufsicht hat. Alles andere kann den Berufsständen zu freier Selbstverwaltung überlassen bleiben. Die Aufsicht des Staates hat darüber zu wachen, daß nicht etwa eine irreführende Vertreterversammlung Mißbrauch mit den ihr übertragenen Rechten treibt.

Der Verfasser tut weiterhin so, als ob Gesetz und Satzung in unziemlicher Eile von den Interessierten unter Mißbrauch von Regierung und Parlament durchgepaukt worden seien. Die Tatsachen sind vollkommen andere. Die Geschichte der Entstehung der Tübinger Versorgungsanstalt, die im folgenden in Kürze wiedergegeben wird, weist das im einzelnen auf.

In dem vorerwähnten Beschluß des Hannoverschen Arztes 1949 wurde den Ärztekammern empfohlen, eine Übergangslösung zu finden, welche die Überleitung in eine Dauerlösung gestattete und eine gesetzliche Regelung für das ganze Bundesgebiet nicht behinderte. Dem folgte die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern und errichtete im Rahmen des damals für sie geltenden Württembergischen Kammergesetzes von 1925 mit Genehmigung des Innenministeriums das

Provisorium der „Unterstützungseinrichtung“, das am 1. Oktober 1949 in Kraft trat und auf den 31. Dezember 1952 begrenzt war. Es gab gegen einen Jahresbeitrag von 360 DM eine Invalidenrente von 100 DM monatlich, dazu für die Ehefrau und für jedes Kind einen Zuschlag von je 20 DM bzw. eine Witwenrente von 100 DM und Waisenrente in Höhe von 20 DM monatlich, und man verfuhr nach dem Kapitaldeckungsverfahren.

Gleichzeitig nahm die Kammer die Verhandlungen mit der bayerischen Ärzteversorgung über einen Anschluß an sie auf und erhielt die Zusage des Innenministeriums, die Frage der Anschlußmöglichkeit an Bayern im Ärztekammergesetzentwurf zu verankern. Diese Idee wurde dadurch überholt, daß der Landtag im neuen Kammergesetz vom 8. März 1950 beschloß, die Versorgungsfrage selbst durch besonderes Gesetz zu regeln. Die Versorgungskommission der Ärztekammern schaltete darauf ihre Arbeit auf Gründung einer eigenen Anstalt um. Der Ärztetag von Württemberg-Hohenzollern 1950 und der Zahnärztetag des Landes im gleichen Jahr forderten in gleichlautenden Entschlüssen den Erlaß des im Kammergesetz vorgesehenen Gesetzes über die Schaffung eines Versorgungswesens für die Heilmittelberufe. Dem Innenministerium wurde ein Entwurf vorgelegt, der als Grundlage der Gesetzesvorlage des Kabinetts an den Landtag diene. Am 6. Juni 1951 konnten die Kammern in einer parlamentarischen Veranstaltung vor Behörden und Parteivertretern für diese Regierungsvorlage werben. Am 2. August 1951 erschien das Versorgungsgesetz.

Die schon vorher weit gediehenen Satzungsberatungen wurden nunmehr von der Satzungscommission der beteiligten Kammern energisch fortgeführt. Am 3. Februar 1952 konnte die Vertreterversammlung der neugegründeten Versorgungsanstalt die Satzungen verabschieden. Die Genehmigung durch das Innenministerium wurde dann am 8. Mai mit Wirkung vom 1. April 1952 erteilt. **Die Arbeit der beteiligten Kammern, insbesondere der Ärztekammer, hatte vier Jahre gedauert. In allen Einzelheiten waren Gesetz und Satzung durchgearbeitet. Viele Formulierungen waren lang umkämpft, alle mathematischen Berechnungen sorgfältigst durchgeführt worden.** Das Ministerium konnte deshalb die Genehmigung zu dieser Satzung nicht versagen, nachdem es sich von der Stichhaltigkeit der Berechnungen überzeugt hatte.

Was Herr Hirschburger über verkehrt verstandene Äußerungen in Veröffentlichungen der Herren Bihl und Bork darlegt, wird durch diese Tatsachen ad absurdum geführt. Es braucht darauf im einzelnen nicht eingegangen zu werden.

Nun zu dem Vorwurf des Kollektivismus:

Herr Hirschburger stellt die Behauptung auf, daß eine berufsständische einheitliche Versorgungsregelung der Ärzte Kollektivismus sei und zur Berufsfreiheit im Gegensatz stehe. Er übersieht, daß die ersten Versorgungskassen schon in einer Zeit der rein liberalistischen Anschauung gegründet wurden, als das Stichwort „Kollektivismus“ in seiner heutigen fatalen Sinngebung noch nicht umging. Er verkennt auch, daß die ärztlichen Berufe wirtschaftlich nie frei im Sinne der Gewerbe gewesen sind, sondern wegen ihrer öffentlichen Aufgaben zu allen Zeiten erheblichen Erwerbsbeschränkungen

unterlagen. Frei waren sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit. Diese wirtschaftlichen Beschränkungen haben sie auch immer widerspruchslos auf sich genommen. Sie fanden ihren Ausdruck im Hippokratischen Eid, in Berufs- und Standesordnungen und im Ehrenrechtswesen. In den Kammergesetzgebungen ist der Zusammenhang zwischen Berufsethos und wirtschaftlicher Vorsorge für die Schwachen und Hinterbliebenen des Standes auch immer als Kammeraufgabe nebeneinander aufgetreten.

Wenn Dr. Hirschburger das Wort „Vestigia terrent“ auf das Schicksal der früheren „Friedrich-Langbein-Kasse“ der Württembergischen Ärzteschaft anwenden zu können glaubt, so irrt er. Über diese Vorgänge wird ein besonderer Artikel in diesem Blatt demnächst Auskunft geben.

Der Verfasser glaubt nun, daß das Verteilungssystem kein eigenes System sei und macht sich die Argumentation des Versicherungsgewerbes darüber zu eigen, das Verteilungssystem sei eine verkappte Umlage und deshalb gefährlich. Es ist aber schon ein großer Unterschied, ob der zu einer Versorgungseinrichtung Beitragspflichtige weiß, wieviel er zu zahlen hat, wie beim Verteilungssystem, und die Renten zwar nicht der Höhe nach, sondern im Verhältnis zum Realgeldwert im voraus bestimmt werden, oder ob die Höhe der Renten nach dem Nominalgeldwert im voraus festgelegt wird, aber die Höhe der Umlagen ungewiß ist. Gemeinsam ist allerdings beiden Verfahren, daß sich bei einer Seite, dem Zahler oder dem Empfänger, eine gewisse Unbestimmtheit findet, und daß es besonderer Vorkehrungen bedarf, diese zu beseitigen, Vorkehrungen, die bei früheren naiven Umlageverfahren oft außer acht gelassen wurden. Werden aber diese Sicherungen eingebaut, so ist, bei Gewährleistung eines ständigen Nachwuchses, sowohl das Umlage- als auch das Verteilungsverfahren durchaus durchführbar. Sonst hätte sie auch schon das Versicherungsaufsichtsgesetz verboten, statt sie ausdrücklich zu erwähnen.

Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Verfahren spielt aber für die Bemängelungen des Verteilungssystems nur eine untergeordnete Rolle, da ja behauptet wird, ohne Kapitaldeckung komme man überhaupt nicht aus. Bei der Diskussion, ob Umlageverfahren oder Verteilungsverfahren, wird man sich leicht dahin einigen können, daß es sich bei dem Tübinger Verfahren jedenfalls um ein nicht-kapitalgedecktes Verfahren handelt.

Die Tübinger Versorgungsanstalt hat aber einen Weg eingeschlagen, der die Nachteile der Kapitaldeckung ebenso wie die Gefahren des Fehlens einer solchen vermeidet. Daß den Privatversicherungen, die nun einmal mangels Teilnehmersicherung auf das Kapitaldeckungsverfahren mit seinen Nachteilen angewiesen sind, das nicht-kapitalgedeckte Verfahren lästig ist und sie aus dieser Interessenlage heraus seine Durchführbarkeit bestreiten, ist verständlich.

Das Tübinger Versorgungssystem geht von der Erkenntnis aus, daß wesentlich beständiger als der Geldwert das Bedürfnis der Menschen ist, von Krankheiten geheilt zu werden. Es kann zwar angenommen werden, daß die ärztliche Kunst und Wissenschaft noch weiterer Krankheiten Herr werden, sie beherrschen oder gar ganz ausschalten kann. Es kann aber nicht gehofft werden, daß die Krankheiten überhaupt sich beseitigen

oder auch nur wesentlich reduzieren lassen werden. Da das Bedürfnis, geheilt zu werden, ein vordringliches ist, unterliegt seine Befriedigung auch nur in geringem Maße den Schwankungen der Konjunktur. Das heißt, **daß mindestens auf unabsehbar lange Zeit ein bestimmter Anteil des Volksvermögens für Heilzwecke ausgegeben wird, von dem ein Teil den ärztlichen Berufen zufließt.** Auch wenn eine immer höhere Lebenserwartung erreicht wird, ein immer höherer Altersdurchschnitt zustande kommt, mindert das gar nichts an dem Bedarf nach ärztlicher Kunst; eher steigt dadurch dieser Bedarf.

Nimmt man nun jährlich — dem Grundsatz nach — einen bestimmten Hundertsatz des gesamten ärztlichen Berufseinkommens und verteilt auf die berufsunfähigen Kollegen und die Hinterbliebenen von Kollegen davon so viel, wie auf sie entfallen würde, wenn die errechenbare Zahl von Rentenberechtigten im sog. „Beharrungszustand“ bereits erreicht wäre, so hat man im Prinzip, wenn auch noch in primitiver Form, das Verteilungssystem. Steigt das ärztliche Gesamtaufkommen, so steigen auch die Renten. Sinkt es, so sinken die Renten mit ab. Diese enge Bindung der Rentenempfänger an das Ergehen des gesamten Berufsstandes erscheint zumutbar und gerecht. Da der Bedarf an ärztlicher Kunst im wesentlichen gleichbleiben wird, werden die Schwankungen des Gesamtaufkommens für ärztliche Tätigkeit auch in der Regel nur eine Folge der Schwankungen der Kaufkraft des Geldes sein. Dann ändert sich für die Rentner zwar der Nominalbetrag der Rente, **aber deren Kaufkraft bleibt stabil und gerade darauf kommt es an.**

Es kann nicht Aufgabe dieser Darlegungen, die sich in der Hauptsache kritisch mit der Schrift Dr. Hirschburgers auseinandersetzen will, sein, die zahlreichen, wohlausgewogenen Modifikationen der Aufbringung und Verteilung darzulegen, die in der Satzung der Tübinger Versorgungsanstalt vorgenommen worden sind. Es ist ein Schlüssel gefunden worden, der den früher dargelegten sozialen, aber auch die Ansprüche auf soziale Betätigung begrenzenden Forderungen entspricht. Daß dieser Schlüssel nicht ganz einfach ist, versteht sich aus der Vielfalt der zu berücksichtigenden Lebenslagen.

In dem System gibt es nur eine Konstante, nämlich den Prozentsatz, der vom ärztlichen Berufseinkommen an die Versorgungsanstalt abzuführen ist; im übrigen ist es aber angleichend gestaltet. Das ist nicht etwa ein bedenklicher Nachteil, sondern sein Hauptvorteil. Um in diesem System aber rechnen zu können, war eine Rechnungsgröße einzuführen, die man einen „Punkt“ genannt hat. Die Waisenrente, die in einem Monat zu zahlen ist, stellt einen Punkt dar. Die Rente für eine Vollwaise beträgt 2, die Witwenrente 4, das Ruhegeld 6 Punkte.

Die hier zur Kritik stehende Schrift versucht, daraus eine „Punktwirtschaft“ zu machen, indem sie die Punkte der Rente mit den Punkten der Kleiderkarte aus der Zeit der Warenbewirtschaftung, mit denen sie doch wirklich nur die Bezeichnung gemeinsam haben, gleichsetzt. „Wir sehnen uns nicht nach einer neuen Punktwirtschaft“ wird da ausgerufen. Der Verfasser hat so nach das ganze System der Tübinger Versorgungsein-

richtung, über das er urteilt, offenbar gar nicht verstanden.

Wenn auch nicht auf die Einzelheiten des Aufbringungs- und Verteilungsschlüssels eingegangen werden kann, so bedarf doch ein Problem noch der besonderen Erläuterung.

Es ist bereits gesagt worden, daß eine Stetigkeit der Rente bei dem nicht-kapitalgedeckten Verfahren nur erreicht werden kann, wenn besondere Vorkehrungen getroffen werden.

Einmal kann eine Schwankung dadurch eintreten, daß in einem Jahr oder in einer Reihe von Jahren besonders viele oder besonders wenige Versorgungsfälle auftreten. Damit auch dann die Renten nicht gesenkt zu werden brauchen oder sich ungerechtfertigt erhöhen, muß Kapital eingeschossen oder einbehalten werden. **Das ist der Zweck eines Ausgleichsstocks,** aus dem im Falle besonderer Belastungen entnommen werden kann, und der sich wieder auffüllt, wenn in anderen Zeiten wieder einmal besonders wenige Versorgungsfälle vorliegen.

Viel wichtiger aber ist folgende, von manchen Versorgungseinrichtungen mit Umlageverfahren zu ihrem Verderb nicht berücksichtigte Erscheinung. Wenn eine Versorgungseinrichtung zu arbeiten beginnt, sind zunächst verhältnismäßig wenige Versorgungsfälle vorhanden. Die Zahl der Fälle steigt aber von Jahr zu Jahr. Zu den vorhandenen Rentenempfängern kommen jährlich neue; aber nur wenige scheiden zunächst durch Tod aus. Es dauert eine geraume Zeit, bis der Zustand erreicht ist, in dem sich die Zahl der wegfallenden Renten mit der der neu anfallenden im wesentlichen ausgleicht. Diesen Zustand nennt man „Beharrungszustand“. Gewöhnlich steigt die Kurve der Zahl der Rentenempfänger vor Erreichung des Beharrungszustandes noch über die im wesentlichen gleichbleibende Zahl der im Beharrungszustand vorhandenen Rentenempfänger hinüber, um dann erst auf diese Höhe abzusinken.

Würde man nun den jährlichen Anteil am ärztlichen Berufseinkommen, den man für Versorgungszwecke abzweigt, ohne weiteres auf die Zahl der vorhandenen Rentner verteilen, so würden diese Renten zunächst eine bedeutende Höhe haben, die Jahr um Jahr weiter absinken würde. Erst wenn die Bewegung des Zuwachses von Rentnern zurückgeht, würden sie wieder ansteigen, bis dann die Rentenhöhe im Beharrungszustand im wesentlichen stabil bliebe. Sie würde aber immer noch erheblich unter der Höhe der anfangs gezahlten Renten liegen. **Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß man eine solche Ungerechtigkeit nicht dulden kann, und daß man die Renten so einrichten muß, daß sie — der Kaufkraft nach — auf die Dauer durchgehalten werden können.**

Man berechnet darum — und das kann man, wenn man den Altersaufbau der Berufsangehörigen kennt, nach den Grundsätzen der Wahrscheinlichkeitsrechnung —, **wieviele Rentenpunkte im Beharrungszustand zu befriedigen sein werden.** Um möglichst genau und wirklichkeitsnahe zu sein, kontrolliert man diese Rechnung in regelmäßigen Abständen. Das Jahresaufkommen an Versorgungsabgaben teilt man nun nicht durch die zunächst geringe Zahl der tatsächlich vorhandenen Rentenpunkte, sondern durch die höhere Zahl der Punkte, die im Beharrungszustand vorhanden sein wer-

den. So wird von vornherein die stets durchzuhaltende Rentenhöhe erreicht.

Natürlich erwächst dadurch der Versorgungsanstalt eine zunächst bedeutende, aber stetig sinkende jährliche Ersparnis. Die Anstalt kann ein Vermögen bilden, das, wenn die Zahl der tatsächlichen Rentenpunkte, wie vorauszusehen, eine Zeitlang die Zahl der im Beharrungszustand vorhandenen übersteigt, zum großen Teil wieder eingeschossen werden muß. Übrig soll dann nur der Vermögensstock bleiben, der zum Ausgleich gelegentlicher Schwankungen dient.

Wiederholt hat man — und besonders tut es die Schrift des Zahnärzteringes — behauptet, daß die Rentenansprüche an die Tübinger Versorgungsanstalt nicht sicher seien. Sehr wohl weiß man, daß nichts so sehr wie diese Behauptung geeignet ist, Verwirrung zu stiften und Vertrauen zu untergraben. Untersucht man die Begründungen dieser Behauptung, so fallen sie eine wie die andere in sich zusammen.

a) Da wird einmal angegeben, die Renten seien unsicher, weil der Rentenankwärter und auch der Rentner selbst nicht wisse, welchen Rentenbetrag er jeweils in Zukunft zu erwarten habe.

Es gehört nun zu den Anfangsgründen der Lehre von den Ansprüchen, daß ein durchaus bestehender Anspruch der Höhe nach unbestimmt sein kann; dadurch wird er keineswegs unsicher. Wenn jemand seinen Kraftwagen zum Schätzungspreis an einen solventen Käufer verkauft, so ist, solange die Schätzung noch nicht vorgenommen ist, der Anspruch auf den Kaufpreis zwar der Höhe nach unbestimmt, aber doch nicht unsicher. Ist der Käufer aber in zweifelhaften Vermögensverhältnissen, so wird ein der Höhe nach genau festgelegter Kaufpreisanspruch unsicher sein.

Wenn nun aber beanstandet wird, daß die Rentenansprüche der Höhe nach unbestimmt seien, so dürfte das ein Beweis dafür sein, daß der Kritiker noch in Nominalgeldwert denkt, statt in Realgeldwert. Es kann angesichts der fast zwangsläufigen Neigung des Geldes, auch ohne eigentlichen Währungsverfall an Kaufkraft stetig einzubüßen — eine Werterhöhung ist noch kaum je beobachtet worden —, doch nur als ein bedeutender Fortschritt gewertet werden, wenn die Rentenansprüche von dem Nominalwert des Geldes losgelöst und in eine Relation zum Gesamteinkommen einer Berufsgruppe gesetzt werden, die vordringlichen Bedarf deckt. Es würde einem Rentner wenig nützen, zwar genau den Nominalbetrag seiner Rente zu kennen, aber gleichzeitig sehen zu müssen, daß der Durchschnittsverdienst seiner aktiven Kollegen — der Erhöhung der Lebenshaltungskosten in etwa entsprechend — immer weiter ansteigt. Sollte dieser Durchschnittsverdienst aber einmal absinken, weil die Lebenshaltungskosten ebenfalls gesunken und der reale Geldwert gestiegen ist, so wird der Rentner es verschmerzen können, daß er nicht aus der Beibehaltung des Nominalbetrages seiner Rente gleichsam einen ungerechtfertigten Gewinn zieht.

