

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954

1 (1.1.1954)

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 1

STUTTGART, JANUAR 1954

9. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Der deutsche Kassenarzt im Wandel der Zeit von Reg. Dir. Otto Kissel	1
Zulassungsordnung für Ärzte	6
Sorgen der Schwesternschaften von Dr. Walther Scharpff	11
Giftschäden als Folge der Malkäferbekämpfung von Dr. A. Bosler	14
Zum Werdegang des praktischen Arztes von Dr. P. Schneller	14
Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft	15
Kurznachrichten	16
Buchbesprechungen	16
Bekanntmachungen	17
Landesbezirk Nord-Württemberg	18
Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern	20
Landesbezirk Südbaden	21
Abseits	22
Neue Arzneimittel	22

(Dieser Nummer liegt das Inhaltsverzeichnis für den Jahrgang 1953 bei)

Der deutsche Kassenarzt im Wandel der Zeit

— Das Recht der Zulassung zur Kassentätigkeit seit Bestehen der deutschen Sozialversicherung —

Zum Inkrafttreten der Verordnung des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg über die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen am 1. Januar 1954

Von Regierungsdirektor Otto Kissel, Abteilungsleiter im Arbeitsministerium Baden-Württemberg

In dem stattlichen Gebäude der deutschen Sozialversicherung, die nunmehr auf sieben Jahrzehnte ihres in den Grundzügen unerschütterten Bestehens zurückblicken kann, stellt innerhalb ihres zeitgebundenen soziologischen und rechtlichen Rahmens der Kassenarzt einen der wichtigsten Eckpfeiler dar. Wenn jetzt, wie Ministerialdirektor Eckert kürzlich in einem Rundfunkvortrag ausführte, die Zeit der letzten „Flurbereinigung“ vor der großen Reform der Sozialversicherung gekommen ist, so kann und soll diese Äußerung kein Werturteil über die Leistungen bedeuten, die auf diesem Sektor des deutschen Soziallebens seit Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 bis zur heutigen Stunde für die Erhaltung der Gesundheit und Schaffenskraft des deutschen Volkes vollbracht wurden.

Welch' weiter Schritt von der „Armenpraxis“, die von der sozialen Krankenversicherung mit ihrem in den Anfängen kaum 15 % der Bevölkerung erfassenden Versichertenkreis abgelöst wurde, zu der heutigen kassenärztlichen Versorgung, der annähernd 80% der Bevölkerung Gesundheit und Arbeitskraft anvertrauen! Rund 32 000 Kassenärzte, über 20 000 Zahnärzte und Dentisten, dazu über 3000 Krankenhäuser stehen heute für die ärztliche Betreuung zur Verfügung. Die Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben im Jahre 1952 ebenfalls eine Höhe erreicht wie nie zuvor: sie betragen 711 Millionen DM. Im gleichen Zeitraum wurden weiterhin aufgewendet: für Arzneien und Heilmittel 479 Millionen DM, für Krankenhausbehandlung 459 Millionen DM; insgesamt 1649 Millionen DM, fast 60 % der Gesamtausgaben.

Einige Zahlen sollen für Baden-Württemberg dieses Bild noch ergänzen. Am Stichtag der statistischen Erhebung, dem 31. Dezember 1952, gab es hier 10 121 zugelassene Ärzte, von denen 609 ihren Beruf nicht ausübten. Rund ein Drittel der zugelassenen Ärzte ist in Krankenhäusern tätig. 533 Ärzte sind bei öffentlichen Körperschaften sowie in Forschungsanstalten und in Privatbetrieben beschäftigt. Während im Jahre 1938 nur zwei Fachärzte auf 10 000 Einwohner entfielen, kamen im Jahre 1952 schon fast fünf Fachärzte auf die gleiche Einwohnerzahl. 17,8% aller zugelassenen Ärzte sind Frauen. Bei den weiblichen Fachärzten steht die Kinderärztin an erster Stelle, dann folgt die Internistin und erst zuletzt die Fachärztin für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

So leuchtet ein, daß die Stellung des Kassenarztes seit den ersten Jahren der Krankenversicherung vielfachen Wandlungen unterworfen war und daß das Verhältnis der Ärzte und Krankenkassen zueinander, wie es sich nicht allein in der Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen spiegelt, ein getreues Abbild der tiefgreifenden Wandlungen gibt, die im Gefüge der Krankenversicherung und der Sozialversicherung überhaupt durch deren natürliche Abhängigkeit von dem Auf und Ab der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung im Laufe von sieben Jahrzehnten eingetreten sind. Daß sich hierbei Spannungen, ja, offene Konflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen ergaben, deren Reflexe auch im Zulassungsrecht zu finden sind, ist nur natürlich und in der Polarität ihrer Stellung, wie sie sich aus der Praxis ihres Zusammenwirkens für die soziale Krankenversicherung ergibt, begründet. Dabei kann rückblickend erfreulicherweise festgestellt werden, daß es auf beiden Seiten wohl niemals an gutem Willen gefehlt hat, sondern daß eben die Zeitverhältnisse vielfach die Kräfte des selbstverantwortlichen Zueinanderfindens überstiegen, so daß der Dritte im Bunde, der Staat, vermittelnd eingreifen oder vorübergehend gar für sich selbst die entscheidende Rolle beanspruchen mußte.

Es darf bei einer historischen Darstellung des Rechts der Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen nicht verkannt werden, daß bei jeder materiell für ihn noch so günstigen Regelung der Arzt, hier also der Kassenarzt, als Angehöriger eines seinem innersten Wesen nach freien Berufes das größere moralische Opfer zu bringen hat: seine Aufgabe ist die menschlichste und privateste, die sich für einen Beruf überhaupt denken läßt — die Sorge für die Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit als Existenzgrundlage seiner Mitmenschen. In das bisherige unmittelbare Verhältnis des Arztes zum kranken Menschen schaltete sich nun bei Schaffung der Sozialversicherung die Krankenversicherung ein. Der Kassenpatient erhielt damit einen Anspruch auf ärztliche Versorgung nicht nur gegen den Kassenarzt auf Grund und im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Berufspflicht, sondern als Versicherter rechtlich in erster Linie gegen die Krankenkasse — der Kassenarzt erwarb durch die ärztliche Behandlung einen Anspruch auf die Honorierung seiner Leistungen nicht mehr gegen den Patienten, sondern wiederum nur gegenüber der Krankenkasse.

Das natürliche Bestreben von Arzt und Patient, ihre gegenseitigen Ansprüche im Rahmen des Notwendigen

und Zumutbaren zu halten, solange keine Krankenkasse für beide Partner als einziger Anspruchserfüller auftrat, mußte dadurch verständlicherweise eine wesentliche Abschwächung erfahren. Neben dem berechtigten Verlangen des Versicherten auf ausreichende und den Erkenntnissen der neuzeitlichen Heilkunde entsprechende ärztliche Behandlung werden nicht selten rechtswidrige Ansprüche wie Krankschreiben bei Arbeitsunlust usw. an den Arzt gestellt, deren pflichtgemäße Nichterfüllung diesen mit dem Risiko des Verlustes eines Kassenpatienten bedroht. Auch der Kassenarzt kann einer Versuchung unterliegen. Da er von der Krankenkasse mit seinem Einkommen abhängig ist und dieses in Beziehung zu dem Aufwand an ärztlicher Betreuung der Versicherten steht, ist auch hier die Möglichkeit einer ungerechtfertigten Belastung der Krankenversicherung zum Schaden der anderen Versicherten und Kassenärzte gegeben. Zur Ehre der deutschen Kassenärzteschaft darf gesagt werden, daß sie sich — von geringen Ausnahmen abgesehen — in der großen Mehrheit ihrer Pflichten gegen die Krankenversicherung bewußt geblieben ist. Auch bei den Versicherten ist die mißbräuchliche Inanspruchnahme der Krankenversicherung bislang keine Regel geworden, wenn auch die Zahl solcher Fälle und ihre Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen nicht unterschätzt werden dürfen, wie für die breite Öffentlichkeit zuletzt in den Verhandlungen des Deutschen Krankenkassentages im Oktober 1953 in Stuttgart zutage trat.