Einem Nominalwertbetrag kann nur derjenige den Vorzug vor einem Realwertbetrag geben, der den Wert des Goldes, des Silbers, des Dollars oder woran immer die Währung gemessen werden mag, für stabiler hält als den Bedarf der Menschheit an ärztlicher Leistung.

Gewiß ist in dem System der Tübinger Versorgungsanstalt alles mit Ausnahme des Prozentsatzes, der von

dem Gesamteinkommen der Ärzte abgezweigt wird, beweglich. Es wäre eine Verkennung der Automatik, die in dem System liegt, wenn man diese Beweglichkeit für gefährlich halten wollte.

Richtig ist nur, daß beim Verteilungssystem die Höhe auch des Realwertes der Rente beeinträchtigt werden könnte, wenn in einem Jahr oder einer längeren Zeitspanne einmal außerordentlich viele Versorgungsfälle einträten. Um solche kleineren Schwankungen zu vermeiden, wird aber ein ausreichender Ausgleichsstock geschaffen.

In keiner Weise ist zu befürchten, daß das Gesamteinkommen der Ärzteschaft kaufkraftmäßig einmal stark zurückgeht. Wenn die Schrift des Zahnärzteringes darauf hinweist, daß der Nachwuchs an Ärzten einmal zu gering sein könne und der dann in seiner Kapazität voll ausgelastete Ärztestand den Bedarf an Heilkunst nicht mehr befriedigen könne, dadurch aber auch verminderte Gesamteinnahmen habe, so ist das reine Theorie. Gewiß kann es vorübergehend vorkommen, daß in einem Jahr einmal weniger Ärzte approbiert werden als gewöhnlich. Derartige Schwankungen werden sich aber immer im Laufe weniger Jahre ausgleichen. Die Berufe der Ärzte sind nach ihrer sozialen Stellung viel zu attraktiv, als daß sich ihnen nicht auch dann immer wieder genügend Menschen zuwenden würden, wenn die Nachwuchsbasis des Volkes zu schmal wird. Gibt es aber zeitweilig weniger Ärzte, so werden diese weniger angesichts des fast gleichbleibenden Bedarfs an ihren Leistungen mehr verdienen, ohne daß befürchtet zu werden braucht, daß die Ärzte in ihrer Gesamtheit wegen Überlastung ihren Heilaufgaben nicht mehr nachzukommen vermöchten und dadurch ihr Gesamteinkommen sinken könnte.

Im übrigen wird es ein natürliches Bestreben der Versorgungsanstalt sein, die Renten nach ihrem Realwert möglichst kontinuierlich zu halten und Zufallsergebnisse durch Anwendung des Ausgleichsstocks auszuschalten. **Jedenfalls werden die Renten in ihrer Höhe beständiger sein als die meist wechselnden Einnahmen, die ein Arzt hat, solange er berufstätig ist.**

b) Gegen die Sicherheit der Renten wird weiter die Bestimmung des württ.-hohenzollerischen Gesetzes über die Versorgungsanstalt ins Feld geführt, nach der „Satzungsänderungen, durch welche die Versorgungsbezüge erhöht oder gemindert werden, auch für die vor der Änderung der Satzung eingetretenen Versorgungsfälle gelten“. Gegenüber einer Privatversicherung könnte man sich allerdings mit einer solchen Bestimmung nicht abfinden, da diese ein Erwerbsunternehmen ist. Bei einer keinen Gewinn erstrebenden öffentlich-rechtlichen Anstalt aber, wie sie der Pflichtteilnahme entspricht und die — durch ihr Parlament, die Vertreterversammlung — Recht für einen bestimmten Personenkreis setzt, ist sie folgerichtig. Ebensowenig aber, wie der Bundesgesetzgeber auf den Gedanken kommen würde, die Sozialrenten willkürlich zu kürzen, wird es die Selbstverwaltung der Ärzteschaften mit den Versorgungsrenten tun, zumal dafür nie ein Bedürfnis bestehen wird, da ein Mangel an Geldmitteln nicht zu befürchten ist. **Gegen einen Mißbrauch der Gesetzesbestimmung würde aber auch zweifellos die Aufsichtsbehörde vorgehen.**

Andererseits wird man zugeben müssen, daß die Bestimmungen der Satzung auch gelegentlich wegen Ver-

änderung der Verhältnisse oder Anschauungen einer Abänderung bedürfen werden; eine solche Änderung muß aber dann für alle gelten.

c) Drittens wird vorgebracht, die Sicherheit der nicht-kapitalgedeckten Versorgungsrenten sei dadurch beeinträchtigt, daß der Gesetzgeber das Gesetz oder doch die Pflicht zur Teilnahme aufheben könne. Theoretisch vermag er das; er kann ebenso beispielsweise die Angestelltenversicherung auflösen. Solange es aber einen Rechtsstaat gibt, wird er das nicht tun können, ohne etwas Gleichwertiges an die Stelle zu setzen, damit die Anwartschaften und Ansprüche der Teilnehmer nicht geschmälert werden. Derartige Maßnahmen des Gesetzgebers bei pflichtversicherungs- und -versorgungsanstalten dürften aber bisher nicht vorgekommen sein und sind ebenso unwahrscheinlich wie beispielsweise eine Ungültigkeitserklärung von Privatversicherungsverträgen, die, wenn der Rechtsstaat aufhörte, ebenfalls möglich wäre.

d) Weiter wird in der Schrift des Zahnärzterings auf die nicht nur Bevölkerungspolitiker und Soziologen bedenklich stimmende allmähliche Überalterung unseres Volkes und den derzeitigen Altersaufbau der Ärzteschaft Südwürttemberg-Hohenzollerns hingewiesen. Es soll damit dargetan werden, daß die Höhe der in Aussicht genommenen Renten nicht durchgehalten werden könne und auf Größenordnungen absinken müsse, bei denen von einer standesgemäßen Mindestversorgung nicht mehr gesprochen werden könne. Untersuchen wir diese Beweisführung.

Was zunächst einmal die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer bei den zivilisierten Völkern anlangt, so wird die Staatsführung einen Weg finden müssen, ihren Auswirkungen entgegenzutreten. Dieser Weg, der versuchsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika bereits beschritten wird, muß in erster Linie dahin gehen, auch die Arbeitsfähigkeit der Menschen zu verlängern und die Arbeitskraft auch der älteren Menschen richtig zu nutzen, wobei darauf hingewiesen sein mag, daß das Alter von 65 Jahren, für das zur Zeit im allgemeinen Arbeitsunfähigkeit unterstellt wird, seinerzeit wenigstens für die geistigen Berufe (Beamte) willkürlich und aus nachwuchspolitischen, nicht aber etwa aus physisch-medizinischen Gründen gewählt wurde.

Stellt man die ärztlichen Berufe wirklich einmal dem Volksdurchschnitt gleich — wie es getan wird, obwohl es in vielerlei Hinsicht falsch ist —, so würde die Versorgungsanstalt nur die Sorgen der Sozialversicherung und auch der Privatversicherung teilen. Es ist doch klar, daß die Folgen einer Überalterung des Volkes für den einzelnen nicht durch das eine oder andere Versorgungssystem abgewendet werden können.

Im übrigen kann der „Blick auf das Jahr 1977“ die Tübinger Versorgungsanstalt nicht schrecken. Nach der hier zu beurteilenden Schrift (S. 5) sollen im Jahre 1975 32,14 Millionen erwerbsfähiger Menschen 7,45 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren gegenüberstehen. Das ergibt ein Verhältnis von 100 : 23. Selbst wenn man annehmen wollte, daß alle Ärzte über 65 Jahren erwerbsunfähig wären, würde ein Verhältnis von 100 aktiven Ärzten zu 23 Rentnern keinerlei Besorgnis erregen können, da die Versor-

gungsanstalt im Beharrungszustand mit rund 43 Rentnern auf 100 aktive Teilnehmer rechnet.

Aber man kann nun keineswegs die ärztlichen Berufe dem Volksdurchschnitt gleichsetzen. Bei Betrachtung der wirklichen Lage ändern sich die Verhältnisse sehr zugunsten dieser Berufe.

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß den ärztlichen Berufen auch dann der Nachwuchs nie fehlen wird, wenn im allgemeinen durch das Einwachsen der anzahlmäßig zu geringen Jahrgänge in das Berufsleben in minder qualifizierten Berufen ein Nachwuchsmangel auftreten wird. Das wird übersehen, wenn in der Schrift Dr. Hirschburgers (S. 6) von „zu vermutendem Ärztemangel“, von einer „geringeren Zahl von Ärzten“ und „wenigen Ärzten“ gesprochen wird.

Wenn der Verfasser der Schrift aber aus der von ihm gebrachten Darstellung des Altersaufbaues der männlichen Kassenärzte schließen zu können glaubt, daß der Nachwuchs jetzt schon mangle — offenbar weil 39 solchen Ärzten im Alter von 31—35 Jahren 138 im Alter von 36—40 und 193 von 41—45 Jahren gegenüberstehen —, so liest er die Tabelle falsch. Es ist ja mit den Ärzten und insbesondere den Kassenärzten nicht so, daß sie alle im gleichen Alter existent werden, wie die Kinder, die alle am 1. Tage ihres Daseins einen Tag alt werden. Wie in jedem anderen Beruf, besonders wenn dessen Ausübung an die Ablegung von Prüfungen und sonstige Voraussetzungen gebunden ist, wird der Altersaufbau bei den Ärzten in den jüngsten Jahrgängen immer eine schmale Basis aufweisen; das sind die jungen Ärzte, bei denen die Voraussetzungen — z. B. zur Teilnahme an der Versorgungsanstalt — ausnahmsweise früh eingetreten sind.

Zuzugeben ist allerdings, daß zur Zeit als Folge des letzten Krieges das Durchschnittsalter der Kassenärzte verhältnismäßig hoch liegt. Das wird sich langsam ausgleichen; natürlich muß diese Gruppe mit erhöhtem Alter erst „durchwachsen“. Daß sie bei den Berechnungen der Versorgungsanstalt nicht berücksichtigt wäre, wo doch das erste Augenmerk eines jeden, der mit Versorgung und Versicherung zu tun hat, dem Altersaufbau gilt, kann nur der Voreingenommene glauben.

Es ist ferner — als weitere versorgungsmäßig günstige Abweichung vom Volksdurchschnitt — bei allen selbständigen Berufen, es möge sich um Ärzte oder Ingenieure, Kaufleute und Handwerker handeln, festzustellen, daß sie keineswegs gewillt sind, mit 65 Jahren den Beruf aufzugeben, wenn sie nicht wirklich berufsunfähig sind. Sie pflegen auch in diesem Alter noch zu viel zu verdienen, um sich mit der mehr oder weniger bescheidenen Versorgungsrente zufrieden zu geben.

Ganz bewußt ist auf Wunsch der ärztlichen Berufe die Aufgabe der Versorgungsanstalt nach dem Gesetz nicht die Versorgung von einem bestimmten Alter an, sondern die Versorgung bei Berufsunfähigkeit. Es kann nicht Sinn einer Einrichtung, die auch soziale Opfer fordern muß, sein, Ärzten, die noch durchaus berufsfähig sind, zu einem frühzeitigen Ruhestand zu verhelfen. Diese Ablehnung der Altersversorgung ist etwas ganz anderes, als, wie kritisch bemerkt wurde, die Ärzte bis ins hohe Alter hinein in den Seelen zu halten und bis zum letzten Vermögen arbeiten zu lassen; denn jedenfalls ist doch den Angehörigen der ärztlichen Berufe durch die Versorgung das Zurückziehen aus dem Beruf wesentlich erleichtert worden. Darum sieht die

Satzung auch vor, daß bei Ärzten und Tierärzten vom Alter von 70 und bei Zahnärzten vom Alter von 65 Jahren ab der Nachweis der Berufsunfähigkeit erleichtert ist.

Dann macht der Verfasser der Schrift eine vollends ungläubliche Milchmädchenrechnung auf. Wenn heute 100 praktizierende Ärzte im Jahr einen „Umlage“-Ertrag von DM 105 000.— erbrächten, „wenn“ gleichzeitig 25 alte Berufskollegen und Hinterbliebene zu versorgen wären, wenn ferner im Jahre 1977 von 100 Ärzten DM 140 000.— „Umlage“ aufkämen, denen aber 60 Anspruchsberechtigte gegenüberstünden, so könne jetzt jeder Rentenberechtigte jährlich DM 4200.— erhalten, 1977 aber nur DM 2333.—.

Ja „wenn“! Man könnte auch eine Rechnung aufmachen: wenn 100 Ärzten jetzt 100 Rentenempfänger und 1977 240 gegenüberstünden. — Man muß doch bei solchen Wenss wenigstens einigermaßen wirklichkeitsnahe bleiben. Es wäre allerdings eine Katastrophe, wenn schon im zweiten Jahr des Bestehens der Versorgungsanstalt je 4 Ärzte einen Rentenempfänger unterhalten müßten. Tatsächlich unterhalten zur Zeit 11 (11,3) Teilnehmer einen Rentenempfänger, und zwar, was wichtig ist, entfallen auf 100 Teilnehmer 4 berufs-unfähige Ärzte usw. (je 6 Punkte), 2 (2,4) Witwen (je 4 Punkte), 0 Vollwaisen (je 2 Punkte) und 3 (2,6) Waisen (je 1 Punkt). Unterstellt man die Rechnung der Schrift als richtig, daß sich von 1953 bis 1977 die Zahl der Rentenempfänger um 140% (von 25 auf 60) erhöhen wird, so würden bei der Versorgungsanstalt 1977 auf 100 aktive Teilnehmer erst 27 (27,1) Rentenempfänger kommen, was ein sehr erfreuliches Ergebnis wäre, da die Versorgungsanstalt, wie gesagt, im Beharrungszustand mit 43 Rentenempfängern auf 100 aktive Teilnehmer rechnet. Und das ist sehr reichlich gerechnet, wenn man weiß, daß eine andere große Versorgungsanstalt, die ebenfalls Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte umfaßt, nach 27 Geschäftsjahren erst auf ein Verhältnis von 30 Rentenempfängern auf 100 Teilnehmer gekommen ist.

Mit Hypothesen, daß eine Versorgungsanstalt im zweiten Jahr ihres Bestehens schon ein Verhältnis von 25 Rentenempfängern auf 100 Teilnehmer habe, muß man natürlich zu den verschrobensten Ergebnissen kommen. Wenn eine solche Hypothese von einem „Fachmann“ aufgestellt sein sollte, würde er diesen Namen nicht verdienen.

Die Rechnung zeigt aber auch, daß der Verfasser ein Kernstück des Verteilungssystems gar nicht erkannt hat, nämlich die **Verteilung des Aufkommens nach der Punktzahl im Beharrungszustand**. Unterstellt, er würde seine 60 Rentenempfänger im Jahre 1977 als die im wesentlichen gleichbleibende Zahl des Beharrungszustandes ansehen, so müßte er das jetzige Aufkommen der 100 Ärzte (DM 105 000.—) ebenso durch 60 teilen, wie die erhöhte Zahl von DM 150 000.— im Jahre 1977 und würde dann zu der logisch richtigen Steigerung der auf den einzelnen Rentner entfallenden Durchschnittsrente kommen.

Aber auch an anderen Stellen beweist der Autor, daß er die Vorbeziehung des Beharrungszustandes gedanklich nicht aufgenommen hat; denn sonst könnte er nicht behaupten (S. 4), der Punktwert hätte im zweiten Geschäftsjahr noch wesentlich höher steigen müssen als

auf DM 56.—, oder er könnte nicht bemängeln, daß der Eintritt des Beharrungszustandes schon nach 15 Jahren angenommen ist. Das letzte ist doch nur eine Vorsichtsmaßregel. Je später der Beharrungszustand tatsächlich einsetzt, um so günstiger ist das doch für die Versorgungsanstalt, da dann der Ausgleichsstock noch länger anwächst. **Wenn nur die Belastung im Beharrungszustand richtig errechnet ist. Und das ist sie. Sie wird zusätzlich, damit die Berechnung wirklichkeitsnahe bleibt, außerdem in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und notfalls um einiges korrigiert werden.**

Wegen der mathematischen Grundlagen wird im übrigen in diesem Blatt demnächst noch eine genauere Darlegung folgen.

e) Fünftens wird die Sicherheit der Rentenansprüche mit dem Hinweis in Zweifel gezogen, daß nach Gesetz und Satzung mit dem Entzug von Wahlrecht und Wählbarkeit zur Kammer oder dem Entzug der bürgerlichen Ehrenrechte auch die Teilnahme und die Versorgungsansprüche fortfallen. Auch hier waltet eine strenge Logik. Oder könnte man es vertreten, daß die Ärzte auch solchen Personen, die sie aus der Berufsgemeinschaft ausschließen mußten, noch soziale Wohltaten zukommen lassen oder solche von ihnen annehmen sollten? Wenn man vom versicherungsmäßigen auf versorgungsmäßiges Denken umschaltet, ist eine andere Lösung gar nicht möglich.

Ist es denn bei den Beamten anders? Wenn auch die Behauptung der Schrift, die Rentenansprüche der Versorgungsanstalt seien „am Versorgungsrecht des öffentlichen Dienstes orientiert“ (S. 2), ganz verkehrt ist, so liegen doch hier einmal die gleichen Gesichtspunkte vor. Auch ein Beamter, der disziplinarisch aus seiner Stellung entlassen werden muß, verliert seine Pensionsansprüche. Und mit Recht. Wenn der Staat im Gnadenwege seine Witwe und seine Kinder unterstützen mag, so kann das auch entsprechend die Versorgungsanstalt im Wege der Ermessensleistung tun.

Es ist übrigens auch wieder nicht richtig, daß, wie die Schrift meint, „die beschließenden Landtagsabgeordneten von Württemberg-Hohenzollern von den Härten des § 19 der Satzung keine Vorstellung gehabt haben konnten“; denn § 19 der Satzung enthält nichts anderes, als was § 7 Abs. 2 des von diesen Abgeordneten beschlossenen Gesetzes besagt.