Die vorstehend skizzierten Gefahren des natürlichen Gleichlaufs der Interessen von Kassenpatienten und -ärzten werden durch den harten Existenzkampf innerhalb des überbesetzten ärztlichen Berufes unlegbar verschärft. Die Beschränkung der Zahl der Kassenärzte im Verhältnis zur Zahl der Versicherten — das heißt die Zulassung zu bzw. die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung — hat sich, wie die Erfahrung beweist, als das wohl brauchbarste und hinsichtlich aller beteiligten Interessen gerechteste Verfahren herausgestellt, um aus dem Dilemma der subjektiven Abhängigkeit des einzelnen Kassenarztes vom Kassenpatienten herauszuführen und der ärztlichen Berufsausübung wieder die nötige innere Unabhängigkeit und das moralische Fundament zu geben. Das Bestreben der Krankenkassen, durch die Mitwirkung bei der kassenärztlichen Zulassung bzw. Beteiligung eine Auswahl der Ärzte nach ihrer Vertrauenswürdigkeit für die Mitarbeit in der Sozialversicherung zu treffen und sich zugleich einen vertraglichen Einfluß auf die Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit zu sichern, muß in diesem Zusammenhang als berechtigt und im Sinne einer geordneten Krankenversorgung liegend anerkannt werden. Die Befürworter einer Aufhebung aller Schranken der Zulassung zur Kassenpraxis mögen — vor allem, soweit sie selbst zur Ärzteschaft gehören — sich darüber klar werden, welche Folgen sich bei der von ihnen angestrebten „freien“ Kassentätigkeit in medizinischer, honorarmäßiger und standesmoralischer Hinsicht im Laufe der Zeit herausbilden dürften, ohne daß damit die pflichtgetreue Haltung des überwiegenden Teiles der deutschen Ärzte und Kassenärzte im geringsten in Zweifel gezogen werden soll.

Als die soziale Krankenversicherung durch Gesetz errichtet wurde, wurden noch keine materiellrechtlichen Regelungen für die Beziehungen zwischen Ärzten und

Krankenkassen getroffen. Die Reichsversicherungsordnung bestimmte lediglich in dem § 368 alter Fassung: „Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt; die Bezahlung anderer Ärzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.“ Danach war es Sache vornehmlich der Krankenkassen, die ihnen obliegende Beschaffung und Sicherstellung ärztlicher Leistungen für ihre Versicherten in eigene Regie zu nehmen. Der Kassenarzt wurde also damals von der Krankenkasse durch schriftlichen privatrechtlichen Vertrag angestellt und unterstand den allgemeinen Vorschriften des bürgerlichen und privaten Rechts, konnte demnach auch nach dessen Bestimmungen gekündigt werden. Bei Anstellung und Ausübung des Berufes waren die Kassenärzte entscheidend an die Gunst oder Mißgunst des Kassenvorstandes gebunden, der ihnen auch Weisungen hinsichtlich Festsetzung von Sprechstunden, Verschreibung von Arzneien und Heilmitteln erteilen durfte. Da weder für die Ärzte noch für die Krankenkassen ein Kontrahierungszwang bestand, herrschte völlige Freiheit, ob und mit wem einer der beiden Partner in Vertragsbeziehungen treten wollte. Eine Einigung der Parteien über den Vertragsinhalt war allerdings unerläßlich und konnte nicht durch behördliches Eingreifen — etwa nach Art einer Zwangsschlichtung — ersetzt werden; im anderen Falle kam ein Vertrag und damit die kassenärztliche Zulassung des Interessenten nicht zustande. Das Honorar bestand meistens in einem Fixum.

Die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 legte ausdrücklich die Befugnis, Zahl und Person der Kassenärzte zu bestimmen, in das alleinige Ermessen der Krankenkassen. Es nimmt nicht wunder, daß sich schließlich Verhältnisse herausbildeten, die zu einer ernstesten Gefahr für die innere Berufsfreiheit und das Ansehen des ärztlichen Standes werden konnten und nach grundsätzlicher Abhilfe verlangten. Da trat in Leipzig der Arzt Dr. Hartmann auf den Plan und sein im Jahre 1900 gegründeter „Verband der Ärzte Deutschlands“ zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen (Hartmannbund) fand bald einhellige Zustimmung der Ärzteschaft für seine Forderungen nach Unabhängigkeit des einzelnen Arztes von einer Kasse und nach freier Arztwahl für den Patienten, die in der Ersetzung der Einzeldienstverträge durch Kollektivverträge gipfelten. Auf dem Höhepunkt der Krise, in die damals die Kassenarztregelung hineingeraten war — wozu die stetig fortschreitende Zunahme des Kreises der Versicherungspflichtigen nicht zuletzt beigetragen hatte —, und da sogar ein allgemeiner deutscher Ärztestreik angesichts der inneren Spannungsmomente unvermeidbar erschien, bedeutete das unter dem Vorsitz von Staatssekretär Dr. Delbrück am 23. Dezember 1913 geschlossene „Berliner Abkommen“ nicht nur einen moralischen Erfolg für die Sache der Kassenärzte, sondern brachte, trotzdem es selbst noch völlig in privatrechtlichen Vorstellungen und Normen wurzelte, die große Wende vom privaten Kassenarztrecht zum heutigen öffentlich-rechtlichen Kassenarztrecht.

Der im Berliner Abkommen verordnete „Registerausschuß“ ist der legitime Vorläufer des heutigen Zulassungsausschusses. Wenn der ausgewählte („zugelassene“) Arzt auch weiterhin einen Einzelvertrag mit der Kasse abschloß, so waren doch in der hierzu erforderlichen

Zustimmung eines Vertragsausschusses und in dem gegebenenfalls einen Kassenvertrag mit verbindlicher Wirkung festsetzenden Schiedsamt alle Elemente einer kollektiven Regelung ähnlich denen des gewerblichen Arbeitsrechts enthalten. Um die Durchführung des Berliner Abkommens zu sichern, wurde als Selbstverwaltungsorgan der Ärzte und Krankenkassen, von beiden paritätisch besetzt, der „Zentralausschuß der Spitzenverbände“ eingerichtet, der zum Vorläufer des späteren „Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen“ wurde.