Abermals ist nicht richtig, daß „ein Beamter im Disziplinarverfahren, das seinen Pensionsanspruch bedroht, einen viel größeren Instanzenzug vor sich hat und sich zudem Berufsrichtern anvertraut weiß“ und daher günstiger gestellt sei, als der Teilnehmer an der Versorgungsanstalt. Auch der Teilnehmer hat zwei Instanzen vor sich, auch bei den Disziplinargerichten der Beamten wirken unmittelbare Fachkollegen und nur bei juristischen Beamten nur Juristen mit (keineswegs nur Berufsrichter, denen der Autor erstaunlicherweise in Ehrenangelegenheiten auch des ärztlichen Standes offenbar eine bessere Urteilskraft zutraut als den Ärzten selbst). Auch bei den Ärzten usw. wirkt in Südwürttemberg-Hohenzollern wenigstens in der zweiten Instanz ein Berufsrichter als Vorsitzender der Ehrengerichte und ein weiterer Verwaltungsbeamter mit und wird, wenn das neue Kammergesetz für Baden-Württemberg in der vorgelegten Form ergeht, auch in der ersten Instanz ein juristischer Vorsitzender vorhanden sein. **Beide Arten von Gerichten, die Disziplinargerichte für**

Beamte und die Landesgerichte für die ärztlichen Berufe, haben im übrigen die gleiche Unabhängigkeit.

Man hat in diesem Zusammenhang von „Sippenhaftung“ gesprochen. Gewiß verlieren mit dem seines Wahlrechts oder der bürgerlichen Ehrenrechte verlustig gegangenen Teilnehmer seine Frau und seine Kinder ebenso ihre Anwartschaften auf Versorgung wie die Frauen und Kinder von strafweise entlassenen Beamten oder Offizieren. Das letzte hat aber noch niemand als Sippenhaftung bezeichnet. Es ist nun einmal so, daß, solange Frau und Kinder von dem Ehemann und Vater wirtschaftlich abhängig sind, sie sein wirtschaftliches und soziales Los teilen. Wenn der Vater außer Verdienst kommt, weil er eine Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, leidet darunter auch die Familie; das hat man aber wenigstens bisher nicht unter den Begriff der Sippenhaftung gefaßt.

f) Endlich wird in der Schrift des Zahnärzteringes die Sicherheit der Rentenanwartschaften und -ansprüche mit der Begründung als gefährdet angesehen, daß doch der für die Erfüllung der Ansprüche so notwendige Ausgleichsstock einer Entwertung ausgesetzt sein könne. Das ist allerdings eine Schwierigkeit, die zu beheben auch die Versorgungsanstalt noch keinen Weg gefunden hat. Aber es ist doch absurd, wenn gerade dieser Einwand von einer Seite vorgebracht wird, die das Umlage- und das Verteilungsverfahren bekämpft und damit — einen weiteren Weg weist auch sie nicht — dem Kapitaldeckungsverfahren verschworen ist.

Hier ist Gelegenheit, einer der typischen Übertreibungen des Verfassers der Schrift entgegenzutreten, daß in den Kreisen der Versorgungsanstalt angenommen werde, „eine Geldabwertung müsse sich wie nach einem Naturgesetz wiederholen“ (S. 7). Etwas Derartiges ist weder je angenommen noch behauptet worden. An einer Geldabwertung haben die Teilnehmer der Versorgungsanstalt genau so wenig Interesse wie irgend jemand. **Es wäre aber vermessen, zu glauben, eine Geldentwertung könne sich nicht wiederholen.**

Auch sonst enthält die Schrift des Zahnärzteringes noch so viele Unrichtigkeiten und Verschrobenheiten, daß es nur möglich ist, auf die wichtigsten einzugehen.

g) Wenn die Schrift Dr. Hirschburgers aus dem Schreiben des Bundeswirtschaftsministeriums, das übrigens lediglich dem Briefkopf nach vom Bundeswirtschaftsminister stammt und zu dem Stellung zu nehmen besonderen Ausführungen vorbehalten bleiben muß, herausliest, die beiden Gutachten der Universitätsprofessoren Peters und Ullrich hätten „mit kühlen Worten jede Verantwortung für die wirtschaftliche Entwicklung der Versorgung abgelehnt,“ so kann nur der Wunsch der Vater einer solchen Ausdeutung sein. Oder lehnt beispielsweise Professor Ullrich mit kühlen Worten jede Verantwortung ab, wenn er — mit der dem Wissenschaftler eigenen Zurückhaltung — schreibt „Ich glaube feststellen zu können, daß der Aufbau der Versorgungsanstalt auf der Grundlage der ausgearbeiteten Satzung im wesentlichen gebilligt werden kann“?

h) Zu Unrecht erklärt der Verfasser der Schrift des Zahnärzteringes, die Äußerung Dr. Borcks, die Bildung der Tübinger Versorgungsanstalt habe dem einmütigen Willen des Standes entsprochen, als falsch. Wenigstens zur Zeit der Entstehung von Gesetz und Satzung war von einer Opposition nichts zu spüren. Man sei, so begründet die Schrift ihre Behauptung unter anderem,

über Punkt 3 der Entschließung der zahnärztlichen Nachwuchsreferenten vom 20. Januar 1951 hinweggegangen, wonach „die Altersversorgung entsprechende Sicherungen enthalten muß, die gewährleisten, daß nach menschlichem Ermessen die junge Kollegenschaft im Alter auch in den Genuß dieser Altersversorgung kommen kann“. Es ist bereits dargetan worden, daß diese Forderung durchaus erfüllt ist. Sie ist im übrigen eine Selbstverständlichkeit. Wenn die „Opposition“, von der der Verfasser spricht, nicht anders ausgesehen hat, so war es wahrlich nicht weit her mit ihr.

i) Unter den zahlreichen Unrichtigkeiten der Schrift verdient auch noch hingewiesen zu werden auf die Angabe, „wie ein roter Faden sei durch die Diskussion des Landtages die Besorgnis zahlreicher Abgeordneter gegangen, die Anstalt dürfe nicht so ohne weiteres über die Belange der Ärzte, die wegen ihres Alters den Versorgungsanspruch noch nicht vor Augen sehen, hinweggehen“. Eine solche Darstellung ist mindestens irreführend. Unter einem „roten Faden“ versteht man doch wohl den Leitgedanken, die tragende Idee. Es kann aber keine Rede davon sein, daß der Gedanke der Notwendigkeit, die Belange der jüngeren Ärzte zu schützen, eine besondere Rolle gespielt hätte. Da die meisten Paragraphen des Gesetzes ohne wesentliche Debatte angenommen wurden, nahmen nur die Erörterungen über den — später angenommenen — Antrag des Ausschusses, zu bestimmen, daß die Kammern ihre Vertreter „unter Berücksichtigung der verschiedenartigen Teilnehmerbelange“ in die Vertreterversammlung der Versorgungsanstalt entsenden sollten, eine verhältnismäßig lange Zeit in Anspruch, ohne daß im mindesten ein Wille der Kammern, den Nachwuchs nicht genügend zu Wort kommen zu lassen, unterstellt wurde.

k) Auch sonst läßt die Berichterstattung der Schrift mehrfach sehr zu wünschen übrig. Wenn sie beispielsweise die Äußerungen des Innenministers Renner bezüglich der Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes zitiert, er könne keine Garantie dafür übernehmen, daß etwa im Falle der Anrufung des Bundesverfassungsgerichts die Auffassung des Innenministeriums (diesmal ist es auch die Auffassung des Ministers selbst) recht behalten werde, und daran die billige Prophezeiung anschließt, die eingeleitete Verfassungsbeschwerde werde beweisen, wie sehr die Vorsicht des Ministers angebracht gewesen sei, so wird vermieden, auch den anschließenden Satz der Ministerworte zu zitieren: „Sie wissen selber, daß manchmal Urteile auch hoher und höchster Gerichte herauskommen, wie man sie nicht erwartet hat.“

l) Wie kommt die Schrift dazu zu behaupten, „die unheilvollen Wirkungen des Umlageverfahrens seien unbestritten“; auch nach den Ansichten der Gegenseite könne es nicht funktionieren und sei als leichtsinnig erkannt (S. 4)? Auf diesen Behauptungen ist ein ganzer Teil der Beweisführung aufgebaut. Zugestanden ist nur, daß ein falsch konstruiertes Umlageverfahren nicht funktionieren kann und daß frühere Umlageverfahren häufig falsch konstruiert waren. Ein solches Zugeständnis ist wohl eine Selbstverständlichkeit.

Was soll man dazu sagen, wenn die Schrift des Zahnärzteringes ausführt, „der Nachwuchs vermisse schmerzlich eine Garantie dafür, daß bei Aufgabe einer Zulassung durch einen älteren Kollegen ein jüngerer auch tatsächlich die RVO-Zulassung erhält“? Sollte diese

Garantie etwa durch das Landesgesetz oder die Satzung gegeben werden? Kennt sich der Verfasser so wenig im Zulassungswesen aus? Oder glaubt er etwa, daß die von ihm proklamierte „freie Altersversorgung“ eine solche Garantie geben könne? Mehr als durch Erleichterung des Verzichts auf die Zulassung eine Möglichkeit für Neuzulassungen zu fördern, kann doch von einem ärztlichen Versorgungswesen in dieser Hinsicht nicht verlangt werden.

Es ist nicht sachlich, wenn die Schrift hämisch darauf hinweist, daß Rückstände an Versorgungsabgaben von der Versorgungsanstalt wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden können. Glaubt der Verfasser etwa, eine Anstalt, die von Kollegen dirigiert wird, werde schneller mit einer Vollstreckung bei der Hand sein als Privatversicherungen, also Geschäftsunternehmungen, die Erwerbszwecken dienen? Sollte es übrigens für den hartnäckigen Schuldner wirklich einen Unterschied bedeuten, ob der Gerichtsvollzieher auf Grund des privaten oder des öffentlichen Rechts zu ihm kommt?

So stolpert also der Verfasser der Schrift von einem logischen Fehler zum anderen, von Ungereimtheiten zu Unrichtigkeiten. Mag man ihm die anima candida zubilligen; mit der Materie, über die er schreibt, hat er sich nicht genügend vertraut gemacht, und sein Mangel an gesetzes- und berufspolitischer Kenntnis macht ihn zur Beurteilung eines Rechtswerkes untauglich.

Zusammenfassend ist Herrn Hirschburger zu erwidern:

Jede berufsständische Altersversorgung, die Bestand haben soll, setzt die Pflichtteilnahme der Berufsgenossen

voraus. Dafür ist sie verpflichtet, den Rechtsanspruch auf ihre Leistungen zu geben. Die überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft in Württemberg-Hohenzollern war und ist der Ansicht, daß mit dem Kapitaldeckungsverfahren bei Versicherungsgesellschaften dieses Ziel nicht ausreichend und nicht billig genug zu erreichen sei, zumal es den vollen Bestand nicht erfassen und die Fürsorgefrage nicht mit regeln kann. Sie hat deshalb ein neues Verfahren, das Verteilungsverfahren, entwickelt. Dieses Verteilungsverfahren ist nicht nur von den Ärzten, sondern auch von den freien Berufen anderer Bundesländer aufgegriffen worden.

Die Leistungen der Versorgungsanstalt sind nicht nach ihrem zahlenmäßigen Geldwert, sondern nach ihrer Kaufkraft stabil und an das Berufseinkommen der arbeitenden Ärzte gekoppelt.

Man kann darüber streiten, ob man das Tübinger System für andere Landesteile übernimmt. Es gibt vielleicht auch andere Wege, die zum gleichen Ziele führen können. Entscheidet man sich aber für das Tübinger System durch Annahme eines Erstreckungsgesetzes, dann muß man bei dem System bleiben und nur die untergeordneten Modifikationen vornehmen, die die Zusammensetzung und die mathematischen Berechnungen für andere Landesteile ergeben. **Die Versorgungsanstalt als solche hat keine Veranlassung, von sich aus eine Ausweitung ihres Arbeitsbereiches zu erstreben. Daß sie aber mit falschen und irreführenden Behauptungen angegriffen wird, dagegen muß sie sich mit aller Entschiedenheit verwahren.**

Nekrolog

Der Zahnärztering e. V., Geschäftsstelle Stuttgart, hat sich am 4. Juli 1953 selbst aufgelöst.

Im April 1953 flatterte jedem Arzt, Zahnarzt, Dentisten und Tierarzt in Württemberg-Baden ein Flugblatt des Zahnärzteringes auf den Schreibtisch. In diesem Flugblatt wurde die Versorgungsanstalt in Tübingen und das dort seit über einem Jahr schon durchgeführte Versorgungssystem so schlecht gemacht, daß man sich nur darüber wundern konnte, daß der Bebenhäuser Landtag und das aufsichtsführende Innenministerium in Tübingen so etwas Unsinniges und derart Leichtfertiges vorhanden sein ließen.

Der Zahnärztering, der zuvor in Ärzte- und Tierärztkreisen gar nicht und bei den Zahnärzten als kleiner Verein ohne berufspolitisches Gewicht bekannt war, „gallupierte“ mit Vehemenz in den Heilberufen und veranstaltete aus eigener Autorität eine Abstimmung, die er durch gediegene Aufmachung seines Flugblattes und durch die leidenschaftlich formulierte Ablehnung der „Zwangsvorsorgung“ demagogisch in ein negatives Resultat bringen wollte. Offenbar aber klappte das nicht, denn anschließend schickte der Zahnärztering jedem Angehörigen der Heilberufe, auch denen, die es nicht wünschten, eine ausführliche Broschüre zu: „Erzwungene oder freie Altersversorgung?“, die wiederum zum Ziele hatte, die Versorgungsanstalt zu diskriminieren und die Erstreckung des Versorgungsgesetzes von Württemberg-Hohenzollern auf ganz Baden-Württemberg zu verhindern.

Für das, was die Leitung des Vereins ohne das Wissen der Vereinsangehörigen inszenierte, hatte aber die

überwiegende Mehrzahl der Mitglieder kein Verständnis! Die Flugblätter waren allerdings in ihrem Inhalt auch so, daß die ruhig denkenden Kollegen verstimmt wurden, weil man die Absicht zu deutlich merkte, da sie im Sachlichen sehr mangelhaft, ja sogar falsch waren, dafür aber mit scharfer Polemik die Grundsätze des Versicherungsgewerbes propagierten, ohne das Wesen und die Struktur der Tübinger Versorgung begriffen zu haben. Man empfand es als das, was es war und sein sollte: Als einen Angriff auf das Versorgungsbemühen der maßgeblichen Selbstverwaltungsinstanzen der freien Heilberufe. Denn darüber bestand und besteht kein Zweifel: Die Lösung des Versorgungsproblems für die Invaliden und Hinterbliebenen auf berufsständischer Grundlage ist eine der wichtigsten derzeit anstehenden Aufgaben der Standesführung.

Daß diese Angriffe, die taktisch geschickt bis an die Parlamentarier herangetragen, dort Verwirrung stifteten, von einer kleinen Gruppe von Jungzahnärzten ausgingen, empfand die Allgemeinheit der Ärzte und Zahnärzte, nicht zuletzt aber auch die überwiegende Zahl der Mitglieder des Zahnärzteringes selber als eine Anmaßung und einen unerhörten Übergriff. Es entstand jedoch kein Schaden, weil die beiden Schriften von Dr. Hirschburger destruktiv waren und einen Vorschlag oder Ansätze, wie man es besser machen könnte, nicht enthielten.

So kam es, wie es kommen mußte: Dem Vorsitzenden, Dr. Hirschburger, der die ihm gegebenen Vollmachten mißbraucht, und gegen seinen eigenen Verein regierend, sich Lorbeeren holen wollte, wurde durch

die verantwortungsbewußten Mitglieder das Vertrauen entzogen. Der Zahnärzterring hat sich aufgelöst. Somit bliebe uns nur noch, diese Auflösung bekanntzugeben, eine Pflicht, der wir hiermit nachkommen. Darüber hinaus soll aber noch im Rahmen dieses Nekrologes ausgesprochen werden: Wir sind dankbar für Kritik, wenn sie Substanz hat und Verbesserungen enthält. Deshalb haben wir uns mit den Vorwürfen beschäftigt und setzen uns im folgenden Aufsatz mit solchen Bedenken

auseinander, die wert sind, diskutiert zu werden. Alle Irrtümer und Unrichtigkeiten des Hirschburgerschen Flugblattes richtigzustellen, ist hier nicht der Raum. Das Wesentliche und das Grundsätzliche muß jedoch besprochen werden. Sein Urteil darüber muß sich jeder Angehörige der Heilberufe selbst bilden.

Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte,
Tierärzte und Dentisten.
I. A.: Dr. Werner

Zum Stand der Versorgungsfrage

Referat, gehalten von Dr. med. Kno spe, Eßlingen,
auf der Delegiertenversammlung der Ärztekammer
Nord-Württemberg am 22. Juli 1953

Herr Präsident, meine Kolleginnen und Kollegen!

Die Frage der glücklichsten Lösung einer Ärzteversorgung ist das A und O unserer Standespolitik. Ich brauche nicht zu wiederholen, daß wir seit der Währungsreform es für die vornehmste Aufgabe der Ärztekammer angesehen haben, für die in Not geratenen Angehörigen des Berufsstandes zu sorgen und uns dafür einzusetzen, daß eine leistungsfähige Ärzteversorgung den berufsunfähigen Kollegen, den Witwen und Waisen in Zukunft die Sorge um das kärgliche tägliche Brot nimmt.

Sie wissen, daß die Ärztekammer als eingetragener Verein nicht in der Lage gewesen ist, eine Versorgung aufzubauen, da ihr die Pflichtmitgliedschaft fehlte. Trotzdem hat die Ärztekammer schon in den vergangenen Jahren alle möglichen Untersuchungen angestellt und geprüft, wie eine Versorgung in Zukunft aussehen müsse, die insbesondere nach den Erschütterungen zweier Währungsreformen als dauerhaft und krisenfest angesehen werden kann.

Die vor drei Jahren errichtete Risikoversicherung konnte immer nur als ein ganz kümmerliches Notdach angesehen werden.

Man war sich darüber einig, daß eine kommende Ärzteversorgung drei Grundforderungen erfüllen muß:

1. Es müßte ein Versorgungsgesetz geschaffen werden, das die Ärztekammer in den Stand setzt, eine eigene Versorgungsanstalt zu errichten, damit sie in kritischen Zeiten in der Lage ist, ihre Richtlinien und Grundsätze für die Versorgung der veränderten Situation anzupassen.
2. Es müßte sich um eine Mindestversorgung, und zwar in Form nicht einer Kapitalversicherung, sondern einer Rentenversicherung handeln, und
3. Es müßte die Anhäufung großer Kapitalien zumindest so lange verzögert werden, als mit Währungsschwankungen gerechnet werden muß.