Im Berliner Abkommen finden wir noch vorwiegend Verfahrensrecht, wobei „die Parteien“ (Ärzte und Krankenkassen) sich gegenseitig verpflichteten, die Maßnahmen bestimmter paritätisch besetzter Organe anzuerkennen, in denen wir Vorläufer von Instanzen und Gremien heutiger Regelungen der Kassenzulassung zu entdecken vermögen. Auch andere vertraute Begriffe fanden frühzeitig im Berliner Abkommen ihre Verankerung, wenn sie sich auch mit den gleichlautenden der Zulassungsregelungen unserer Zeit nicht immer inhaltlich decken. So betrug die Verhältniszahl 1350 Versicherte auf einen Kassenarzt; bei Familienbehandlung, falls diese eine Kasse damals als freiwillige Leistung eingeführt hatte, 1000 Versicherte (aus eigener Versicherung). Auch ein „Arztregister“, das beim zuständigen Versicherungsamt geführt wurde, wurde damals eingerichtet, und jeder ärztliche Interessent für eine Kassenpraxis mußte sich darin eintragen lassen, ehe er durch den „Registerrausschuß“, in dem Ärzte und Krankenkassen paritätisch vertreten waren, „zugelassen“ werden konnte. Auf zehn Jahre war die Geltungsdauer des Berliner Abkommens festgesetzt worden. Aber schon, ehe es im Jahre 1923 ablief, war die Notwendigkeit einer Fortbildung und Neufassung seiner grundsätzlichen Bestimmungen, soweit sie sich bewährt hatten, ersichtlich geworden. Sein Verdienst an der Fortentwicklung des Zulassungsrechts wird auch nicht geschmälert, wenn wir feststellen müssen, daß es nicht überall durchgeführt wurde und die Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht ein für allemal verhindern konnte — wurde doch die Zulassung noch für jede einzelne Kasse, und nicht für die Gesamtheit der Kassen erteilt. Auch ein ordentlicher Rechtszug (gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse Anrufung des Schiedsamts beim Oberversicherungsamt, gegen die Entscheidungen der Schiedsämter Anrufung des Reichsschiedsamts) war vorgesehen.

Es verdient festgehalten zu werden, daß es sich bei dem Berliner Abkommen nicht um einen Akt der staatlichen Gesetzgebung handelte, sondern um eine Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Ärzte und der Krankenkassen, wenn auch die Regierung wesentliche Hilfestellung beim Abschluß des Abkommens leistete, dessen eigentlicher Träger die Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Vertragsschließenden war und blieb. In ihrer Hand lag nach wie vor die Verantwortung für ein bestimmtes, jeweils zur Anwendung kommendes Arztsystem — unbeschränkt freie Zulassung, organisiert freie Zulassung, beschränkte Zulassung oder Zulassung im Einzelfall — und ebenfalls galt diese Freiheit hinsichtlich des Honorarsystems: Bezahlung nach Einzelleistung, Kopfpauschale, Fallpauschale, Begrenzung. Daran änderte sich auch

nichts, als am 1. Januar 1914 — vor nunmehr 40 Jahren — die Reichsversicherungsordnung in Kraft trat, hatte es doch der Gesetzgeber nach überaus gründlichen Vorarbeiten der Regierung, nach nicht weniger gründlichen Debatten im Reichsrat und mehrjährigen Beratungen in den Reichstagsausschüssen bewußt unterlassen, sich für ein bestimmtes Arzt- und Honorarsystem zu entscheiden, um den differenzierten örtlichen oder bezirklichen Notwendigkeiten nicht Gewalt anzutun.

Das Berliner Abkommen stabilisierte lediglich die Zulassungs- und Honorarverhältnisse, wie sie am 23. Dezember 1913 zwischen den Parteien bestanden, die von nun an nur in gegenseitigem Einvernehmen einen Wechsel vornehmen konnten. Im übrigen hatte der Versicherte die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten (§ 369 RVO), während die Oberversicherungsämter darauf zu achten hatten, daß die Krankenkassen die zur notwendigen ärztlichen Behandlung erforderlichen Ärzte zuließen (§ 372 RVO). Außerhalb dieser zwingenden Bestimmungen war den Abkommenspartnern freie Hand gelassen. Vereinbarung und freie Initiative der die ärztliche Versorgung tragenden und durchführenden Parteien, die den Grundsätzen des Berliner Abkommens zu praktischer Brauchbarkeit verhalten, sind seitdem als die entscheidenden Elemente des neuzeitlichen Arztrechts in der Sozialversicherung — von den Jahren 1933 bis 1945 abgesehen — anerkannt und aus seiner fortschrittlichen Entwicklung nicht mehr fortzudenken.

Wohl zeigten sich, wie bereits angedeutet, Schwierigkeiten und offenbare Mängel bei der Durchführung des Berliner Abkommens. Aber der Ausbruch des 1. Weltkrieges führte — nicht zuletzt auch durch den Mangel an Kassenärzten in der Heimat — zu einem Burgfrieden zwischen Ärzten und Krankenkassen, der bis in das Jahr 1919 währte. Ein Umstand aber, der von keinem der beiden zu vertreten war, verschärfte seitdem ihre Beziehungen. Es war die Inflation, die in immer wachsendem Tempo die Kassenbeiträge und die Arzthonorare bis auf den Nullpunkt entwertete. Staatssekretär Sauerborn hat in seinen grundlegenden Ausführungen zu dem Gesetzentwurf über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen in der gemeinsamen Sitzung der Bundestagsausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens im Februar 1953 an diese Zeit erinnert, als täglich fünfzehn Güterzüge mit neuen Geldscheinen die Wirtschaft versorgten. Unter diesen Umständen war es begreiflich und auch in Ansehung des Grundsatzes der Selbstverwaltung gerechtfertigt, daß die Reichsregierung durch Notverordnung vom 30. Oktober 1923 eingriff und die freien Vereinbarungen des Berliner Abkommens mit gesetzlicher Kraft ausstattete, nicht ohne noch eine Reihe weiterer Fragen materiellrechtlicher Natur gesetzlich zu ordnen.

An die Stelle des „Zentralausschusses der Spitzenverbände“ der Ärzte und Krankenkassen trat nun — paritätisch mit je fünf Vertretern besetzt — der „Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen“, der noch durch drei unparteiische Mitglieder, die vom Reichsarbeitsminister ernannt wurden, Verstärkung erhielt. Als einer, der von Anfang an jede Sitzung — zuerst als Schriftführer und dann als unparteiisches Mitglied — mitgemacht hat, stellt Staatssekretär Sauerborn dem

Reichsausschuß das Zeugnis aus, daß er „außerordentlich verdienstvolle Arbeit geleistet und ungeheuer viel fertiggebracht hat“. Hier sind besonders die Zulassungs- und Vertragsrichtlinien vom 14. November 1928 (RABL. 1928 IV 401) hervorzuheben. Die Zahl der Anregungen und Vermittlungsvorschläge, die der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen zugute kamen, ist Legion. Vom 14. November 1928 datiert also das erste formelle und materielle Zulassungsrecht: die Zulassung erhielt als öffentlich-rechtlicher Verwaltungsakt bindende Wirkung für Ärzte und Krankenkassen.

Fünf Jahre waren erforderlich, um dieses Ergebnis zu erzielen. Die oben erwähnte Verordnung vom 30. Oktober 1923 beseitigte keineswegs mit einem Schlage alle Spannungen zwischen den für die Krankenversorgung zuständigen Partnern, die hauptsächlich in der totalen Geldentwertung ihre Wurzel hatten. Die Mitglieder der Heilberufe erhielten praktisch überhaupt keinen Lohn für ihre Leistungen. Auch die Schaffung der Festmark im November 1923 konnte den Anfang Dezember 1923 ausbrechenden Arztstreik nicht verhindern. Staatssekretär Sauerborn, der gerade zu diesem Zeitpunkt das Referat Krankenversicherung im Reichsarbeitsministerium übernahm, hat diese Verhältnisse in jener gemeinsamen Sitzung der Bundestagsausschüsse sehr anschaulich geschildert. Die Beilegung des Streiks erfolgte damals nach vierwöchiger Dauer, indem am 4. Januar 1924 in einer bewegten Sitzung das Reichsarbeitsministerium die Parteien darauf hinwies, daß — nachdem die Bestimmungen des inzwischen Gesetz gewordenen Berliner Abkommens nicht mehr als Grundlage der Zusammenarbeit anerkannt würden — nach einer in den Anlagen des Abkommens enthaltenen, von den Parteien verbindlich vereinbarten Verpflichtung diese zu den alten Bedingungen weiterzuarbeiten hätten, bis eine neue Regelung durch Vereinbarung, durch Schlichtungsverhandlungen oder durch eine Entscheidung beim Reichsschiedsamt für beide verbindlich zustande gekommen sei.

Noch einmal wurde die am 4. Januar 1924 erneut besiegelte Arbeitsgemeinschaft der Ärzte und Krankenkassen, die einen vernünftigen Ausgleich trotz Wahrung der grundsätzlichen Standpunkte und Auffassungen auf beiden Seiten heranreifen ließ, von außen durch die im Jahre 1929 einsetzende Weltwirtschaftskrise erheblichen Belastungen ausgesetzt. Mit allen Mitteln mußte versucht werden, angesichts der Millionen von Arbeitslosen, die Kosten der Krankenversicherung zu senken. Von der Ärzteschaft heftig bekämpft, wurden durch Notverordnung vom 26. Juli 1930 eine Krankenscheingebühr und eine Arzneikostengebühr von je 50 Pfennigen und außerdem die drei Wartetage (Karenztage) für den Beginn der Krankengeldzahlung eingeführt. Durch die gleiche Verordnung wurde auch die Einrichtung der von den Krankenkassen anzustellenden Vertrauensärzte geschaffen, die erforderlichenfalls den Zustand des Versicherten nachzuprüfen und vor allem die Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen hatten. Schließlich und endlich waren die Oberversicherungsämter eingeschaltet worden, um unangemessene Unterschreitungen der im Berliner Abkommen festgelegten Verhältniszahl von 1000 Versicherten nach obligatorisch eingeführter Familienhilfe zu verhindern, indem freiwerdende Kassenarztstellen nicht mehr oder nur jede dritte besetzt werden sollten.

In dieser Zeit der Notverordnungen, die auch von der Ärzteschaft außerordentliche Opfer forderte, was verständlicherweise nicht ohne Reibungen mit den Krankenkassen abging, trug sich der damalige Reichsarbeitsminister Stegerwald allen Ernstes mit dem Gedanken, das System der festangestellten Ärzte in der Krankenversicherung einzuführen. So fatalistisch beurteilte er die Aussichten einer Einigung. Der Kölner Ärztetag 1931 ebnete den Weg zu einer Entspannung des Verhältnisses Ärzte-Krankenkassen, die dann über anderthalb Jahrzehnte durch ein damals in Köln vom Vorstand des Ärztetages ausgearbeitetes System, das in vier Monate während intensiven Verhandlungen zwischen den beiden Ärzteverbänden und allen fünf Krankenkassenverbänden unterschriftsreif gemacht wurde, ihre Beziehungen „normalisierten“. Dieses unschätzbare Verdienst bleibt dem „Kölner System“, wenn auch die Inkraftsetzung seiner von beiden Seiten erarbeiteten Grundsätze durch Notverordnung erfolgen mußte, da wohl die gesamte Ärzteschaft sich für das Abkommen entschied und auch Hauptverband wie Gesamtverband der Ortskrankenkassen sich hinter das Einigungswerk stellte, die Verbände der Betriebs-, Land- und Innungskrankenkassen aber die Unterschrift ihrer Vertreter nicht billigten.

Das Ende des Jahres 1931 brachte gleich zwei für die künftige Entwicklung des Kassenarztrechts bedeutsame Verordnungen. Die Notverordnung vom 8. Dezember 1931 schuf die grundlegenden Rahmenbestimmungen. Erstmals werden hier die Kassenärztlichen Vereinigungen auf bezirklicher Basis als Träger der Rechtsbeziehungen sowohl zu den Kassenärzten wie auch zu den Krankenkassen erwähnt. Zugleich erhielt der Reichsarbeitsminister die Ermächtigung, anstelle des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen, falls dieser keine Beschlüsse zustande brächte, die Regelung im Verordnungswege selbst zu treffen. Auf diesem Wege traten dann auch die „Kölner Beschlüsse“ als Vertrags- und Zulassungsordnung am 30. Dezember 1931 in Kraft. (Reichsanzeiger 1931 Nr. 303; RGBl. I 1932,2). Die materielle, inhaltliche Gestaltung aber entsprach den Vereinbarungen nach dem Kölner Ärztetag und führte zu einer unwälzenden Bereinigung fast aller Probleme und Streitfragen, die bisher teils Ärzte und Krankenkassen jeweils für sich, teils diese miteinander beschäftigt hatten.

Die bedeutsamste Allgemeinvereinbarung war die Festlegung des Kopfpauschales unter Aufgabe aller anderen sonst gebräuchlichen Honorierungssysteme, z. B. der Bezahlung nach Einzelleistungen mit oder ohne Begrenzung oder des Fallpauschales. Das bedeutet also, daß die Krankenkassen für jeden Versicherten einen bestimmten Betrag pro Jahr an die Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Rücksicht auf Morbidität oder Fallhäufigkeit abzuführen hatten, und diese verteilten die Gesamtsumme wieder an ihre Mitglieder — aber nicht als Pauschale, sondern nach Einzelleistungen. Beide Parteien hatten durch dieses Honorarsystem gewonnen: die Krankenkassen konnten mit einem festen Betrag in ihrem Etat rechnen, was ihre Finanzgebarung wesentlich erleichterte und Dispositionen auf längere Sicht gestattete; die Ärzte wiederum erhielten, dem Charakter ihrer beruflichen Tätigkeit entsprechend, einen individuellen Anteil nach dem von ihm erarbeiteten Punktwert aus der ärztlichen Gesamteinnahme. Dadurch

wurde gleichzeitig die Nachprüfung der ärztlichen Leistungen auf Vertretbarkeit im Einzelfall, die früher den Krankenkassen gesetzlich obgelegen hatte, in kollegiale sachverständige Hände gelegt, was sicher der ärztlichen Hilfe im Sinne ihrer Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit zugute kam, da ja jeder Verstoß hiergegen sich zugleich als ein Verstoß gegen die Kollegialität darstellte.

Durch die Einführung des Kopfpauschales war auch einer glücklichen Lösung des zweiten Hauptproblems vorgebaut, nämlich einer Neufestsetzung der Verhältniszahl, die infolge der großen Zahl nichtzugelassener altapprobierter Ärzte und Kriegsteilnehmer, die ebenfalls zum großen Teil überaltert waren, längst nicht mehr den praktischen Erfordernissen und Interessen entsprach. Da durch die Vereinbarung des Kopfpauschales die Krankenkassen von einer erhöhten Zulassung keine Erhöhung ihrer Ausgaben zu gewärtigen hatten, erklärten sie, an der Verhältniszahl nicht interessiert zu sein. Die Ärzteschaft selbst befand sich in einem Widerstreit zwischen der kollegialen Rücksicht auf die Nichtzugelassenen, vor allem den zum Teil schon recht bejahrten „Nachwuchs“, und der Wahrung eines angemessenen beruflichen Einkommens, das durch eine zu weitgehende Herabsetzung der Verhältniszahl gefährdet werden konnte. Das Reichsarbeitsministerium machte in diesem Dilemma einen Vorschlag, bei dem es im wesentlichen bis auf den heutigen Tag bleiben sollte: statt auf 1000 Versicherte, wie bisher, konnte nun auf 600 Versicherte ein Kassenarzt zugelassen werden. Gegenüber der Zulassungsordnung vom 14. November 1928 war nach der neuen Zulassungsordnung vom 30. Dezember 1931 noch wichtig, daß die Zulassung nicht mehr für die einzelne Kasse, sondern für den Bezirk des Arztregisters erfolgte. Dessen Führung ging von den Versicherungsämtern auf die Oberversicherungsämter über. Schließlich wurde eine Zulassung aller Ärzte, die am 1. Oktober 1931 bereits drei Jahre approbiert waren, spätestens bis zum 1. Januar 1934 angeordnet.