Nach den damaligen Erkenntnissen schien die Bayerische Ärzteversorgung die beste Gewähr dafür zu bieten, diese Voraussetzungen im Rahmen des Möglichen zu schaffen.

Unter dieser Voraussetzung ist vor Jahren eine Rundfrage an die Ärzte Nord-Württembergs gerichtet worden, ob sie eine Ärzteversorgung nach dem Muster der bayerischen wünschen.

Von 3000 Ärzten, an die diese Anfrage gerichtet worden ist, haben damals 2000 geantwortet, unter ihnen über 90% in positivem Sinn. Die Stellen, die sich mit den Vorarbeiten für eine Ärzteversorgung beschäftigen, mußten daher annehmen, daß die Zustimmung zu der damaligen Rundfrage auch heute noch besteht.

Da auch im Kern der südwürttembergischen Versorgung diese Grundlagen erfüllt sind, kann also keine Rede davon sein, daß die Ärzteschaft im unklaren gehalten worden wäre über das, was bezüglich einer Ärzteversorgung geplant sei. Es ist mir auch nicht ein einziger Fall bekannt, daß einer der über 2000 Kollegen geschrieben hätte, daß er seine Ansicht geändert habe. — Mit dieser Feststellung entfällt der Vorwurf, die Kollegen wären nicht rechtzeitig und genügend informiert worden; denn als nun die Frage der Ärzteversorgung in Fluß kam, sind die Kollegen durch das Südwestdeutsche Ärzteblatt eingehend unterrichtet worden.

Die Möglichkeit, die Fragen der Ärzteversorgung voranzutreiben, bestand erst nach der Errichtung des Südweststaates. Es war wohl jedem Einsichtigen klar, daß allmählich in diesem neuen Staat die Verschiedenheit der Gesetzesprechung auf Einheitlichkeit abgestellt werden müßte. — So ist der Entwurf des Ärztekammergesetzes, so ist der Entwurf des Versorgungsgesetzes entstanden, und nun mußten wir zwei sonderbare Dinge erleben:

1. daß die Regierungsparteien, die einen Entwurf eingebracht haben, mit merklicher Kühle diesem Entwurf gegenüberstehen und die Oppositionspartei, bisher wenigstens, eindeutig sich dafür ausgesprochen hat;
2. daß ein Teil der Kollegen sich mit außerordentlicher Schärfe gegen die Erstreckung des südwürttembergischen Versorgungsgesetzes wendet.

Es ist bedauerlich, daß damit eine Zerrissenheit innerhalb der Kollegenschaft nach außen hin dokumentiert wird, die eine außerordentliche Gefahr für die Errichtung eines Ärzteversorgungsgesetzes bedeutet; denn es geht, und das muß mit aller Deutlichkeit ausgesprochen werden, gar nicht darum, ob die Ärzte ein neues Ärzteversorgungsgesetz bekommen sollen oder nicht, sondern es geht allein um die Frage, ob das südwürttembergische Versorgungsgesetz erstreckt werden soll oder ob gar kein Gesetz kommt.

Die maßgebenden Stellen haben eindeutig erklärt, daß die Durchbringung eines neuen Versorgungsgesetzes

zes erhebliche Zeit in Anspruch nehmen würde, während die Erstreckung des südwestdeutschen Versorgungsgesetzes in kurzer Zeit erfolgen könnte.

Die Not in den Ärztkreisen ist aber so groß, daß ein verantwortungsbewußter Kollege eine Verschiebung auf lange Bank vor den in Not befindlichen Angehörigen seines Berufsstandes und vor seinem eigenen Gewissen gar nicht verantworten kann.

Es ist von oppositioneller Seite entgegengehalten worden, daß mit der Erstreckung des südwestdeutschen Versorgungsgesetzes auch die Satzung erstreckt werden müßte.

Demgegenüber muß immer wieder erklärt werden, daß für den Bezirk Württemberg/Hohenzollern, in dem das Gesetz in Kraft ist, die derzeitige Satzung integrierender Bestandteil der Versorgungseinrichtung ist. Was für Württemberg/Hohenzollern gilt, gilt aber nicht für die übrigen Landesteile. Dorthin soll allein das Gesetz erstreckt werden, weil die Satzung aus staatsrechtlichen Gründen gar nicht erstreckt werden kann, und ich vermute kein Geheimnis, daß nach den bisherigen Erfahrungen auch Südwestdeutschland in manchen Punkten eine Änderung der Satzung für erforderlich hält, und daß schließlich die Verhältnisse in Südwestdeutschland so grundverschieden von denen in den anderen Landesteilen sind, daß eine unveränderte Übernahme der Satzung gar nicht erfolgen kann.

Ehe ich auf das Gesetz selbst eingehe, darf ich versuchen, die Angriffe gegen das südwestdeutsche Versorgungsgesetz zu entkräften. Das sollte nicht schwerfallen, denn neun Zehntel aller Angriffe richten sich gegen die Satzung, die, wie oben gesagt, den anderen Verhältnissen angepaßt werden muß.

Gegen das Gesetz habe ich bisher einen einzigen Angriff gehört, und zwar gegen die Bestimmung des Gesetzes, daß derjenige, der das aktive und passive Wahlrecht verliert, auch nicht Pflichtmitglied der Versorgungsanstalt sein kann.

Nach dem Entwurf des Kammergesetzes ist der Verlust des aktiven und passiven Wahlrechtes die schwerste Strafe, die das Berufsgericht, das aus Ärzten und Richtern zusammengesetzt ist, verhängen kann. Es ist doch wohl anzunehmen, daß es sich in solchen Fällen um Ärzte handelt, die als berufsunwürdig anzusehen sind, für die weiter zu sorgen dem Ärztestand nicht zugemutet werden kann. Man spreche mir nicht von Sippenhaft. Ich habe noch nicht gehört, daß ein Beamter, dem die Beamteneigenschaft aberkannt worden ist, Anspruch auf Pension hat, weil ihm ja von seinem Gehalt gewissermaßen Pensionsansprüche einbehalten worden sind.

Die Ärzteschaft hat bisher in großzügiger Weise für die in Not Geratenen gesorgt, und ich habe keine Bedenken, daß sie das auch in Zukunft in den Fällen tun würde, in denen sie glaubt, daß die unschuldig in Not geratenen Angehörigen solcher Ausgeschlossener unterstützt werden sollten. Der Passus in der Satzung von der Ermessensleistung gibt eine Handhabe dafür. Daß aber p f l i c h t m ä ß i g die Angehörigen eines Standes unwürdigen versorgt werden müssen, vermag ich allerdings nicht einzusehen.

Weitere Angriffe gegen das Gesetz sind auf den vielfachen Sitzungen, die Herr Kollege Bihl oder ich besucht haben, bisher nicht geltend gemacht worden.

Das Gesetz ist absichtlich kurz gehalten. Es enthält die Bestimmungen über die Aufgabe der Versorgungsanstalt, die Organe, den Kreis der Teilnehmer, über die Versorgungsleistungen und über die Staatsaufsicht. Alle weiteren Bestimmungen, insbesondere über die Aufbringung der Mittel und Berechnung der Leistungen, über Pflicht- und freiwillige Teilnahme und Ende der Teilnahme regelt die Satzung.

Es ist deshalb nicht ganz einzusehen, warum einzelne Ärzte gegen die Erstreckung des Versorgungsgesetzes Stellung nehmen, oder soll man aus ihrer Gegnerschaft annehmen, daß sie überhaupt keine Ärzteversorgung wünschen?

Etwas anderes ist es mit der Satzung.

Die Verhältnisse in Südwestdeutschland unterscheiden sich so von denen in den anderen Landesteilen, daß tatsächlich manche Bestimmungen der südwestdeutschen Satzung den veränderten Verhältnissen in den anderen Landesteilen angepaßt werden müssen.

Die jungen Kollegen wehren sich gegen die Zwangsmitgliedschaft, weil sie der Meinung sind, daß ihre Ansprüche aus der Angestelltenversicherung verlorengehen.

Diese Frage hat erfahrungsgemäß in Südwestdeutschland keine Rolle gespielt. Einmal, weil es dort, abgesehen von den großen Universitätskliniken, in denen die Kollegen zur Ausbildung und infolgedessen nicht angestelltenversicherungspflichtig sind, große Kliniken wie in Nord-Württemberg und Nord-Baden kaum gibt. Außerdem besteht in Südwestdeutschland eine Anordnung der ehemaligen Regierung, nach der der Arzt nicht angestelltenversicherungspflichtig ist. So hat infolgedessen die Frage der Angestelltenversicherung dort keine Rolle gespielt.

Es ist notwendig, daß die Rechte aus der Angestelltenversicherung den Kollegen durch Beitragszahlung erhalten bleiben, und es muß und wird ein Weg gefunden werden, daß für diejenigen Kollegen, die nicht in der Lage sind, neben der Pflichtversorgung auch noch Beiträge für die Angestelltenversicherung zu leisten, die Beiträge für die Angestelltenversicherung von der Versorgungsanstalt übernommen werden und dafür im Invaliditätsfalle neben der Rente aus der Angestelltenversicherung gekürzte Renten aus der Versorgungsanstalt gewährt werden.

Aufgabe der neu zu bildenden Landesärztekammer wird es außerdem sein, sich um eine Freistellung derjenigen angestelltenversicherungspflichtigen Ärzte zu bemühen, die sofort der Ärzteversorgung beizutreten wünschen.

Es wird ferner eingewendet, daß seit der Währungsreform sich gerade die jüngeren Kollegen hoch durch Kapitalversicherungen gesichert haben. Eine Umwandlung in beitragsfreie Versicherungen bedeutet vielfach einen Verlust. Es wird deshalb auch da ein Weg gefunden werden müssen, daß in Einzelfällen die Kapitalversicherungen über die Versorgungsanstalt weitergeführt werden, vielleicht durch Stundung der Beiträge durch die Versorgungsanstalt.

Es ist von manchen jüngeren Kollegen als unbillig hingestellt worden, daß sie die Last für die derzeitigen Rentner tragen müssen, die ja nichts in die Versorgungsanstalt hineinbringen.

Es ist richtig, daß diejenigen, die jetzt Rentner werden, wenig, und die als alte Last mitgeschleppt werden, gar nichts in die Versorgungsanstalt hinein geleistet haben. Die derzeitigen Rentner haben ja aber wohl in andere Versorgungsanstalten weitgehend eingezahlt, und für sie soll ja die Versorgungsanstalt ein Segen sein, um sie von dem seelischen Belastungszustand, Fürsorgeempfänger zu sein, zu befreien.

Die Kollegen vergessen aber, daß sie schon seit Jahren Beiträge für den Fürsorgefonds leisten und damit jetzt schon aus selbstverständlicher kollegialer Verpflichtung heraus Lasten für die derzeitigen Rentner tragen, und sie übersehen, daß nach der Errichtung der Versorgungsanstalt die Beiträge zum Fürsorgefonds auf ein Mindestmaß gesenkt werden können.

Man wird aber vielleicht daran denken müssen, daß die derzeitigen Rentner nur insoweit Renten erhalten können, als sie nicht selbst noch Vermögen haben. Es kann nicht Aufgabe der arbeitenden Kollegenschaft sein, durch Gewährung einer Rente Lebensunterhalt zu ermöglichen und dadurch Grundbesitz zu erhalten, der vererbt werden kann, oft dazu noch an Nichtärzte. Es muß überhaupt, und darin sind sich wohl alle Verantwortlichen einig, die Satzung der Versorgungsanstalt so aufgebaut sein, daß die jüngeren Kollegen nicht das Gefühl haben, daß auf ihren Schultern allein die Last der Versorgung liegt, sondern man muß, soweit das überhaupt möglich ist, das gerechte Gleichgewicht zwischen Genuß und Last finden.

Die alten Kollegen dürfen nicht allein zu Nutznießern werden, aber die jungen Kollegen müssen sich auch dessen bewußt bleiben, daß Krisen und Katastrophen auch später kommen können, wenn sie einmal alt sind, und daß auch sie das moralische Recht in Anspruch nehmen dürfen, von dem Nachwuchs zu verlangen, daß er für die unschuldig in Not Geratenen mithelfend eintritt.

Von verschiedenen Seiten ist die Durchführbarkeit der südwestdeutschen Versorgung angezweifelt worden, die Gutachten sollen eine zu schmale Basis abgeben.

Um diese Zweifel auszuräumen, ist ein Gutachten in Vorbereitung, das sich besonders mit dem Altersaufbau und den Einkommensverhältnissen in Nord-Württemberg beschäftigt und die Durchführbarkeit der südwestdeutschen Versorgung für Nord-Württemberg prüft.

Auf eines darf ich heute schon hinweisen, daß die Verhältnisse in Nord-Württemberg anders liegen als in Süd-Württemberg. In Süd-Württemberg liegt ein Fünftel der Kollegenschaft unter dem Durchschnittseinkommen. In Nord-Württemberg liegt fast die Hälfte der Kollegen darunter. Umgekehrt liegen in Süd-Württemberg nur ganz wenige Kollegen mit ihrem Einkommen über dem doppelten Durchschnittseinkommen, bis zu dessen Höhe ja nur Beitragsleistungen notwendig sind, während in Nord-Württemberg 6 % der Kassenärzte über dem doppelten Durchschnittseinkommen liegt.

Daraus ergeben sich Verschiebungen, die der Versicherungsfachmann erst errechnen muß, auf die ich aber heute schon hinweisen will, nur damit Sie es erkennen und in ihre Ärzteschaft weitertragen, daß der

Vorstand mit aller Genauigkeit prüft, wie die südwestdeutsche Form für Nord-Württemberg tragbar gemacht werden kann.

Mir persönlich scheint es ferner notwendig zu sein, daß der Ausgleichsstock das Acht- bis Zehnfache des Jahresfordernisses beträgt, um Schwankungen und Stöße auszugleichen, während man in Süd-Württemberg glaubt, mit dem Zwei- bis Dreifachen auskommen zu können.

Wenn ich die Verschiedenheiten in Nord-Württemberg überprüfe, glaube ich, daß zunächst wenigstens der Punktwert nicht über 40.— Mark angesetzt werden sollte. Ich halte das auch nicht für ungünstig, einmal, weil die Sorge der jüngeren Kollegen, allein die Last für die Alten tragen zu müssen, weitgehend gemildert wird. Zum andern, weil mit peinlichster Genauigkeit geprüft werden muß, damit nicht etwa nach wenigen Jahren der Punktwert herabgesetzt werden muß.

Der große und gar nicht wegzuleugnende Vorzug der südwestdeutschen Versorgung ist aber gerade das vielfach angegriffene Punktsystem.

Das Gutachten von Dr. Heubek, auf das sich die Versicherungsgesellschaften stützen, das mit einem jährlichen Währungsschwund von 2 % rechnet, beweist ja gerade, daß ein Punktsystem einen unendlichen Vorzug bedeutet, weil es einigermaßen die Kaufkraft im Zeitpunkt der Rentengewährung berücksichtigt. Der zweite Vorteil besteht darin, daß nur in dem südwestdeutschen System die sogenannte alte Last, d. h. die derzeitigen Unterstützungsempfänger mit erfaßt werden können.

Es hat am 11. Juli eine Besprechung der ärztlichen Spitzenorganisationen mit dem Verband der Lebensversicherungsgesellschaften stattgefunden. Aus ihr ist deutlich geworden, daß die Versicherungsgesellschaften an einem Verteilungssystem, wie es die südwestdeutsche Versorgungsanstalt entwickelt hat, kein Interesse haben.

Es ist ferner deutlich geworden, daß die jetzt vom Bundesaufsichtsamt genehmigte technische Durchschnittsprämie — sie entspricht der Zahlung, die in Süd-Württemberg der Arzt im Durchschnitt aufzubringen hat — nur auf eine Zeit von 20 bis 25 Jahren zugebilligt werden kann, und daß man dann wieder auf die Individualprämie nach dem Kapitaldeckungsverfahren zurückkommen müsse.

Die Dinge liegen also augenblicklich so, daß die südwestdeutsche Form des Punktsystems, der Durchschnittsprämie, der Mitnahme der alten Last von den Lebensversicherungsgesellschaften nicht als tragbar erklärt wird.

Damit sind die Dinge klar. Wer unter der Ärzteschaft eine Versorgung will, kann auch nur die eigene Versorgungsanstalt wollen, und alle die Zweifler, deren Zweifel vielfach durchaus berechtigt sind, haben die eine Aufgabe, wenn einmal das Versorgungsgesetz durchgekommen ist, dafür zu sorgen, daß die neugewählte Vertreterversammlung die Satzung so anpaßt, daß die Versorgungsanstalt Lasten fordert und Leistungen erbringt, die nicht nur heute, sondern auch für kommende Generationen tragbar sind.

Die Wogen der Erregung sind in den letzten Wochen recht hoch gegangen, Die verschiedenen Veröffentlichungen haben die Unruhe gesteigert. Es hat deshalb

am 19. Juli in Tübingen eine Arbeitstagung stattgefunden, die von Vertretern aller Kreisärzteschaften des Südweststaates besucht war.

In achtstündigen Vorträgen, in klärenden Aussprachen sind wohl alle Zweifel behoben worden. Gerade auch die vielen jüngeren Kollegen, die in Tübingen anwesend waren, haben sich davon überzeugen können, daß ihre Befürchtung, sie wären allein die Lastenträger, unbegründet ist.

Bedenklich ist das Schreiben des Verbandes der niedergelassenen Nicht-Kassenärzte, weil da in außerordentlich geschickter Weise Dichtung und Wahrheit vermengt ist.

Die Zahl der nieder-, nicht zugelassenen Ärzte im Südweststaat beträgt auf keinen Fall mehr als 50% der von Herrn Dr. Maiwald angegebenen Zahlen. Auf die Bitte um Aufklärung hat Herr Dr. Maiwald nicht geantwortet. Es ist aber interessant, daß es in Süd-Württemberg 38 niedergelassene, nicht zugelassene Ärzte gibt, von denen auf eine Rundfrage 30 geantwortet haben, daß sie nicht Mitglied des

Verbandes seien und das Vorgehen von Herrn Dr. Maiwald nicht billigen.

Durch das Hin und Her der Veröffentlichungen ist nicht nur unter den Kollegen, sondern auch unter den Abgeordneten eine Unruhe entstanden, durch die die baldige Durchführung der Altersversorgung erschwert, wenn nicht gar gefährdet wird.