Die ärztliche Verschreibweise wurde einer Regulierung durch die Einführung des — in der Öffentlichkeit oft und gern mißverständenen — „Regelbetrags“, der zum erstenmal bei dem Ärztlichen Dienst der Allgemeinen Ortskrankenkassen Berlin erprobt worden war und nun übernommen wurde, unterzogen. Um die Krankschreibungen aus Gefälligkeit gegenüber den Kassenpatienten (was im beruflichen Wettbewerb der Ärzte schon vorkommen mag) nach Möglichkeit auszuschalten, wurde in § 19 der Vertragsordnung vom 30. Dezember 1931 bestimmt, daß die Befugnis zum Krankschreiben vom einzelnen Arzt auf eine Kommission überging, sobald der Krankenstand eine gewisse Höhe überstieg.

In diesem durch Kopfpauschale, niedere Verhältniszahl, Regelbetrag und Sicherungen gegen unberechtigte Krankschreibung von „neuralgischen“ Punkten weitgehend befreiten, durch beiderseitiges Verständnis ausgeglichenen Verhältnis, das faktisch und rechtlich zu einer Stärkung der Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen führte, entwickelten sich nun die Beziehungen zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen, bis das Jahr 1933 auch hier einen grundsätzlichen Wandel einleitete, dessen Darstellung einem weiteren Aufsatz vorbehalten sein soll, der die Entwicklung des Kassenarztrechts in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung Südwestdeutschlands bis in die Gegenwart aufzeigen wird. (Fortsetzung im Februarheft.)

Verordnung des Arbeitsministeriums über die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen

(Zulassungsordnung für Ärzte)

Vom 26. November 1953

Auf Grund des § 1 des Gesetzes über die Zulassung der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen in den Regierungsbezirken Nordwürttemberg, Nordbaden und Südbaden vom 20. Juli 1953 (Ges.Bl. für Baden-Württemberg S. 113) wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium für die genannten Regierungsbezirke verordnet:

Kapitel I

Allgemeines

§ 1

Im Sinne dieser Zulassungsordnung bedeuten die Bezeichnungen:

- a) **Krankenkassen:**
Die gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO), die Seerkrankenkasse (§ 476 RVO), die Kassenverbände (§ 406 RVO);
- b) **Ärzte:**
Die zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland befugten Personen;
- c) **Zulassung:**
Die Berechtigung und Verpflichtung des Zugelassenen gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten;
- d) **Kassenärzte:**
Ärzte, die rechtskräftig zugelassen sind;
- e) **Vertragsparteien:**
Die Kassenärztliche Vereinigung und die zuständigen Kassenverbände.

§ 2

- (1) Zur Ausübung der Kassenpraxis im Sinne des § 1 sind, von dringenden Fällen abgesehen, nur Kassenärzte berechtigt.
- (2) Die in kasseneigenen Einrichtungen tätigen Ärzte bedürfen für diese Tätigkeit keiner Zulassung.

Kapitel II

Arztregister

§ 3

- (1) Ein Arzt, der zugelassen werden will, muß in einem Arztregister des Landes Baden-Württemberg eingetragen sein.
- (2) Ein nicht zugelassener Arzt darf im Gebiet der deutschen Länder gleichzeitig in höchstens zwei Arztregistern, ein Kassenarzt nur in einem weiteren Arztregister eingetragen sein. Über jede Eintragung wird eine Bescheinigung ausgestellt.
- (3) Die Eintragung in das Arztregister erfolgt auf schriftlichen Antrag des Arztes. Der Antrag muß folgende Angaben enthalten:
 - a) die Personalien des Arztes, gegebenenfalls auch die seines Ehegatten und seiner Kinder;
 - b) den Tag der Bestallung (Approbation) oder der Erteilung der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs in Deutschland gemäß § 11 Reichsärzteordnung;
 - c) die Anschrift;
 - d) den Tag, an dem die Tätigkeit als Arzt aufgenommen wurde und die Art dieser Tätigkeit seit Beginn der Berufsausübung.
 In dem Antrag ist ferner anzugeben, wann die Kassenpraxis frühestens aufgenommen werden kann.
Dem Antrag sind beizufügen:
 - a) die Geburtsurkunde;

- b) der Nachweis der Bestallung (Approbation) als Arzt oder der Befugnis gemäß § 11 Reichsärzteordnung;
- c) Bescheinigung über die bisherige Tätigkeit als Arzt.

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

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

§ 4

(1) Das Arztregister wird für jeden Zulassungsbezirk von der für diesen Bezirk zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter Aufsicht der Behörde geführt, welche die nicht auf die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übergehenden Aufgaben der bisherigen Oberversicherungsämter übernimmt.

(2) Über Eintragungen (Neueintragungen, Änderungen oder Streichungen) entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung, bei der das Arztregister geführt wird. Auf Beschwerde entscheiden, vorbehaltlich des Rechtsweges vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, die Zulassungsinstanzen; die Beschwerde ist binnen eines Monats nach Zustellung oder Bekanntgabe der Entscheidung einzulegen.

§ 5

(1) Die Eintragung ist einem Arzt nur zu versagen, wenn er nicht zu den zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland befugten Personen gehört, sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet oder wenn ihm die Berufsausübung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen untersagt ist.

(2) Für Ärzte, denen eine Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung gemäß § 21 gestattet ist, gilt Abs. 1 entsprechend.

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

§ 6

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

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

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

§ 7

Im Arztregister ist der Zeitpunkt der Eintragung anzugeben. Als Zeitpunkt der Eintragung gilt der Tag des Eingangs des Antrages, sofern dabei die Voraussetzungen für die Eintragung nachgewiesen sind, andernfalls der Tag, an dem dieser Nachweis erbracht wird. Kann der Nachweis aus Gründen, die der Antragsteller nicht zu vertreten hat, nicht zugleich mit dem Eintragungsantrag erbracht werden, so gilt der Tag des Eingangs des Antrages als Zeitpunkt der Eintragung auch ohne diesen Nachweis, sofern er bis zur Zulassung nachgebracht wird. Der Zeitpunkt der Eintragung bestimmt die Reihenfolge im Arztregister.

§ 8

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

§ 9

- (1) Ein Arzt wird aus dem Arztregister gestrichen:
 1. wenn er die Streichung beantragt;

2. wenn er gestorben ist;
3. wenn er auf die Befugnis zur Berufsausübung in Deutschland verzichtet hat oder diese Befugnis zurückgenommen ist;
4. wenn die Voraussetzungen für seine Eintragung nach § 5 nicht oder nicht mehr gegeben sind;
5. wenn seine Zulassung gemäß § 23 Ziff. 2 oder 4 endet;
6. wenn ihm die Zulassung gemäß § 26 entzogen worden ist.

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

§ 10

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

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

Kapitel III Bewerbung

§ 11

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in ein Arztregister des Landes Baden-Württemberg eingetragene Arzt bewerben.

§ 12

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

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde;
2. Nachweis der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland;
3. Bescheinigung über die seit Erteilung der Befugnis ausgeübte berufliche Tätigkeit;
4. die Urkunde, durch die der Arzt als Facharzt anerkannt ist, wenn er sich um die Zulassung als Facharzt bewirbt;
5. die Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister;
6. ein polizeiliches Führungszeugnis;
7. eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung;
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

§ 13

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

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

Kapitel IV

Grundsätze für die Zulassung

§ 14

(1) Auf etwa 600 Kassenmitglieder soll ein Kassenarzt zugelassen werden.

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

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

(4) Das Arbeitsministerium kann die in Abs. 1 genannte Verhältniszahl nach Anhören der Ärztekammer und der zuständigen Vertragsparteien anderweitig festsetzen, wenn dies für die ausreichende Versorgung der Kassenmitglieder erforderlich ist.

§ 15

(1) Die Zulassungen erfolgen für die ausgeschriebenen Orte oder Ortsteile. Der zugelassene Kassenarzt soll, von besonders genehmigten Ausnahmen abgesehen, auch dort wohnen.

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

(3) In den Orten, in denen die Zahl der Fachärzte unter den Kassenärzten mehr als 25 v. H. aller Kassenärzte beträgt, sollen Fachärzte nur für nicht oder nicht ausreichend besetzte Fächer, im übrigen aber nur praktische Ärzte zugelassen werden. Dies gilt nicht, soweit besondere örtliche Verhältnisse eine Erhöhung des Fachärzteanteils erfordern.

(4) Bedingte Zulassungen sind unzulässig.

§ 16

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

(2) Auf die Vorbereitungszeit kann angerechnet werden:

1. bis zur Dauer von weiteren neun Monaten eine Tätigkeit als Vertreter oder Assistenzarzt bei Ärzten in der freien Praxis;
2. bis zur Dauer von insgesamt zwölf Monaten eine ärztliche Tätigkeit in einem Flüchtlingslager, in einem Kriegsgefangenenlager, als hauptamtlich tätiger Arzt in einem Gesundheitsamt und als hauptamtlich tätiger Arzt an einem ärztlich-wissenschaftlichen Institut oder im sozialärztlichen Dienst;
3. eine wehrmachtärztliche Tätigkeit
 - a) als Truppenarzt, als Arzt bei Sanitätskompanien, Feldlazaretten und Krankentransportabteilungen zur Hälfte, jedoch höchstens mit zwölf Monaten;
 - b) an Kriegslazaretten, Reservekriegslazaretten, Reserve-lazaretten und Kriegsgefangenenlazaretten in voller Höhe, jedoch höchstens mit 18 Monaten;
4. von der ärztlichen Tätigkeit nach Ziff. 1, 2 und 3 können insgesamt nicht mehr als 24 Monate, bei Schwerbeschädigten im Sinne des Schwerbeschädigtengesetzes vom 16. Juni 1953 (BGBl. I S. 389) und bei Heimkehrern (§ 7 b Abs. 2 des Heimkehrergesetzes in der Fassung des Zweiten Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Heimkehrergesetzes vom 17. August 1953 — BGBl. I S. 931) bis zu insgesamt 30 Monaten angerechnet werden.

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

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

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

(6) Der Kassenarzt ist verpflichtet, an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen veranstalteten Einführungslehrgang für die Kassenpraxis teilzunehmen, es sei denn, daß er vor 1945 bereits länger als zwei Jahre kassenärztliche Tätig-

keit ausgeübt hat. Sind seit der Teilnahme an einem Lehrgang bis zur Zulassung mehr als zwei Jahre verfloßen, so kann der Besuch eines weiteren Lehrganges verlangt werden, wenn der zugelassene Arzt inzwischen nicht insgesamt mindestens ein Jahr lang selbständig Kassenärzte vertreten hat.

§ 17

Von der Zulassung ausgeschlossen sind:

1. Ärzte, gegen deren Zulassung ein in ihrer Person liegender wichtiger Grund vorliegt, der sie wegen körperlicher, geistiger charakterlicher oder moralischer Unzulänglichkeit zum Kassenarzt ungeeignet macht;
2. Ärzte, die auch die Bestallung (Approbation) als Zahnärzte besitzen, solange sie als Zahnärzte zugelassen sind.

§ 18

(1) Ärzte, die in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses oder aus einer Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung ihrer Berufsorganisation regelmäßig Einnahmen von mindestens 560 DM monatlich beziehen, sind in der Regel nicht zuzulassen. Ihre Zulassung soll nur erfolgen, wenn sie trotz Vorhandenseins anderer Bewerber zur ausreichenden kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist oder das Beamten- oder Angestelltenverhältnis spätestens drei Monate nach rechtskräftiger Zulassung erlöschen wird. Die Summe von 560 DM erhöht sich bei Verheirateten Ärzten um 140 DM und für jedes Kind bis zum vollendeten 24. Lebensjahr — bei Töchtern längstens bis zu ihrer Verheiratung — um 70 DM.

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

§ 19

(1) Für die Auswahl unter den Bewerbern ist zunächst festzustellen, ob die Voraussetzungen gemäß §§ 11, 16 vorliegen. Bewerber, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, scheiden aus. Es ist ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich mitzuteilen, welche Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

(2) Die Auswahl erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Den Vorrang unter den Bewerbern haben in der Regel:
 - a) Bewerber, die durch das nationalsozialistische System aus rassistischen, religiösen oder politischen Gründen ihre Stelle verloren haben;
 - b) Schwerbeschädigte sowie Witwen und Ehefrauen nach Maßgabe des § 36 des Schwerbeschädigtengesetzes vom 16. Juni 1953 (BGB I S. 389);
 - c) Heimkehrer, die nach dem 1. Januar 1948 aus der Kriegsgefangenschaft oder Internierung heimgekehrt sind, ferner Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge nach Maßgabe des § 70 Abs. 5 des Bundesvertriebenengesetzes vom 19. Mai 1953 (BGBl. I S. 201);
 - d) Bewerber, die mindestens fünf Jahre auf dem Lande oder in einer Kleinstadt Kassenärzte gewesen sind, bei der Zulassung für Orte mit besseren Ausbildungsmöglichkeiten für ihre Kinder.
2. Im übrigen sind bei den Bewerbern zu berücksichtigen: das Lebensalter, der Familienstand, die persönlichen Verhältnisse als Kriegswaise, die Zugehörigkeit zu dem Personenkreis der Ziff. 1 a—d, soweit keine Berücksichtigung gemäß den vorstehenden Bestimmungen stattfinden kann, der Zeitpunkt der Eintragung in das Arztregister, der Beginn der befugten Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland, die danach zurückgelegte Ausbildungszeit, sowie von der Kassenärztlichen Vereinigung gebilligte Übernahmeverträge bei der Abgabe einer Praxis.