Bitte gehen Sie in die Kreise hinaus, beruhigen Sie die Ärzteschaft und versichern Sie ihr, daß die berechtigten Interessen aller erwogen und wenn irgend möglich gewahrt werden sollen. Fordern Sie aber auch die Kollegen auf, sich eindeutig für die Durchführung einer Altersversorgung auszusprechen, damit nicht die Verfassunggebende Landesversammlung sich ihrer Aufgabe entziehen kann im Hinblick auf die Uneinigkeit der Ärzte. Kein berufsunfähiger Kollege, keine Witwe und Waise wird es verstehen können, wenn Uneinigkeit die Beseitigung ihrer Not verhindert oder verzögert. Auf keinen Fall soll und darf das Gemeinschaftswerk der Altersversorgung scheitern am Egoismus einzelner weniger.

Zwei Beiträge zur Frage: Gruppenversicherung oder Versorgung

Herr Dr. med. Augst, Heidenheim, schreibt an uns:

Jedem Einsichtigen sind die Mängel und Schwächen, welche dem Tübinger Versorgungsgesetz anhaften, zur Genüge klar. Es erfüllt mich daher Bedauern, nun sehen zu müssen, wie Sie sehr ernstzunehmende Bedenken und Einwendungen des oben erwähnten Kollegen* auf polemische Art glauben in den Wind schlagen zu können und auf billige Art, nämlich durch Simplifikation und einseitige Propaganda, versuchen, die Erstreckung obigen Gesetzes durchzudrücken. Die scheinbare Sicherheit des Umlageverfahrens muß teuer bezahlt werden! Der nüchterne Vergleich schon zeigt jedem sachlich gebliebenen Kollegen, daß z. B. die von der früheren Reichsärztekammer eingeführte und heute noch laufende Gruppenversicherung (bei Allianz und Ärzteversicherung) als Kapital- und Invaliditätsrentenversicherung erheblich wirtschaftlicher ist als die geplante Versorgungsanstalt. Bei gleichem Eintrittsalter und unter Annahme einer fünfjährigen Steigerung der Beiträge für die Versorgungsanstalt von einem Drittel bis auf den Durchschnitt von DM 1050.— im 6. Jahr ergeben sich nämlich folgende Beitrags- und Leistungszahlen:

	Gruppenversicherg.	Versorgungsanstalt
Eintrittsalter	35 J.	35 J.
Laufzeit	30 J.	35 J.
Einbezahlte Summe	DM 16 420.—	mind. DM 33 500.—
Versicherungssumme	DM 16 980.—	entfällt
Ruhegeld bzw. Inval.-Rente monatlich	DM 140.—	DM 300.—

Die bei der Gruppenversicherung schon nach dreißigjähriger Laufzeit fällige Versicherungssumme wird selbst nach eventuell jahrzehntelanger Zahlung einer Invaliditätsrente ungekürzt zum Zeitpunkt der Fälligkeit ausbezahlt, demgegenüber entfällt dieses Kapital, das insbesondere für die Berufsausbildung der Kinder ein wertvolles Erbe darstellt, bei der Versorgungs-

anstalt ganz. Hier erhalten Vollwaisen lediglich DM 50.— im Monat bis zur Volljährigkeit und eventuell begrenzte, freiwillige Ausbildungsbeihilfen, stellen sich also unvergleichlich schlechter als bei Eintritt eines Versicherungsfalles in der Gruppenversicherung. Diese Leistung ist der Kapitalversicherung eben möglich durch den Einsatz des verbilligenden Zinses beim Kapitaldeckungsverfahren. Damit, daß die Versorgungsanstalt ohne Kapitaldeckung, nach dem Umlageverfahren arbeitet, ergibt sich bei ihr mit zwingender Notwendigkeit eine erhebliche Verteuerung. Die bei letzterem Verfahren behauptete Sicherheit müßte sich in der Praxis erst noch erweisen, und zwar in einer längeren Beobachtungsperiode, stellt daher keine Kompensation für die erwiesene Unwirtschaftlichkeit dar.

Wenn nun demgegenüber von gewissen Kreisen (nämlich den selbst unmittelbar daran Interessierten) eilfertig gesagt wird, den währungsgeschädigten und heimatvertriebenen, älteren Kollegen müsse eben schnell ein Sozialwerk aufgebaut werden, so verquicken diese mit dem Aufbau einer umfassenden Altersversorgung auf berufsständischer Ebene Fragen der gegenseitigen Hilfe (Fürsorge) und des Lastenausgleichs, die mit der Forderung auf Freizügigkeit des einzelnen Kollegen in der Wahl seiner persönlichen Altersvorsorge (Lebens- oder Angestelltenversicherung oder Bausparverträge mit Risikoversicherung) nichts zu schaffen haben. Zahlreiche Kollegen gehören übrigens nach wie vor der Gruppenversicherung an, die nach dem Merkblatt der früheren Reichsärztekammer „als vollwertige Versicherung für das ganze Deutsche Reich gilt“. Zahlreiche andere Kollegen haben auf Grund erlittener Schäden und Verluste Ansprüche nach dem Feststellungsgesetz vom 14. August 1952 anzumelden, wobei die Frist bekanntlich am 31. August 1953 abläuft. Diese Ansprüche, insbesondere auch solche aus

* Dr. Maiwald (s. Julinummer S. 138)

abgewerteten Lebensversicherungen, sollen auf der Grundlage eines dazu weiter zu erlassenden Gesetzes, in ihrer Dringlichkeit nach sozialen Gesichtspunkten abgestuft, spätestens vom 31. März 1957 an, fortlaufend entschädigt werden (§ 246, Abs. 3 des Lastenausgleichsgesetzes). Darüber hinaus ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß im Lastenausgleichsgesetz, das sich, wie die jüngsten Änderungen zeigen, in steter Weiterentwicklung befindet, auch die Verluste der einheimischen Kollegen an ihrer Altersversorgung auch noch Berücksichtigung finden werden. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die kürzlich erfolgte Mitteilung über die doppelte Anwendung des Rentenaufbesserungsgesetzes vom 11. Juni 1951 hinsichtlich der Gruppenversicherung der württembergischen Ärzte, worin eine gleichartige Tendenz zu erkennen ist (Stuttgarter Zeitung vom 25. Juli 1953, S. 4).

Es besteht nach dem Dargelegten gar kein Grund, eine neue Altersversorgung ohne Berücksichtigung in absehbarer Zeit kommender Regelungen überstürzt zu errichten. Dies würde nur bedeuten, den Schultern der in den nächsten Jahrzehnten arbeitsfähigen Kollegen, für deren viele der Lastenausgleich eine harte Belastung ist, einen weiteren, berufsständischen Lastenausgleich aufzubürden.

Die Zukunft wird zeigen, wer einen solchen in zehn Jahren zu bereuen haben wird, wenn er zur Durchführung gelangen sollte!

Es sollte mich freuen, wenn Sie meine Ausführungen als sachlichen Diskussionsbeitrag zu dieser Frage betrachten würden, der geeignet ist, weiterer Einheitspropaganda für ein so umstrittenes und bedenkliches Gesetz einigen Wind aus den geblähten Segeln zu nehmen.

Herr Dr. phil. Dunz, Versicherungsmathematiker, erwidert:

Herr Dr. med. Augst hat in seinem Schreiben vom 27. Juli 1953 die Einrichtungen der Tübinger Versorgungsanstalt scharf kritisiert. Das ist sein gutes Recht, seine Kritik verliert jedoch an Gewicht, weil aus seinen Darlegungen hervorgeht, daß er den Zweck und die Methode der Versorgungsanstalt nicht richtig erkannt hat, insbesondere scheint ihm der Begriff des Kapitalwerts einer lebenslänglichen, oder wie bei Waisen einer zeitlich begrenzten Rente, ganz unbekannt zu sein.

Im folgenden soll daher an Hand des von Herrn

Dr. Augst aufgestellten Beispiels gezeigt werden, wie die Leistungen bei der Gruppenversicherung und bei der Versorgungsanstalt tatsächlich sind bzw. sein würden. Dabei wird vorausgesetzt, daß die deutsche Währung in den nächsten 30 Jahren intakt bleibt, d. h. daß 1 DM in 30 Jahren noch dieselbe Kaufkraft hat wie heute. Der im Alter von 35 Jahren in die Gruppenversicherung bzw. in die Versorgungsanstalt eintretende Arzt soll nur zwei Kinder haben, von denen das ältere 3 Jahre alt, das jüngere 1 Jahr alt ist. Die Ehefrau des Arztes soll um 5 Jahre jünger sein als der Arzt.

I. Leistungen im Invaliditätsfall

a) Der betr. Arzt soll im Alter von 45 Jahr. voll invalide werden, er soll jedoch nicht vor dem 65. Lebensj. sterben

Leistungen		Leistungen	
der Gruppenversicherung		der Versorgungsanstalt	
monatliche Invalidenrente	DM 140.—	monatliche Invalidenrente	DM 300.—
also jährliche Invalidenrente	DM 1 680.—	also jährliche Invalidenrente	DM 3 600.—
somit in 20 Jahren $20 \times 1 680.— =$	DM 33 600.—	somit in 20 Jahren $20 \times 3 600.— =$	DM 72 000.—
Die Invalidenrente wird höchstens bis zum Abschluß der Vertragsdauer gezahlt. Dazu kommt nach Vollendung des 65. Lebensjahres, also nach Ablauf der Vertragsdauer, die Vers.-Summe in Höhe von	DM 16 980.—	Dazu Kinderrente für das ältere Kind, Alter 13 Jahre, für die Dauer von 8 Jahren $8 \times 600.— =$	DM 4 800.—
		Kinderrente für das jüngere Kind, Alter 11 Jahre, für die Dauer von 10 Jahren $10 \times 600.— =$	DM 6 000.—
		Nach Vollendung des 65. Lebensjahres zahlt die Versorgungsanstalt die Invalidenrente von jährlich DM 3600.— weiter, beim Tode des Invaliden geht diese Rente in Höhe von jährlich DM 2 400.— als lebenslängliche Rente an die Witwe über. Der Kapitalwert dieser sogenannten Verbindungsrente beträgt beim Alter 65 des Arztes	DM 44 680.—
Somit Gesamtleistungen der Gruppenversicherung	DM 50 580.—	Somit Gesamtleistungen der Versorgungsanstalt	DM 127 480.—

b) Der betr. Arzt soll im Alter von 55 Jahr. voll invalide werden, er soll jedoch nicht vor dem 65. Lebensj. sterben

Leistungen		Leistungen	
der Gruppenversicherung		der Versorgungsanstalt	
10 Invalidenrenten, also		10 Invalidenrenten, also $10 \times 3 600.— =$	DM 36 000.—
$10 \times 1 680.— =$	DM 16 800.—	Kapitalwert der Verbindungsrente des 65jährigen Invaliden und der 60jährigen Ehefrau	DM 44 680.—
Versicherungs-Summe	DM 16 980.—	Somit Gesamtleistungen der Versorgungsanstalt	DM 80 680.—
Somit Gesamtleistungen der Gruppenversicherung	DM 33 780.—		

II. Leistungen beim Tode des Arztes

a) Der betr. Arzt soll im Alter von 45 Jahren sterben

Leistungen

Die Gruppenversicherung		Die Versorgungsanstalt	
zahlt die Versicherungssumme in Höhe von	Höhe DM 16 980.—	zahlt ein Sterbegeld in Höhe von ferner an das ältere Kind noch 8 Jahre eine jährliche Waisenrente von DM 600.— Kapitalwert beim Tode des Vaters	DM 2 000.— DM 4 268.—
		ferner an das jüngere Kind noch 10 Jahre eine jährliche Waisenrente von DM 600.— Kapitalwert beim Tode des Vaters	DM 5 165.—
		Die 40jährige Witwe erhält eine lebenslängliche Rente in Höhe von DM 2 400.— Kapitalwert beim Tode des Ehemannes	DM 46 774.—
Gesamtleistung:	DM 16 980.—	Gesamtleistungen:	DM 58 207.—

b) Der betr. Arzt soll im Alter von 55 Jahren sterben

Leistungen

Die Gruppenversicherung		Die Versorgungsanstalt	
zahlt die Versicherungssumme in Höhe von	Höhe DM 16 980.—	zahlt ein Sterbegeld in Höhe von an die dann 50jährige Witwe eine lebenslängliche Rente in Höhe von DM 2 400.— Kapitalwert beim Tode des Ehemannes	DM 2 000.— DM 39 014.—
Gesamtleistung	DM 16 980.—	Gesamtleistungen	DM 41 014.—

III. Leistungen beim Todesfall beider Eltern

Der Arzt soll im Alter von 45 Jahren gleichzeitig mit seiner Ehefrau sterben

Leistungen

Die Gruppenversicherung		Die Versorgungsanstalt	
zahlt die Versicherungssumme in Höhe von	Höhe DM 16 980.—	zahlt ein Sterbegeld in Höhe von an das ältere Kind noch 8 Jahre lang eine Jahresrente von DM 1 200.— Kapitalwert beim Tode der Eltern	DM 2 000.— DM 8 536.—
		an das jüngere Kind noch 10 Jahre lang eine Jahresrente von DM 1 200.— Kapitalwert beim Tode der Eltern	DM 11 180.—
Gesamtleistung:	DM 16 980.—	Gesamtleistungen:	DM 21 716.—
		Dabei ist aber zu beachten, daß diese Vollwaisen auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres als <i>Ermessenleistung</i> die Jahresrente von DM 1 200.— erhalten können, sofern sie sich noch in der Berufsausbildung befinden, das wären für jede der beiden Vollwaisen weitere DM 4 800.—, zusammen also	DM 9 600.—

Es darf wohl erwartet werden, daß Herr Dr. Augst auf Grund der obigen Zahlenangaben sein Urteil über die Versorgungsanstalt revidieren wird, besonders, wenn er beachtet, daß die Leistungen der Versorgungsanstalt den jeweiligen Bedürfnissen des Versorgungsberechtigten im Versorgungsfall weit besser entsprechen als die Leistungen der Gruppenversicherung. Herr Dr. Augst war, wie die meisten Anhänger der Kapitalversicherung, von der Höhe der Versicherungssumme so sehr beeindruckt, daß er die Bedeutung und den Wert der Rentenleistungen vollkommen übersehen hat.

Zu der von Herrn Dr. Augst erwähnten doppelten Anwendung des Rentenverbesserungsgesetzes vom

Nachwort der Schriftleitung:

Wenn Kollege Augst weiterhin in parlamentarischen Kreisen gegen die Versorgungs-Anstalt Propaganda machen sollte, so dürfte das nunmehr gegen besseres Wissen geschehen.

11. Juni 1951 hinsichtlich der Gruppenversicherung der württembergischen Ärzte darf aber darauf hingewiesen werden, daß diese Verbesserung — so erfreulich und erwünscht sie für die Ärzte ist — nicht aus den Mitteln der Versicherungs-Gesellschaften, sondern nur durch den Staat, d. h. durch die Steuerzahler geleistet werden kann. Es ist daher nicht zulässig, diese besseren Leistungen in der Rentengewährung als Vorzug der Gruppenversicherung darzustellen.

Mit dem Gelde anderer Leute könnte auch die Versorgungsanstalt jederzeit noch höhere Leistungen geben.

Polamidon, Cliradon, Dromoran, Cetarin der Opiumgesetzgebung unterstellt

Von Oberregierungsrat C y r a n, Innenministerium Baden-Württemberg

In Heft 6/1951 Seite 114 dieses Blattes hat Oberregierungsrat Cyran bereits die wichtigsten Rechtsvorschriften für das Verschreiben von Betäubungsmitteln angeführt und erläutert. Die nachstehenden Ausführungen ergänzen die damalige Zusammenstellung, nachdem weitere Stoffe wie Polamidon, Cliradon, Dromoran, Cetarin unter die Opiumgesetzgebung gestellt worden sind.

Die am 10. Juli 1953 in Kraft getretene „Verordnung über die Unterstellung weiterer Stoffe unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes“ vom 16. Juni 1953 (Bundesgesetzblatt I S. 402) hat 12 weitere Stoffe den in § 1 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b des Opiumgesetzes vom 10. Dezember 1929 (Reichsgesetzblatt I S. 215) in der heute gültigen Fassung aufgeführten Stoffen (u. a. Opium, Morphin, Dicodid, Dilaudid, Eukodal, Acedicon, Kokain, Dolantin, Pervitin) gleichgestellt. Es sind dies:

1. Äthyl-[1-methyl-4-(3-oxy-phenyl)-piperidyl-(4)]-keton (Keto-Bemidone, z. B. Cliradon),
2. 1-Methyl-4-(3-oxy-phenyl)-piperidin-carbonsäure-(4)-äthylester (Bemidone),
3. α -4-Propionyloxy-1.3-dimethyl-4-phenyl-piperidin (Alphaprodine),
4. β -4-Propionyloxy-1.3-dimethyl-4-phenyl-piperidin (Betaprodine),
5. 6-Dimethylamino-4.4-diphenyl-heptanon-(3) (Methadone, z. B. Polamidon),
6. 1-Dimethylamino-2-methyl-3.3-diphenyl-hexanon-(4) (Isomethadone),
7. 6-Dimethylamino-4.4-diphenyl-heptanol-(3) (Methadol),
8. 6-Dimethylamino-3-acetoxy-4.4-diphenyl-heptan-
9. 6-Morpholino-4.4-diphenyl-heptanon-(3) (Phenadoxone),
10. 4-Propionyloxy-1-methyl-3-äthyl-4-phenyl-piperidin,

11. N-Methyl-3-oxy-morphinan, linksdrehende und razemische Form (Levorphan, Racemorphan, z. B. Dromoran, Cetarin),
12. N-Methyl-3-methoxy-morphinan (Levomethorphan, Racemethorphan).

Die Mehrzahl von ihnen ist zwar in der Bundesrepublik noch nicht im Verkehr. Es ist aber nötig, alle von der Weltgesundheitsorganisation als suchterregend erkannten Stoffe dem Opiumgesetz zu unterstellen, denn nur dadurch wird erreicht, daß sie nur in dem durch das Opiumgesetz vorgeschriebenen Rahmen in den Verkehr kommen und verschrieben werden. Zur Zeit werden von den 12 genannten Stoffen in der Bundesrepublik lediglich die unter Nr. 1, 5 und 11 aufgeführten hergestellt und unter den wortgeschützten Namen Cliradon, Polamidon, Dromoran und Cetarin in den Verkehr gebracht.

Die neue Verordnung vom 16. Juni 1953 hat die genannten 12 Stoffe auch der „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihrer Abgabe in den Apotheken“ vom 19. Dezember 1930 (Reichsgesetzblatt I S. 635) in der heute gültigen Fassung unterstellt. Damit dürfen sie und ihre Salze, also auch Cliradon, Polamidon, Dromoran und Cetarin nur verschrieben werden, wenn der Arzt nach strenger Prüfung der Besonderheiten des einzelnen Krankheitsfalles mit anderen Mitteln nicht auskommen kann. Ihre Verschreibung muß demnach ärztlich begründet sein; andernfalls ist sie strafbar.

Ferner darf für den gleichen Kranken oder für den Praxisbedarf an einem Tag nur ein Betäubungsmittel, also z. B. Morphin oder Polamidon oder Cliradon oder Dolantin und dieses nur in beschränkter Menge, verschrieben werden.

Übersichtstabelle

(Die neu unterstellten Stoffe sind nicht mit den wissenschaftlichen Bezeichnungen, sondern mit den in der Verordnung

ebenfalls aufgeführten internationalen Kurznamen bezeichnet — vgl. oben Nr. 1—12)

Der Verschreibungs- und Abgabeverordnung unterliegende Mittel	Für einen Tag zulässige Verschreibungsmenge für den gleichen Kranken oder für die ärztliche Praxis
Acedicon	bis 0,2 g
Alphaprodine	bis 0,2 g
Bemidone, Keto-Bemidone (z. B. Cliradon)	bis 0,2 g
Betaprodine	bis 0,2 g
Cetarin siehe auch Levorphan	bis 0,03 g
Cliradon siehe auch Bemidone	bis 0,2 g
Diacetylmorphin (Heroin) (inzwischen aus dem Verkehr gezogen)	bis 0,03 g
Dicodid	bis 0,2 g
Dilaudid	bis 0,03 g
6-Dimethylamino-3-acetoxy-4.4-diphenyl-heptan	bis 0,2 g
Dolantin	bis 1,0 g
Dromoran siehe auch Levorphan	bis 0,03 g
Eukodal	bis 0,2 g
Kokain	bis 0,1 g
Laudanon und diesem ähnl. Zubereitungen	bis 0,4 g
Levomethorphan, Racemethorphan	bis 0,03 g

f. d. Kranken; bis 1,0 g f. d. Praxis; nur als „Eingetragene Verordnung“.

Der Verschreibungs- und Abgabeverordnung
unterliegende MittelFür einen Tag zulässige Verschreibungsmenge
für den gleichen Kranken oder für die ärztliche
Praxis

Levorphan (z. B. Dromoran), Racemorphan (z. B. Cetarin)	bis 0,03 g
Methadol	bis 0,2 g
Methadone (z. B. Polamidon), Isomethadone	bis 0,2 g
Morphin	bis 0,2 g; als „Eingetragene Verordnung“ auch mehr
Morphin-Aminoxyd	bis 0,2 g
Narcophin	bis 0,4 g
Opium	bis 2,0 g
Opiumzubereitungen:	
Extractum Opii	bis 1,0 g
Tinct. Opii simpl.	bis 20,0 g
Pulvis Ipecac. opiatum (Pulv. Doveri)	bis 20,0 g
Pantopon und diesem ähnliche Zubereitungen (Opium conc. DAB 6)	bis 0,4 g
Paramorfan	bis 0,2 g
Phenadoxone	bis 0,2 g
Phenylaminopropan (Aktedron, Benzedrin, Elastonon)	bis 0,2 g; zur Anwendung am Auge bis 0,5 g
Phenylmethylaminopropan (Pervitin)	bis 0,1 g
Polamidon siehe auch Methadone	bis 0,2 g
4-Propionoxyloxy-1 methyl-3 äthyl-4-phenyl-piperidin	bis 0,2 g

Zu beachten ist ferner, daß Verschreibungen von Polamidon, Cliradon, Dromoran und Cetarin sowie gegebenenfalls der übrigen neu unter die erwähnte Verschreibungsverordnung vom 19. Dezember 1930 gestellten Stoffe nunmehr die schon bisher bei Verschreibungen von Eukodal, Dolantin, Dicodid usw. vorgeschriebenen Angaben enthalten müssen (Name des Arztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift, Tag des Ausstellens, Gebrauchsanweisung, Name und Wohnung des Kranken, eigenhändige, ungekürzte Namensunterschrift). Bezüglich der Gebrauchsanweisung schreibt die jetzt in Kraft gesetzte neue Verordnung vom 16. Juni 1953 ausdrücklich vor, daß aus ihr die Einzelgabe und die Häufigkeit ihrer Anwendung ersichtlich sein muß.

Unvollständige und nicht den Vorschriften entsprechende Verschreibungen darf die Apotheke nicht beliefern; sie ist verpflichtet, solche Verschreibungen dem Arzt zurückzugeben. Es ist also nötig, daß sich der Arzt, um unliebsame Auswirkungen zu vermeiden, mit den Vorschriften vertraut macht und sie beim Verschreiben

Betäubungsmittel enthaltender Arzneien genau beachtet.

Der Vollständigkeit wegen sei schließlich erwähnt, daß die jetzt in Kraft getretene Verordnung vom 16. Juni 1953 außer den oben angeführten 12 Stoffen noch drei weitere Stoffe dem Opiumgesetz unterstellt. Es sind dies:

1. β -4-Morpholinyläthylmorphin und seine Salze,
2. Dihydrokodein und seine Salze (wortgeschützter Name Paracodin),
3. Acetyldihydrokodein und seine Salze.

Von der Weltgesundheitsorganisation sind diese Stoffe als leicht umwandelbar in suchterregende Stoffe festgestellt worden. Es schien daher nötig, diese Stoffe den gleichen Vorschriften zu unterstellen, die bereits auf Codein und Äthylmorphin Anwendung finden. Der Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien usw. vom 19. Dezember 1930 unterstehen diese Stoffe jedoch nicht; hinsichtlich ihrer Verschreibung und Abgabe hat sich daher nichts geändert.

Eingesandt

Zersplitterung oder Einigkeit?

Welcher praktische Arzt, der das Mitteilungsblatt des Berufsverbandes freitätiger Allgemeinärzte e. V. nicht einfach mit den allmorgendlichen Drucksachen dem Papierkorb übergeben, sondern, sei es aus Zufall oder durch den Absenderverband neugierig gemacht, geöffnet und durchgelesen hat, mußte sich nicht mächtig interessiert und sehr persönlich angesprochen fühlen. Denn hier werden seine Nöte und Sorgen, die ihn seit Jahren und Jahrzehnten täglich bewegen, Punkt für Punkt, einer nach dem anderen, alle die Entwicklungen, die die freiberufliche Tätigkeit der praktischen Ärzte bedrohen, einengen und schließlich ganz abzuwürgen drohen, sehr klar und lebendig dargestellt. Von dem Auftreten und Ins-Kraut-Schießen immer neuer Spezialitäten und Spezialitätchen, die teilweise und oft recht erfolgreich Monopolstellungen erstreben, über das Hereingreifen staatlicher, halbstaatlicher und ähnlicher Organisationen in unsere ärztlichen Belange, das famose Durchgangsarztssystem, das auch den kleinsten Unfall, die banalste Verletzung sofort

oder spätestens am nächsten Morgen nach der Behandlung durch uns zum Durchgangsarzt schleppt (so daß die Patienten nur noch ein mitleidiges Lächeln für soviel öffentlich beurkundete Ignoranz bei ihrem Hausarzt haben), die Fürsorgestellen mit der häufig am Ende stehenden Wegbefürsorgung von den praktischen Ärzten, und was uns sonst noch drückt und hemmt.

Daraus wird der Schluß gezogen, daß die freitätigen Allgemeinärzte sich zu einem besonderen Verband zusammenschließen sollen, der ihre Interessen wahrnimmt, gerade so wie dies schon längst vor ihnen eine große Anzahl spezialisierter Arztgruppen getan haben, einen Verband, der sie bei besonderen Nöten berät und vertritt, „besonders Behörden, Kostenträger, Körperschaften öffentlichen Rechts, Abrechnungsstelle usw. gegenüber.“ Und die Leser des Mitteilungsblattes werden zum Beitritt bei dem Verband, bei niedrigem Beitrag und Eintrittsgeld, aufgefordert.

Was sollen wir dazu sagen? Sollen wir eintreten, ohne Säumen? Oder steckt vielleicht ein Wurm in der Sache?

Beim Nachdenken darüber sind mir alte Erinnerungen gekommen. In einer der unteren Lateinklassen mußten wir eine Fabel übersetzen, in der aus irgendeinem Grund die einzelnen Glieder des Körpers, ein Arm, ein Fuß, alle möglichen Organe aus dem Körperverband sich loslösen, selbständig machen und dann auch an ihrer Selbständigkeit jämmerlich zugrunde gehen. Und wohl noch auf einer früheren Stufe wurden wir mit dem Märchen vertraut gemacht, in dem ein alter Vater vor seinem Tode seine Söhne um sich versammelt, eine Anzahl Stäbe bringen läßt und vorführt, wie diese, jeder einzelne leicht abzubrechen, zu einer Einheit gebündelt aber unzerbrechlich sind.

Wozu haben wir Ärztekammer und KV., die aus freien Wahlen hervorgegangenen und amtlich beglaubigten Vertretungen aller frei praktizierenden Ärzte? Wozu den Hartmannbund, der als unabhängiger Kampfbund alle Sparten der Ärzteschaft in seinen Reihen zu sammeln bestrebt ist? Werden diese berufenen Vertretungen der Ärzte in ihrer Schlagkraft nicht geschwächt, ja sogar gelähmt, wenn neben ihnen noch alle möglichen Sondergruppen als eingetragene Vereine sich auf tun und auf eigene Faust Geschäfte machen wollen?

Einer unserer ärztlichen Führer hat kürzlich berichtet, daß ihm bei einem seiner pflichtmäßigen Gänge in ein Bundesministerium von dem betreffenden Referenten vorgehalten worden sei, gestern seien von dem Vertreter einer Sondergruppe ihm ganz andere Vorschläge unterbreitet worden. Muß unserem Mann da nicht der Hut hochgehen? Und muß sich der Ministerialdirigent nicht sagen, daß es Zeitversäumnis für ihn ist, mit einer solch uneinigen Gesellschaft zu verhandeln. Muß er nicht aus solchen Erfahrungen den Schluß ziehen, daß man die Angelegenheiten des Ärztestandes am besten auf dem Verordnungswege regelt? Und unsere Gegner in der Sozialpartnerschaft? Werden sie sich nicht ins Fäustchen lachen in der sicheren Aussicht auf leichte Siege gegen ein Heer, dessen einzelne Verbände ohne jede Disziplin aus- und gegeneinander marschieren?

Also, so geht es nicht. Es wäre aber falsch, wollte man die Kollegen von Zell im Wiesental mit dem Sitz in Karlsruhe einfach abkanzeln und auf die gottgewollte

Folgsamkeit gegenüber der verordneten Standesführung verweisen. Sie sind ja nicht einmal die ersten, ja sie sind die letzten von den Sondergruppen gewesen, die sich als e. V. selbstständig gemacht haben. Es ist aber bestimmt nicht falsch, wenn unsere ärztlichen Führer sich einer Selbstprüfung unterziehen und sich einmal die Frage vorlegen, ob sie immer auf dem Posten gewesen sind und ob die zweifellos vorhandene Unzufriedenheit da und dort nicht von ihnen hätte rechtzeitig aufgefangen werden können. Das Durchgangsarztverfahren wurde schon erwähnt. Seine derzeitige Anwendungsweise ist eine tägliche Schmach für jeden Arzt, der Einsatzwillen und Selbstachtung besitzt. Wenn eine zahlenmäßig kleine, aber zielstrebige und personell gut geführte Sondergruppe wie die Vollröntgenologen Vorschläge machen darf und diese noch von der KV.-Vollversammlung am 18. Juni 1952 gutgeheißen werden, die mit ihren überspitzten Apparatforderungen auf eine ärztliche Teilenteignung einer großen Zahl von Teilröntgenologen hinauslaufen, so müssen sich die Betroffenen, die vielleicht seit Jahrzehnten mit ihren Geräten das diagnostisch Notwendige gesehen haben, sich selbst zur beruflichen Befriedigung und zum Wohl ihrer Kranken, die sich nicht weiterschicken lassen mußten, so müssen sich diese Ärzte fragen, ob sie noch einen gütigen Vater in der Jahnstraße haben, oder ob sie nicht Stiefkinder des Standes geworden sind.

Seit fünf und zwanzig oder mehr Jahren geht das Schlagwort von der Krise in der Medizin um. Diejenigen Ärzte, die sich ihre natürlichen, gesunden Sinne bewahrt haben, haben am eigenen Leibe davon wenig verspürt. Das aber, von dem diese Zeilen handeln, kann man ohne Übertreibung als eine *berufspolitische* Krise des Ärztestandes bezeichnen.

Das Problem muß sich lösen lassen. Nicht durch Aufspaltung in immer neue Sondergruppen extra muros, sondern durch verständnisvolle Zusammenarbeit innerhalb der großen Berufsorganisation, wobei der eine den andern gelten läßt, auf egoistische Auswüchse verzichtet und Disziplin bewahrt.

Zersplitterung oder Einheit? Es ist die Schicksalsfrage unseres Standes.

Dr. med. Bosler, Backnang

Bekanntmachungen

Kurs- und Kongreßkalender

23. bis 25. August 1953

7. Internationaler Kongreß für Akupunktur in München. Programm durch Dr. G. Bachmann, München 8, Lilienstraße 29.

21. bis 27. September 1953

Einführungslehrgang in die Naturheilverfahren in Wildbad/Schwarzwald, veranstaltet vom Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Meldungen an Dr. Haferkamp, Mainz, Schulstraße 13.

12. bis 15. Oktober 1953

4. Kongreß für alkohol- und tabakfreie Jugenderziehung in Bielefeld, veranstaltet von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren; Auskunft durch die Geschäftsstelle in Hamm/Westf., Rietzgartenstraße 1.

17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Stuttgart und Mergentheim

Vom 24. bis 26. September 1953 findet in Stuttgart-Bad Cannstatt (Kursaal) die 17. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten unter dem Vorsitz von Beckmann, Stuttgart, statt. Es werden folgende Themen behandelt: Eisenstoffwechsel und Leber (Masshoff-Tübingen, Heilmeyer-Freiburg, Kalk-Kassel), Colitis ulcerosa (Hennig-Erlangen, Baumgärtel-München, Deucher-Zürich), Schilddrüse und Jod einschließlich Isotopenbehandlung und Grenzziehung zwischen Thyreotoxikose und vegetativer Neurose (Bänsi-Hamburg, Jores-Hamburg, Horst-Hamburg, Fellinger-Wien), Klinik der Cholangitis (Selberg-Hamburg, Markoff-Chur, Lodenkämper-Hamburg, Mallet-Guy-Lyon, Luda-Wien).

Der 4. Kongreßtag findet anschließend am Sonntag, den 27. September 1953 in Bad Mergentheim statt, wo die Thera-

pie der Cholangitis behandelt wird (Franke-Würzburg, Loeweneck-Hamburg, Boller-Wien). Für die Fahrt von Stuttgart nach Bad Mergentheim und zurück stellt die Kurverwaltung Bad Mergentheim Omnibusse zur Verfügung. Die Tagung wurde mit voller Absicht in den südwestdeutschen Raum verlegt, um zahlreichen Kollegen aus Südwestdeutschland die Teilnahme zu ermöglichen. Die Vortragsthemen sind so gewählt, daß nicht nur die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse verhandelt werden, sondern auch

die neuesten Ergebnisse, speziell therapeutischer Art, die für den Praktiker wichtig sind, zur Sprache kommen sollen. Im Rahmen dieses Programms werden in einem Symposium die Wechselbeziehungen zwischen Klinik und Praxis behandelt (unter der Leitung von Mahlo-Hamburg). Zur Diskussion über dieses Thema sind gemeldet: Neuffer-Stuttgart, Scharpff-Stuttgart, Neidhardt-Ludwigsburg, Döbler-Schorndorf, Wolf-Bielefeld, Schwoerer-Waiblingen, Thieding-Hamburg.

ARZTEKAMMER 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

**Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der
 Ärztekammern Nord-Württemberg und
 Württemberg-Hohenzollern**

über Naturheilverfahren am 26. und 27. September 1953
 in Wildbad im Schwarzwald

Die Vorträge finden in der großen Trinkhalle statt. Zimmerbestellungen in der Preislage von 4 bis 14 DM (einschließlich Frühstück) nimmt die Kurverwaltung in Wildbad entgegen.

Samstag, den 26. September 1953

- 9.00—9.45 Uhr: Dr. med. Josenhans, Wildbad, und Studienrat Halter:
 Unterwassergymnastik im U-Bad.
- 10.00—10.15 Uhr: Eröffnung des Wochenend-Fortbildungskurses durch den Präsidenten der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, Dr. med. Borck, Pfullingen.
- 10.15—11.00 Uhr: Dr. med. Hoff, Adolf, Wörishofen:
 Behandlung akuter Erkrankungen nach Kneipp'schen Grundsätzen.
- 11.00—11.45 Uhr: Prof. Dr. med. Dittmar, Glottental:
 Die Bedeutung des kutiviszeralen Reflexes für die balneologische und physikalische Therapie.
- 11.45—12.15 Uhr: Pause.
- 12.15—13.00 Uhr: Prof. Dr. med. Frick, Mainz:
 Behandlung der Infektionskrankheiten im Kindesalter.
- 13.00—15.15 Uhr: Mittagspause.
- 15.15—16.00 Uhr: Prof. Dr. med. Siegmund, Münster:
 Allgemein-pathologische Grundlagen naturheilkundlicher Behandlungsmethoden.
- 16.00—16.45 Uhr: Prof. Dr. med. Bohnenkamp, Oldenburg:
 Über Abnutzungskrankheiten des Herzens.
- 16.45—17.15 Uhr: Pause.
- 17.15—18.00 Uhr: Dr. med. Heyer, Nußdorf am Inn:
 Mittelbare Psychotherapie, praktische Hilfen für den Menschen in Not.

Sonntag, den 27. September 1953

- 9.00—9.45 Uhr: Prof. Dr. med. Brauchle, Schönau (Schw.):
 Gleichgewicht und Gleichgewichtsstörungen im Sinne der Naturheilkunde.
- 10.00—10.45 Uhr: Prof. Dr. med. Lampert, Höxter:
 Behandlung der Kinderlähmung im Früh- und Spätstadium und ihre Erfolge.
- 11.00—11.45 Uhr: Dr. med. Biedermann, Waldsee:
 Technik, Möglichkeiten und Grenzen der chiropraktischen Behandlung.