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

§ 20

(1) Der Zulassungsausschuß ist berechtigt, beim Tode des Praxisinhabers die Kassenarztstelle ohne Ausschreibung dem Ehegatten oder einem Abkömmling zuzusprechen, sofern der Nachfolger die Voraussetzungen der §§ 11, 16 erfüllt. Das gleiche gilt, wenn der Praxisinhaber zugunsten des Ehegatten oder eines Abkömmlings auf die Zulassung verzichtet. Bei der Übernahme der Praxis soll die Fachrichtung in der Regel die gleiche bleiben.

(2) Ist beim Tode eines Praxisinhabers ein Ehegatte oder ein Abkömmling vorhanden, der bereits die ärztliche Prüfung abgelegt hat, so kann die Stelle so lange unbesetzt bleiben oder durch einen Vertreter versehen werden, bis der Ehegatte oder Abkömmling die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt.

§ 21

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

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

§ 22

(1) Ein Kassenarzt, der innerhalb des Zulassungsbezirkes aus seinem Praxisort oder Ortsteil verzieht, bleibt nur zugelassen, wenn der Zulassungsausschuß vorher zugestimmt hat.

(2) Wollen Kassenärzte ihre Praxis tauschen, so ist eine neue Zulassung nicht erforderlich, wenn die Zulassungsausschüsse dem Tausch zugestimmt haben.

Kapitel V

Ende, Ruhen und Entziehung der Zulassung

§ 23

Die Zulassung endet:

1. mit dem Tode des Zugelassenen;
2. mit der Erklärung des Zugelassenen, daß er die Zulassung nicht annimmt oder sie aufgibt;
3. mit der Streichung aus dem Arztregister gemäß § 9;
4. mit dem Wegzug des Zugelassenen aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis, es sei denn, daß seine Zulassung ruht oder daß er eine Zustimmung gemäß § 22 Abs. 1 oder 2 erhalten hat;
5. mit der rechtskräftigen Entziehung der Zulassung.

§ 24

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

§ 25

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

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

(3) Während der Ruhezeit darf unbeschadet des § 21 kassenärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt werden.

§ 26

(1) Die Entziehung der Zulassung ist zu beschließen:

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

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

Kapitel VI

Die Zulassungsinstanzen

§ 27

(1) Zulassungsinstanzen im Sinne dieser Verordnung sind der Zulassungsausschuß und der Berufungsausschuß. Die Zulassungsinstanzen werden jeweils für die Regierungsbezirke Nordwürttemberg, Nordbaden und Südbaden gebildet.

(2) Bei der Beschlußfassung sind die Mitglieder der Zulassungsinstanzen an Weisungen nicht gebunden. Die Amtsdauer der von den Vertragsparteien berufenen Vertreter beträgt vier Jahre. Danach sind die Mitglieder neu zu bestellen; eine wiederholte Bestellung ist zulässig.

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

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

§ 28

(1) Die Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Regierungsbezirke Nordwürttemberg und Nordbaden sowie bei der Landesärztekammer Baden gebildet. Jeder Zulassungsausschuß besteht aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern in der nötigen Zahl. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein.

(2) Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Verbänden der Krankenkassen bestellt. Ihre Tätigkeit ist ehrenamtlich. Für Zeitverlust und Barauslagen können sie eine Entschädigung erhalten. Näheres bestimmt die Geschäftsordnung.

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

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

§ 29

(1) Der Zulassungsausschuß entscheidet über Errichtung und Besetzung der Kassenarztstellen und meldet die auszuscheidenden Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung.

(2) Gegen die Entscheidungen des Zulassungsausschusses können die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen binnen eines Monats nach Zustellung oder Bekanntgabe der Entscheidung Widerspruch beim Zulassungsausschuß erheben. Der Zulassungsausschuß kann dem Widerspruch abhelfen. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, trifft der Berufungsausschuß eine neue Entscheidung. Der Widerspruch bewirkt Aufschub.

(3) Die Ausschreibung der Kassenarztstellen wird von der Kassenärztlichen Vereinigung in ihrem Amtsblatt oder auf andere geeignete Weise unter Fristsetzung für die Bewerbung veranlaßt.

§ 30

(1) Der Zulassungsausschuß entscheidet über Zulassungen und sonstige Beteiligungen, über ihr Ruhen und ihre Entziehung oder ihren Widerruf, sowie bei Streit über Bestehen oder Nichtbestehen einer Zulassung oder sonstigen Beteiligung, ferner über Anträge gemäß § 22 sowie über Beschwerden gemäß § 4 Abs. 2. Er entscheidet ferner über Anträge von praktischen Ärzten, ihre Tätigkeit als Fachärzte und über Anträge von Fachärzten, ihre Tätigkeit als praktische Ärzte fortsetzen zu dürfen.

(2) Gegen die Entscheidungen des Zulassungsausschusses können die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen binnen eines Monats nach Zustellung oder Bekanntgabe der Entscheidung Widerspruch beim Zulassungsausschuß erheben. Der Zulassungsausschuß kann dem Widerspruch abhelfen. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, trifft der Berufungsausschuß eine neue Entscheidung. Der Widerspruch bewirkt Aufschub.

§ 31

(1) Auf die Berufungsausschüsse findet § 28 Abs. 1, 2 und 4 entsprechende Anwendung. Die beiden Vertragsparteien einigen sich über einen unparteiischen Vorsitzenden; er muß die Befähigung zum Richteramt haben. Kommt eine Einigung über die Person des unparteiischen Vorsitzenden nicht zustande, so wird er vom Arbeitsministerium ernannt. Die Mitglieder des Berufungsausschusses dürfen nicht gleichzeitig dem Zulassungsausschuß angehören.

(2) Gegen die Entscheidungen des Berufungsausschusses, der eine Sache auch ganz oder zum Teil an den Zulassungsausschuß zurückverweisen kann, steht den beteiligten Ärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen binnen eines Monats nach Zustellung oder Bekanntgabe der Entscheidung der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit offen, den beteiligten Ärzten jedoch erst nach Ablehnung ihres binnen eines Monats nach Zustellung oder Bekanntgabe der Entscheidung beim Berufungsausschuß zu erhebenden Widerspruchs.

Kapitel VII

Verfahren vor den Zulassungsinstanzen

§ 32

In dem Bescheid über die Zulassung oder Beteiligung eines Arztes ist anzugeben,

- für welchen Ort oder Ortsteil die Zulassung oder Beteiligung,
- ob die Zulassung oder Beteiligung als praktischer Arzt oder als Facharzt erfolgt.

§ 33

Der Zugelassene (Beteiligte) kann innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung oder Bekanntgabe der rechtskräftig gewordenen Entscheidung erklären, daß er die Zulassung oder Beteiligung nicht annimmt. Die Erklärung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß bzw. an den Berufungsausschuß abzugeben.

§ 34

(1) Anträge und Widerspruch sind zu begründen und schriftlich einzureichen, der letztere bei der Zulassungsinstanz, gegen deren Entscheidung der Widerspruch erhoben wird. Die Zulassungsinstanz kann daraufhin erneut Beschluß fassen. Die Frist für die Erhebung des Widerspruchs gegen eine Entscheidung des Zulassungsausschusses gilt auch dann als gewahrt, wenn die Widerspruchsschrift fristgerecht beim Berufungsausschuß eingeht.

(2) Tatsächliche Behauptungen und Beweismittel sollen so rechtzeitig mitgeteilt werden, daß die mündliche Verhandlung ordnungsgemäß vorbereitet werden kann.

§ 35

(1) Der Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen muß eine mündliche Verhandlung vorausgehen.