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

Dr. med. Borck
 Präsident der Ärztekammer
 Württemberg-Hohenzollern

Achtung!

Der Württ. Unfallversicherungsverband Stuttgart hat sich an sämtliche Arbeitgeber von Hausangestellten mit einer Beitragsaufforderung gewandt. Wir machen darauf aufmerksam, daß Ärzte, welche eine Praxis unterhalten und ihre Hausangestellte nachweisbar regelmäßig auch mit Arbeiten für die Praxis beschäftigen, der Beitragsaufforderung nicht nachkommen müssen. Dieser Personenkreis ist ohne besondere Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege versichert. Dabei ist es gleichgültig, bei welchen Arbeiten sich der Unfall ereignet hat (Haus oder Praxis). In den Fällen, wo diese Voraussetzungen erfüllt sind, muß dem Unfallversicherungsverband davon Mitteilung gemacht werden.

**Bericht über die 83. Sitzung des Vorstandes der Kassen-
 ärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg
 am 7. Juli 1953 (19—24 Uhr)**

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage.
2. Bericht eines Kreisärzteschaftsvorsitzenden über die Stellungnahme seiner Kreisärzteschaft zu aktuellen Fragen.
3. Dr. Benz: Bericht über die Tätigkeit der Honorarkommission. Es hat sich herausgestellt, daß der Grenzwert für Hautärzte auf Grund eines Irrtums zu nieder (auf DM 7.50) festgesetzt worden ist. Der Betrag muß richtig ab 1/53 DM 8.50 heißen.
4. Bewertung der konsiliarischen Untersuchung. Für die Ziffer 13a der alten württ. Gebührenordnung findet sich in der Preugo keine entsprechende Position. Der Vorstand schließt sich dem Vorschlag der Honorarkommission an, wonach für die eingehende Untersuchung Ziffer 19 einzusetzen ist (unbeschadet anderer zusätzlicher Leistungen). Der Bericht soll in der Regel nach Ziffer 15b, in besonders gelagerten Fällen nach Ziffer 15c honoriert werden.
5. Dr. Knosp: Bericht über die Tätigkeit des Disziplinarausschusses. Unter anderem wurde ein Kollege wegen unbedingten Führens des Dokortitels mit DM 200.— Strafe belegt.
6. Der Landesverband der Ortskrankenkassen hat gebeten, die Ärzte möchten die von manchen Firmen geforderten Bescheinigungen über Sprechstundenbesuch ihrer Betriebsangehörigen künftig nicht mehr ausfüllen. Es handle sich um eine im Krieg eingeführte Regelung, die nicht mehr zeitgemäß sei. — Mit dem Landesverband soll besprochen werden, ob nicht zweckmäßigerweise von ihm aus die Arbeitgeber gebeten werden könnten, auf solche Bescheinigungen zu verzichten.
7. Dr. Benz: Bericht über die Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft der gemeindlichen Unfallversicherungsträger am 24./25. Juni in Tübingen.
8. Verschiedenes: (Krankengeldanträge, Zulassungsangelegenheiten).
 Dr. Hämmerle



Eu-Med

Analgeticum
 ohne hypnotische Nebenwirkung
MED
 Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate
 J. Carl Pflüger · Berlin-Nkln. (West)

Bericht

über die 84. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 14. Juli 1953
(19—0.15 Uhr)

1. Die Frage der konsiliarischen Beteiligung von Durchgangsärzten an der Kassenpraxis soll der Arbeitsgemeinschaft vorgelegt werden.

2. Prof. Dr. Neuffer: Auf Grund eines vor ca. 2 1/2 Jahren gefaßten Beschlusses hat eine Kommission von Ärzten und Apothekern, der auch Herren aus anderen Landesteilen Baden-Württembergs beitraten, „Vorschläge für wirtschaftliche Arzneiverordnung“ ausgearbeitet. Gegen die Herausgabe dieser Vorschläge sind von bestimmter Seite Bedenken vorgebracht worden. Auch hat inzwischen die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Prof. Koll) — wenn auch mit anderer Zielsetzung — ein Arzneibuch herausgebracht. Vorschlag: Mit der Deutschen Arzneimittelkommission soll besprochen werden, ob und in welcher Form die „Vorschläge“ in die nächste Ausgabe des „Arzneibuchs“ eingearbeitet werden können. An der Aussprache sollen von unserer Seite teilnehmen: Prof. Dr. Neuffer, Dr. Giebel, Dr. Beuttenmüller, Dr. Vöhringer.

3. Dr. Benz berichtet über die letzten Sitzungen der Honorarkommission. Zu deren Vorschläge wird beschlossen:

- Bei EKG's soll hinsichtlich der Unkosten und des Honorars das Verhältnis 40 : 60 zugrunde gelegt werden.
- Grundsatzbestimmung: Zunächst keine Änderung.
- Resistenzbestimmungen über Antibiotica: Hierzu ist das Gutachten eines Bakteriologen einzuholen.
- Begrenzung der stat. Leistungen bei Internisten: Endgültige Entscheidung erfolgt durch die KV-Abgeordnetenversammlung.
- Überweisungsscheine bei Urlaub, Krankheit, Sonntagsdienst: Die Vorschläge der Honorarkommission bedürfen der gründlichen Prüfung und Erörterung nach allen Seiten hin. Empfohlen wird eine Diskussion in der nächsten Forum-Veranstaltung.
- Ausstellung von Überweisungsscheinen an Fachärzte: Der Vorstand kann sich dem Vorschlag der Honorarkommission, zu Kontrollzwecken einen Doppelschein einzuführen, nicht anschließen. In auffälligen Einzelfällen soll jedoch die Kleine Kommission zu Rate gezogen werden.

4. Die Gebühr für histologische Untersuchungen soll ab 1. Juli 1953 auf DM 7.— erhöht werden.

5. Dr. Schworer berichtet über eine Besprechung im Arbeitsministerium über Fragen der KV-Organisation, etwaiger Neuverhandlungen und die erwartete Zulassungsordnung.

6. Verschiedenes: (Zulassungsfragen, Praxisdarlehen, Honorarverhandlung mit der Süddeutschen Knappschaft, Termin der nächsten Abgeordneten-Versammlung u. a.).
Dr. H.

Bericht

über die 85. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg am 15. Juli 1953
(19.30—23.45 Uhr)

1. Zusammen mit den Vertretern der Röntgen-Kommission wird eingehend die Frage beraten, ob Teil-Röntgenologen auch überwiesene reine Röntgenfälle annehmen dürfen. Dabei ist zu bedenken, daß Teil-Zulassungen bei unserer Landesstelle bis jetzt in ganz besonders großzügiger Weise ausgesprochen worden sind. — Der Vorstand wird der nächsten Abgeordneten-Versammlung hierzu einige Vorschläge unterbreiten.

2. Besprechung eines Schreibens der Kreisärzteschaft Heilbronn betr. Teilröntgenologie, insbesondere Anforderung an die Apparaturen. — Es wird in Aussicht genommen, zu den Sitzungen der Röntgen-Kommission in manchen Fällen die Kreisärzteschaftsvorsitzenden der antragstellenden Kollegen einzuladen.

3. Auf Vorschlag der Röntgen-Kommission soll eine Beratungsstunde für Röntgen-Angelegenheiten eingerichtet werden. Veröffentlichung hierüber im Südwestdeutschen Ärzteblatt.

4. Für die Wahl der Abgeordneten zur KV-Hauptversammlung beim 56. Deutschen Ärztetag wird eine Vorschlagsliste aufgestellt.

5. Berechnung von „Differenzbeträgen“ bei Labor-Untersuchungen durch Krankenhaus-Ärzte. Eine Berechnung ist im allgemeinen nicht üblich, soll auch nicht eingeführt werden. Ausnahmen nur dort, wo schon seit langem anders verfahren worden ist.

6. Verschiedenes: (Abrechnungs- und Zulassungsfragen bei einzelnen Kollegen, Darlehensangelegenheiten u. a.).

Dr. H.

Bericht über die 14. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 9. Juli 1953
(19—0.15 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage.

2. Aussprache zur Frage der Altersversorgung. — Bei einer vor 3 Jahren veranstalteten schriftlichen Umfrage hat die große Mehrzahl Antwortender (90% von ca. 2000) den Wunsch zu erkennen gegeben, daß eine Altersversorgung in der Art der bayerischen auch bei uns geschaffen werden möge. — Trotz zahlreicher Bemühungen war es in der Zwischenzeit noch nicht möglich geworden, die Parteien und die Verfassunggebende Landesversammlung zu bewegen, sich mit dieser Frage zu befassen. Erst in jüngster Zeit tauchte die Möglichkeit auf, durch Erstreckung des südwürttembergischen Versorgungsgesetzes endlich beschleunigt zu einer Regelung zu kommen. — Inzwischen sind manchen Kollegen Bedenken gekommen, besonders denen, die sich nun anderweitig gebunden haben. Geeignete Übergangsbestimmungen müßten eingebaut werden. Auf jeden Fall ist mit der etwaigen Erstreckung des Gesetzes noch nichts über die Satzung gesagt. Über sie wäre erst zu gegebener Zeit von der bis dahin neugewählten Vertreterversammlung zu beraten und zu beschließen.

3. Bericht über die Arbeitstagung der Werk-Ärzte und staatl. Gewerbeärzte in Baden-Baden am 6. Juni 1953. Dort vorgebrachten Anregungen, Organisation zur „Rheumaerfassung“ zu schaffen, ist Dr. D. als Vertreter der Ärztekammer entgegengetreten mit dem Hinweis, daß es letztlich nicht dem Wohl des Kranken diene, wenn auf immer weiteren Gebieten zwischen Patient und Arzt eine Organisation sich einschlebe.

4. Dr. Hämmerle: Bericht über die Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft freier Berufe in Freudenstadt am 20. Juni 1953. Die 1949 gegründete Arbeitsgemeinschaft vertritt die Interessen der freien Berufe gegenüber dem Staat, der Öffentlichkeit und den Parteien. Sie umfaßt jetzt das ganze Bundesgebiet und hat schon auf zahlreichen Gebieten fruchtbare Arbeit geleistet (Einflußnahme bei Lastenausgleichsgesetz, Altspargesetz, Steuerfragen, z. B. Pauschalabzug für nicht erfaßbare Betriebsausgaben).

5. Aufstellung einer Vorschlagsliste für die Delegiertenwahl zum 56. Deutschen Ärztetag.

6. Die nächste Delegiertenversammlung wird auf 22. Juli 1953 festgesetzt.

7. Entsprechend einem Antrag der Arbeitsgemeinschaft der Röntgen-Fachärzte werden vor Errechnung des Beitrags zum Fürsorgefonds die reinen Röntgen-Unkosten herausgenommen. — Dies gilt auch für die Teil-Röntgenologen.

8. Dr. Krahn: Bericht über eine Besprechung im Flüchtlingsministerium wegen der Verteilung der ostzonalen Flüchtlingsärzte innerhalb Baden-Württembergs.

9. Der Vereinigung der „Freunde der Universität Tübingen“ wird korporativ beigetreten.

10. Dr. Krahn: Bericht über die Generalversammlung der bad.-württ. sozialhygienischen Gesellschaft in Karlsruhe am 7. März 1953.

11. Dr. Krahn: Bericht über die Hauptversammlung des Landesverbandes Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses in Stuttgart am 16. Mai 1953.

12. Verschiedenes (Ehrenratsangelegenheiten u. a.).

Dr. H.

Bericht über die 6. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 22. Juli 1953

(15—19 Uhr)

1. Präsident Prof. Dr. Neuffer zur Lage: Um die Verabschiedung des „Regelungsgesetzes“ zu fördern, hat Prof. N. noch zahlreiche Besuche bei Regierungs- und Parteistellen unternommen. Er fand überall großes Verständnis. Leider hat aber der Sozialpolitische Ausschuß den Entwurf nicht genügend vorberaten können, so daß eine Verabschiedung nicht mehr möglich war. Was weiter wird, ist heute noch nicht abzusehen. — Auch über das Problem der freiwilligen Weiterversicherung hat der Bundestag keinen Beschluß mehr gefaßt. — Dagegen hat der Bundestag das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verabschiedet. Dabei sind die Einwendungen der Ärzteschaft weitgehend berücksichtigt worden — dank vor allem dem Einsatz des Bundestagsabgeordneten Kollegen Dr. Hammer. — Das badisch-württembergische Kammerersterreckungsgesetz ist bald zu erwarten, ebenso die Ersterkung der in Einzelheiten modifizierten Zulassungsordnung. — Fragen der Altersversorgung — Zusammenkunft mit der Schweizer Ärzteschaft in Basel — Treffen mit österreichischen und schweizerischen Ärzten in Hamburg — Ärztlicher Besuch aus Pakistan und Afghanistan — Entwicklung des Kassenhonorars — Die zur Zeit zu beobachtende Gründung zahlreicher allgemeinärztlicher und fachärztlicher Sonderverbände als e. V. birgt die Gefahr weiterer Zersplitterung der Ärzteschaft in sich und muß vom berufspolitischen Standpunkt der Gesamtärzteschaft bedauert werden. Nichts einzuwenden wäre jedoch gegen die Bildung von Arbeitsgemeinschaften innerhalb der Ärztekammern.

2. Als Delegierte zum 56. Deutschen Ärztetag werden in geheimer Wahl gewählt:

Prof. Dr. Neuffer (58 Stimmen), Prof. Dr. Dennig (47 Stimmen), Dr. Knospe (42 Stimmen), Dr. Scharpf (36 Stimmen), Dr. Schwoerer (36 Stimmen), Dr. Dobler (34 Stimmen) Prof. Dr. Reisner (29 Stimmen). Ersatzmänner: Dr. Zimmerle (27 Stimmen), Dr. Hämmerle (25 Stimmen), Dr. Mühlhäuser (25 Stimmen), Frau Dr. Schiller (24 Stimmen), Dr. Ruthardt (22 Stimmen), Dr. Merkel (21 Stimmen), Dr. Anhegger (8 Stimmen.)

3. Dr. Knospe referiert über die Altersversorgung (siehe Seite 170).

Im Anschluß an das Referat entwickelte sich eine ausgiebige Diskussion, in der auch in durchgerechneten Beispielen Ärzteversorgung und Lebensversicherung einander gegenübergestellt werden. Schließlich faßt die Versammlung die folgenden Entschlüsse:

a) Die Delegierten-Versammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. stimmt der Ersterkung des Tübinger

Versorgungsgesetzes zu und ersucht den Kammervorstand, alle Schritte zu unternehmen, um eine Verabschiedung durch die Verfassungegebende Landesversammlung zu erreichen.

(54 Stimmen dafür, 8 Stimmenthaltungen.)

b) Die Delegierten-Versammlung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. beauftragt den Vorstand, die Arbeiten sofort in Angriff zu nehmen, die zur Anpassung der Tübinger Versorgungssatzung an die besonderen Verhältnisse in Nord-Württemberg notwendig sind, damit die nach dem Versorgungsgesetz neu zu wählende Vertreterversammlung der Versorgungsanstalt die endgültige Fassung der Satzung unter Verwendung der so erarbeiteten Unterlagen beschließen kann.

(60 Stimmen dafür, 2 Stimmenthaltungen.)

4. Prof. Dr. Leicher scheidet infolge Wegzug aus dem Fortbildungsausschuß aus. An seiner Stelle wird einstimmig Prof. Dr. Kirstein, Direktor der HNO-Abteilung des Katharinenhospitals Stuttgart, zugewählt.

5. In manchen Kreisen besteht der Wunsch, es möge in Baden-Württemberg neben der Landesversammlung (Landtag) ein Senat eingerichtet werden. Zu dieser mehr politischen Frage kann die Delegiertenversammlung keine Stellung nehmen. Sollte jedoch ein Senat gebildet werden, legt die Ärzteschaft von Baden-Württemberg größten Wert darauf, daß auch ein Vertreter der Ärzteschaft diesem Senat angehört.

6. Dr. Knospe: Die ehemalige, zum Teil noch weiterbestehende Gruppenversicherung der württembergischen Ärzteschaft hatte mit zwei Versicherungsgesellschaften (Allianz und Deutsche Ärzteversicherung) Verträge abgeschlossen. — Nach dem Rentenaufwertungsgesetz sind Renten bis RM 70.— voll auf DM aufzuwerten. Unter der Begründung, daß es sich um zwei verschiedene Versicherungen handle, ist vorläufig erreicht worden, daß jede der beiden Versicherungen einen Rentenertrag von RM 70.— voll, von weiteren RM 30.— im Verhältnis 2:1 aufwerten muß. Zwei Instanzen haben in diesem Sinne entschieden, und es wird bis zur endgültigen Entscheidung der 3. Instanz vorläufig schon nach der neuen Regelung ausbezahlt werden.

Dr. H.

Beratung in Röntgenangelegenheiten

Im Einvernehmen mit dem Röntgenausschuß hat der Vorstand der KV-Landesstelle beschlossen, eine Beratungsstunde für Röntgenangelegenheiten im Haus der Ärzte, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, einzurichten.

Diese Beratungsstunde findet an jedem 1. und 3. Mittwoch im Monat von 14.30—15.30 statt.

Die Beratungsstunde soll die Möglichkeit geben, alle Fragen zu erörtern, die mit der beabsichtigten Anschaffung von Röntgeneinrichtungen und mit der Ausübung der röntgenologischen Tätigkeit im kassenärztlichen Dienst zusammenhängen.

Auf diese Gelegenheit wird besonders hingewiesen.

45jährige Erfahrung in der Herstellung weltbekannter Enzymfabrikate gewährleistet auch für

OKIZYM magenwirksam

OKIPAN magen-darmwirksam

PANCRAZYM N darmwirksam

zuverlässige, hohe Wirksamkeit, erfolgssichere und wirtschaftliche Therapie bei Verdauungsstörungen.

OKIZYM: O. P. mit 40 Tabl. DM 2.80

OKIPAN: O. P. mit 40 Tabl. DM 2.80

PANCRAZYM N: O. P. mit 40 Tabl. DM 2.45



ROHM & HAAS GMBH · DARMSTADT

KV unterrichtet Sprechstundenhelferinnen und Arztfrauen

Wiederholt vorgebrachten Anregungen entsprechend hat die KV-Landesstelle Württemberg in Stuttgart schon einigemal außer den durch die Zulassungsordnung für Ärzte vorgeschriebenen Einführungslehrgängen Kurzlehrgänge veranstaltet, die dazu dienen sollten, die nächste Mitarbeiterin des Kassenarztes mit den für die Kassenpraxis geltenden besonderen Bestimmungen vertraut zu machen. Der letzte Kurzlehrgang dieser Art fand am 18. Juli d. J. im Haus der Ärzte in Stuttgart-Degerloch statt. Für den im Herbst 1953 geplanten weiteren Lehrgang liegen bereits etwa 80 Meldungen vor, die bei dem Juli-Lehrgang nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

Über den Lehrgang am 18. Juli d. J. hat uns freundlicherweise eine Arztfrau einen kurzen Bericht zur Verfügung gestellt, der nachstehend abgedruckt ist. Ihm schließen sich einige Bemerkungen aus dem Schreiben einer Sprechstundenhelferin an, die sich ebenfalls sehr positiv über den Lehrgang geäußert hat.

Am 18. Juli fand im Ärztehaus in Stuttgart der eintägige Kurs für Sprechstundenhelferinnen und Arztfrauen statt. Von den zahlreich erschienenen Teilnehmerinnen betrat man sicher manche zum erstenmal die heiligen Hallen und im Laufe des Tages zeigten die vielen Fragen und die rege Beteiligung, wie nötig dieser Kurs war.

Mit einer liebenswürdigen Ansprache eröffnete Herr Dr. Benz die Reihe der Vorträge und erklärte uns den Aufbau und den Zweck der KV, die uns bisher ein etwas mißtrauisch betrachtetes Buch mit sieben Siegeln war. Es folgten dann die sachlichen und für uns so wichtigen Erläuterungen zur Gebührenordnung. Dieser mühevollen Aufgabe hat sich mit großer Geduld und bestem Einfühlungsvermögen Herr Dr. Ulbrich unterzogen. Von unzähligen Fragen immer wieder unterbrochen, führte er uns durch das Gestrüpp der vier Gebührenordnungen und konnte zeigen, welche Mühe es für den Präfarzt bedeutet, unleserliche Schriften zu deuten, falsch angewandte Gebührenschriften zu berichtigen und dabei doch den Forderungen des Arztes gerecht zu werden. Bei diesem Referat hat wohl jede Teilnehmerin ihre Fehler entdeckt und sich Besserung gelobt. Bei einem sehr guten Mittagessen konnten wir uns dann erholen und der anschließende Kaffee war eine besondere Wohltat. Fast wäre die sachliche Tagung dabei in ein gemütliches Kränzchen umgeschlagen! Die unerbittliche Glocke — von Herrn Dr. Benz heftig und häufig geschwungen — rief auch diesmal wieder zur Ordnung und Herr Dr. Knospe begann seine Ausführungen über das Thema: „Die Sprechstundenhelferin als Mitarbeiterin des Arztes“. Er ermahnte uns zu gewissenhafter Berufsauffassung. Die unbedingte Schweigepflicht fand er uns weiblichen Zuhörern gegenüber besonders erwähnenswert, ferner unsere Aufgabe, dem Arzt verlängerter Arm, zweiter Kopf und besseres Gewissen zu sein. Die Zeit bis zum Eintreffen der Herren Verwaltungsrat Klöpfer (Landesverband OK) und Schottmüller (Landesgeschäftsführer Bamer EK) war für die Diskussion freigegeben. Der „schwierige Fall“ aus dem Welzheimer Wald und die „nicht ganz logischen“ Gebührenschriften machten die Stimmung reif zu einem Ansturm auf die Herren der Kasse. Diese erschienen aber mit so viel Humor und nachsichtigem Verstehen gewappnet, daß allen Angriffen die Spitze abgebrochen war. Beide Herren machten uns nun mit den Gedankengängen der Kassen bekannt und den Schwierigkeiten, mit denen auch sie zu kämpfen haben. Es wurde in bezug auf Rezeptur und Sprechstundenbedarf an die Sparsamkeit der Helferin appelliert, die im Interesse des Arztes hier manche unnötige Ausgabe vermeiden kann. Als Antwort auf unsere Einwände gegen die Ersatzkassen, deren Mitglieder immer wieder dem Arzt oder der Helferin erklären, auf der Kasse habe man gesagt: „Die Kasse zahlt alles!“ wurde von Herrn Stein angeregt, einen Handzettel drucken zu lassen zur Ausgabe an Patient und Arzt, in dem dieser Begriff „alles“ genau erläutert wird.

Leider ist durch den vorzeitigen Aufbruch verschiedener Teilnehmerinnen versäumt worden, unseren herzlichen Dank für den aufschlußreichen Kurs zum Ausdruck zu bringen. Dieser Dank sei hiermit nachgeholt! E. R., Ulm

Selbst den Damen, die meinten, firm im Abrechnungswesen zu sein, dürfte viel Neues geboten worden sein, um sich selbst die qualvolle Vierteljahresabrechnung zu erleichtern.

Wir alle arbeiten gerne an der Seite des Arztes und wissen nur zu gut, wie wichtig es ist, die Kassenabrechnung ordnungsgemäß und pünktlich abzugeben. Und trotzdem belastet sie uns alle drei Monate neu, handelt es sich doch fast ausschließlich um eine Schreibarbeit, die wir viel lieber Herren und Damen „hinter dem Schreibtisch“ überlassen würden. Doch glaube ich, jetzt berechnete Hoffnungen haben zu dürfen, daß es in Zukunft weit leichter fallen wird, der KV eine tadellose Abrechnung zu liefern. M. Sch. in O.

Es geht auch so

... oder so

Der Cantus hat mir Mut gemacht,
Den der Kollege .. eller sang.*)
Ich habe es mir gleich gedacht,
Daß Ihr Humor habt, Gott sei Dank.

So wage ich auch dieses Mal
Mich post terminum einzuschleichen —
Es lag nicht an der Scheine Zahl,
Doch schwierig sind die Ziffern, Zeichen ..

Die neue Preugo macht uns Pein!
Die alte hat man ausgebootet —
Sie war zu billig, doch der „Schein“
Trügt: Was nun mehr ist, wird gequodet,

Fallzahlbegrenzt, prüfungsgekürzt.
Der Tobak scheint uns nach wie vor
Sehr kräftig, der die Preugo würzt.
Doch staunt: der Kassenarzt schnupft's mit Humor!
Dr. K. in Sch.

(Aus einem Brief an die Abrechnungsstelle der KV.)

*) Siehe Heft 6/1953, S. 128.

Goldenes Doktorjubiläum des Kinderarztes Dr. med. David Bantlin, Eblingen

Vor 50 Jahren, am 18. August 1903, hat Herr Dr. Bantlin in Tübingen zum Doktor der Medizin promoviert.

Herr Dr. Bantlin ist am 14. Januar 1879 in Reutlingen geboren. Er studierte an den Universitäten Tübingen, Leipzig und Berlin, bestand 1903 in Tübingen das Staatsexamen und promovierte im gleichen Jahre.

Nach dem Staatsexamen war er als Assistenzarzt im Krankenhaus Stuttgart-Bad Cannstatt und der Hebammenschule Stuttgart tätig und ließ sich 1906 als praktischer Arzt in Winnenden nieder.

Seiner Liebe für die Kinderheilkunde wegen gab er 1911 seine Praxis auf und ging an die Univ.-Kinderklinik nach Gießen und war von 1913 bis 1922 auf der Kinderabteilung des Nordsee-Sanat. Wyk auf Föhr. Im Jahre 1922 ließ er sich in Eblingen als Kinderarzt nieder und übt seit nun über 30 Jahren dort eine ausgedehnte Kinderpraxis aus. Jahrelang war er der einzige Kinderarzt dieses großen Bezirks. Seine Geduld, seine Ruhe und seine Freundlichkeit brachten es mit sich, daß Herr Dr. Bantlin von den kranken Kindern nicht als gefürchteter Arzt, sondern als väterlicher Freund angesehen wurde, dem sie sich gern anvertrauten. In vielen Familien hat er die Kinder in mehreren Generationen behandelt.

Während des Dritten Reiches stellte er sich der heranwachsenden Jugend als Arzt der Segelflugbauschule zur Verfügung und hat von 1939 bis 1944 im Res. Lazarett Eblingen am zweiten Weltkrieg teilgenommen.

Möge ihm ein sonniger Lebensabend beschieden sein.

50jähriges Doktorjubiläum

Am 21. August 1953 feiert Herr Dr. Ludwig Bauer aus Hemmingen, Kreis Leonberg, sein 50jähriges Doktorjubiläum. Der am 8. April 1879 in Pfalzgrafenweiler geborene Jubilar studierte in Tübingen, München und Berlin, legte 1902/03 in Tübingen das medizinische Staatsexamen ab und promovierte dort auch 1903 zum Dr. med. Seine weitere ärztliche Ausbildung erhielt er in der Diakonissenanstalt in Mannheim, dem Paulinenspital und der Hebammenschule in Stuttgart. Von 1906 bis 1933 war Herr Dr. Bauer in Eningen,

Kreis Reutlingen, als Arzt tätig und übt jetzt seit 1933 in Hemmingen, Kreis Leonberg, seine ärztliche Praxis aus.

Wir gratulieren Herrn Dr. Bauer herzlich und wünschen, daß ihm noch viele Jahre seine geistige und körperliche Rüstigkeit und Frische erhalten bleiben mögen.

50. Doktor-Jubiläum

Herr Obermedizinalrat i. R. Dr. med. Rudolf Schütz, Ulm/Donau, begeht am 21. August 1953 sein 50. Doktor-Jubiläum. Herr Kollege Schütz ist am 4. September 1877 in Rottweil geboren und hat nach dem Besuch der Gymnasien in Rottweil und Stuttgart in Tübingen und Kiel studiert. Nach vierjähriger Assistententätigkeit in Heilbronn, Höchst/Odenwald und Heidelberg war er mit Unterbrechung durch Truppenarzt-tätigkeit im 1. Weltkrieg von 1907 bis 1920 leitender Arzt der Heilstätte Charlottenhöhe. Am 1. Mai 1920 wurde der Jubilar in Ulm Stadt- und Schularzt und hatte dabei auch die Leitung der Tuberkulose-Fürsorgestelle Ulm inne. Zugleich war er Vertrauensfacharzt der LVA Württemberg. In all den Jah-

ren hat er sich einen großen Kreis von Freunden und Patienten geschaffen. Unsere herzlichsten Wünsche gelten dem hochgeschätzten Kollegen zu seinem Jubiläum.

75. Geburtstag

Am 30. August 1953 kann Herr Dr. Otto Kern, Göppingen, seinen 75. Geburtstag feiern.
Wir gratulieren dem Jubilar herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

Dr. med. Prass, Erwin, Ludwigsburg
geb. am 25. 11. 1904 — gest. am 6. 8. 1953
Dr. med. Höchel, Gerhard, Murrhardt
geb. am 20. 1. 1915 — gest. am 5. 8. 1953

ÄRZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammern Nord-Württemberg und Württemberg-Hohenzollern

(Siehe Bekanntmachungsteil der Ärztekammer
Nord-Württemberg E. V., Seite 179)

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste über die in den Monaten Juni und Juli 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Württemberg-Hohenzollern

Bauer, Freudenstadt, 20; Haushalter, Schwenningen, 10; Just, Enzklösterle, 5; Martin, Renate, Meckenbeuren, 10; Müller, Gustav, Wangen i. Allg. 10; Schempp, Reutlingen, 10 DM. Zusammen: 65 DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart O, Reitzensteinstraße 38. Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokasse 313 bei der Württ. Landesparkasse Stuttgart.

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

Geschäftsstelle: Mannheim, Renzstr. 11 · Telefon 4 28 24 · Vorsitzender: Dr. med. O. Rist, Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

Zum 60. Geburtstag des 1. Vorsitzenden der Ärztekammer Nordbaden, Kollegen Alois Geiger, am 20. August 1953

Anfang Mai 1945 vegetierten in Karlsruhe 30 000 Einwohner. Verscheucht und hungrig schlich man sich durch die Straßen der Stadt. Die einen suchten ihr Hab und Gut zusammen, die anderen bemühten sich zwischen den Trümmern um Ansätze für den Aufbau einer neuen Existenz. In jenen Tagen depressivster Atmosphäre fühlte sich ein in Karlsruhe frei praktizierender Arzt, der bis dahin nie an die Öffentlichkeit trat, ja sogar während des 3. Reiches in Ungnade war, berufen und verpflichtet, in eigener Initiative ohne jedes Ressentiment das Schicksal der Ärzte Nordbadens in die Hand zu nehmen. Das war unser Kollege Geiger.

Ausgehend von kleinen Ärzteversammlungen, die in jener unglücklichen Zeit in dem Ambulanzzimmer eines Krankenhauses mit erlangter Genehmigung der französischen Besatzungsmacht abgehalten wurden, baute er Schritt um Schritt auf demokratischer Grundlage die zerschlagene ärztliche Standesorganisation wieder auf, so daß sie heute als Körperschaft des öffentlichen Rechts fest gefügt und mit gutem Ansehen dasteht. Bei all seinen Bemühungen waren ihm die Wahrung der Einheit in unserem Stand und die Wiederherstellung einer Altersversorgung vornehmste Aufgaben.

Als sein engster Mitarbeiter weiß vielleicht nur ich allein, welch ein Aufwand an seelischer Kraft und Zeit, aber auch welches Ausmaß an Energie und Zähigkeit dazu gehört haben, welche Belange der Ärzte in den schwierigen Zeiten des Wieder-

aufbaues gegen äußere und innere Widerstände so weit zu fördern, daß wir heute frohen Mutes in die Zukunft sehen können. Deshalb darf uns sein 60. Geburtstag eine rechte Gelegenheit bieten, Herrn Kollegen Geiger unser aller Dank für all das auszusprechen, was er bisher in wirklich selbstopfernder Weise getan hat. Wir sind gewiß, daß seine lebendige Persönlichkeit, sein ideenreicher Geist und nicht zuletzt sein konzilientes, ausgleichendes und hilfsbereites Wesen eine Gewähr dafür bieten, daß sich das Geschick unserer Organisation auch weiterhin günstig gestaltet. Mit diesem Vertrauen verbinden wir unsere besten Wünsche für seine Gesundheit und für sein ferneres Wirken als Arzt und Kollege.

Dr. med. O. Rist

Ausschreibung von Kassenarztstellen

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

Praktischer Arzt in Karlsruhe (Siedlung Grünwinkel)
Facharzt für Chirurgie in Bretten.

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

Voraussetzung ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit gemäß § 15 der Zulassungsordnung.

Die Bewerbungen um obige Kassenarztstellen sind innerhalb von vier Wochen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens jedoch bis zum 20. September 1953) bei der Geschäftsstelle der Beauftragten der Vertragsparteien, Karlsruhe, Douglasstr. 9, einzureichen. Den Bewerbungen sind folgende erforderlichen Unterlagen (beglaubigte Abschriften) beizufügen:

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. gegebenenfalls Facharztanerkennung
4. Heiratsurkunde
5. Nachweis der Kinderzahl
6. Lebenslauf mit Unterschrift und Datum
7. Nachweise (Zeugnisse über die seit dem Staatsexamen ausgeübte ärztliche Tätigkeit)
8. Nachweis über bisher ausgeübte kassenärztliche Tätigkeit
9. Bescheinigung über die Eintragung im Arztregister Nordbaden

10. polizeiliches Führungszeugnis (das Ausstellungsdatum darf nicht vor dem 1. Juni 1953 liegen)
11. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder gewesen ist (mit Datum der Bewerbung)
12. eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Für die Bearbeitung der Bewerbung um eine jede der ausgedruckten Kassenarztstellen wird eine Gebühr von DM 10.— fällig, die bei der Einreichung der Bewerbung auf das Postscheckkonto Karlsruhe Nr. 221 90 der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Nordbaden, Mannheim, einzuzahlen oder bar zu entrichten ist.

Die Bewerbungsgebühr von DM 10.— ist auch dann fällig, wenn anlässlich einer früheren Bewerbung um eine Kassenarztstelle derselben Kategorie am gleichen Ort schon einmal eine Gebühr entrichtet wurde.

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Nordbaden

Karlsruhe, den 1. August 1953.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Villingen	für einen praktischen Arzt
Wies/Kreis Lörrach	für einen praktischen Arzt

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. September 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 ärztliche Tätigkeit, des

politischen 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 rauchgiftsüchtig ist oder es gewesen ist.

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

Landesärztekammer Baden
Kassenärztliche Vereinigung

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

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

7. Generalversammlung des Weltärztebundes in den Haag

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Die VII. Generalversammlung des Weltärztebundes findet in diesem Jahr vom 31. August bis 5. September 1953 in den Haag statt. Daran schließt sich die Arbeitstagung der „medical editors“ an. Während der Generalversammlung wird eine internationale Ausstellung von Arbeiten kunstschaffender Ärzte durchgeführt. Die deutsche Ärzteschaft wird bei der VII. Generalversammlung durch die Delegierten Prof. Dr. Neuffer und Dr. Bihl und durch die offiziellen Beobachter Dr. Schlöggel und Dr. Röken vertreten.

Vorher veranstaltet der Weltärztebund mit der Weltgesundheitsorganisation vom 22. bis 29. August 1953 die „First World Conference on Medical Education“. Namhafte Vertreter aus der ganzen Welt werden auf dieser Konferenz, die unter der Leitung von Sir Lionel Whitby steht, zu den Fragen des Medizinstu-

diums Stellung nehmen. Der deutschen Delegation zu dieser Konferenz gehören Prof. Dr. Neuffer, Stuttgart, Prof. Dr. Siegmund, Münster, Prof. Dr. Schulten, Köln, Prof. Dr. Bargmann, Kiel, Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, und Dr. Rodewald, Köln, an.

Noch einmal der Fall Pawlotzky

Nachdem die Veröffentlichungen der illustrierten Zeitschrift „Revue“ über die „Männer, die den Krebs besiegen“, bzw. „bekämpfen“, einige Aufregung unter Fachleuten und Laien verursacht hatten, rückt jetzt die Illustrierte „Das Ufer“ dem Erfinder des Carcin, Dr. Pawlotzky, in einer längeren Artikelserie heftig zu Leibe. Das Motiv, von dem sich die Illustrierte bei ihrer Veröffentlichung hat leiten lassen, dürfte aus einem Satz der Einleitung der Artikelserie hervorgehen, der lautete: „Wer wirkungslose Pillen gegen Krebs vertreibt, sät Tod. Er hindert die Menschen an rechtzeitiger Behandlung und treibt sie unrettbar ins Verderben.“

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. Eake, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenhühlerstr. 75-77. — Ausgabe August 1953
Abdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.