(2) Zu der mündlichen Verhandlung werden die Beteiligten spätestens eine Woche vorher durch eingeschriebenen Brief oder gegen Postzustellungsurkunde geladen. Die Ladung erfolgt mit dem Hinweis, daß auch im Falle des Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann.

§ 36

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

(2) Von Amts wegen können Auskunftspersonen und Zeugen von den Zulassungsinstanzen geladen und vernommen werden. Die Bestimmungen über Rechtshilfe gemäß §§ 115, 116 RVO gelten entsprechend. Den Beteiligten wird rechtzeitig vor der Verhandlung mitgeteilt, wer geladen ist.

(3) Die Geladenen erhalten auf Antrag Ersatz von Barauslagen und Verdienstausfall wie bei den Vernehmungen vor dem ordentlichen Gericht in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten. Über die Festsetzung entscheidet der Vorsitzende der Zulassungsinstanz.

§ 37

(1) Die Beteiligten können sich sowohl in ihren Schriftsätzen als auch in der mündlichen Verhandlung durch Bevoll-

mächtigte vertreten lassen. Die Vollmacht muß schriftlich erteilt werden. Von der Beibringung einer Vollmacht kann abgesehen werden, wenn die Vertretungsbefugnis hinreichend glaubhaft gemacht wird.

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

§ 38

(1) Die Verhandlung vor den Zulassungsinstanzen ist nicht öffentlich.

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

§ 39

(1) Auf die Verhandlung folgen die Beratung und Beschlüßfassung. Sie sind nicht öffentlich. Es dürfen nur die Mitglieder der Zulassungsinstanz, die an der Verhandlung teilgenommen haben, und der Schriftführer anwesend sein. Über den Hergang der Beratung und über das Stimmverhältnis bei der Abstimmung besteht Schweigepflicht.

(2) Der Vorsitzende stellt die Fragen, über die abgestimmt wird. Die Abstimmung über eine Frage darf nicht verweigert werden.

(3) Bei der Abstimmung werden die Stimmen in folgender Reihenfolge abgegeben:

- a) von den Besitzern der Ärzte;
- b) von den Besitzern der Krankenkassen;
- c) von dem Vorsitzenden.

Bei den Besitzern richtet sich die Reihenfolge der Abstimmung nach dem Lebensalter. Der jüngere Beisitzer stimmt zuerst ab. Der Vorsitzende stellt das Ergebnis der Abstimmung fest. Das Ergebnis der Beratung ist in einem Beschlüß niederzulegen.

(4) In dem Beschlüß sind außer den Angaben gemäß § 32 die Zulassungsinstanz, die an der Beschlüßfassung beteiligten Mitglieder und der Tag der Beschlüßfassung aufzuführen. Der Beschlüß ist mit Gründen zu versehen und vom Vorsitzenden und einem Beisitzer jeder Gruppe zu unterschreiben. Die Ausfertigung vollzieht der Vorsitzende oder bei seiner Verhinderung ein Beisitzer, der bei dem Beschlüß mitgewirkt hat.

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

§ 40

(1) Die Vorsitzenden der Zulassungsinstanzen bestimmen je einen Schriftführer. Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß die Namen der Sitzungsteilnehmer und die gefaßten Beschlüsse enthalten. Außerdem ist der Gang der Verhandlung im allgemeinen wiederzugeben. Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterzeichnen. Ist der Vorsitzende an der Unterzeichnung der Niederschrift verhindert, so wird sie von je einem Beisitzer aus der Zahl der Ärzte und der Krankenkassenvertreter, die bei der Beschlüßfassung mitgewirkt haben, unterschrieben.

(2) Auf Antrag erhalten die Kassenärztliche Vereinigung, die Verbände der Krankenkassen und die sonst am Verfahren Beteiligten Abschrift der Niederschrift.

(3) Die Niederschrift ist zehn Jahre lang aufzubewahren.

Kapitel VIII

Kosten

§ 41

(1) Zur Deckung der durch die Führung des Arztregisters und durch die Tätigkeit der Zulassungsinstanzen entstehenden Kosten werden nach Maßgabe des § 42 Gebühren erhoben.

(2) Die den Beteiligten im Verfahren vor den Zulassungsinstanzen entstehenden Kosten sind nicht zu erstatten.

(3) Ungedeckte Kosten der Zulassungsinstanzen sind je hälftig von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Kassenverbänden zu tragen.

§ 42

(1) Mit dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister ist eine Gebühr von 5 DM zu entrichten.

(2) Für die Bearbeitung jedes Antrages, mit dem eine Sachentscheidung einer Zulassungsinstanz angestrebt wird, hat der Arzt bei der Antragstellung eine Gebühr von 10 DM zu entrichten. Diese Gebühr wird im Verfahren vor dem Zulassungsausschuß bei der erstmaligen Bewerbung um eine Zulassung auf Antrag zur Hälfte zurückerstattet, wenn der Antrag ohne Erfolg bleibt; das gleiche gilt bei der Erhebung eines Widerspruchs, wenn dieser bei der mündlichen Verhandlung zurückgenommen wird. Der Erstattungsantrag kann nur innerhalb eines Monats nach Zustellung oder Bekanntgabe der ablehnenden Entscheidung bzw. nach Zurücknahme des Widerspruchs gestellt werden.

(3) Bei der Zulassung, der Beteiligung und der Genehmigung von Anträgen gemäß § 22 hat der Arzt eine Gebühr von 50 DM an den Zulassungsausschuß zu entrichten, im Falle des Widerspruchs an den Berufungsausschuß. Die Gebühr nach Abs. 2 wird angerechnet.

(4) Wird die Zulassung gemäß § 26 entzogen, so hat der betreffende Arzt an jede befähigte Zulassungsinstanz eine Gebühr zu bezahlen. Sie beträgt im Verfahren vor dem Zulassungsausschuß mindestens 10 DM und höchstens 50 DM, im Verfahren vor dem Berufungsausschuß mindestens 15 DM und höchstens 100 DM. Die Gebühr wird in der Entscheidung festgesetzt.

§ 43

Von der Erhebung einer Gebühr kann abgesehen werden, wenn sie für den Zahlungspflichtigen eine unbillige Härte wäre oder die Einziehung mit Kosten oder Weiterungen, die in keinem Verhältnis zu der Einnahme stehen, verknüpft ist. In geeigneten Fällen kann die Gebühr gestundet oder ihre Entrichtung in angemessenen Teilzahlungen gestattet werden.

§ 44

Die Einnahmen und Ausgaben jeder Zulassungsinstanz sind gesondert zu verrechnen, die Bestände gesondert zu verwalten. Wer zur Verfügung über die Bestände berechtigt ist, bestimmt die jeweilige Geschäftsordnung.

Kapitel IX

Übergangsregelung

§ 45

(1) Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung für den Regierungsbezirk Südbaden werden bis zur Bildung einer Kassenärztlichen Vereinigung durch die Landesärztekammer Baden wahrgenommen.

(2) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Zulassungsordnung vorübergehend oder widerruflich an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt sind, gelten, vorbehaltlich des Abs. 5, im Sinne dieser Verordnung als zugelassen, wenn nicht gegen die Zulassung von der Kassenärztlichen Vereinigung oder den Verbänden der Krankenkassen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Verordnung beim Zulassungsausschuß Einspruch eingelegt wird. Der Einspruch kann nur auf die in § 26 Abs. 1 genannten Gründe gestützt werden. § 26 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Wird gemäß Abs. 2 Einspruch eingelegt, so hat der Zulassungsausschuß dem betreffenden Arzt bis zur Entscheidung über den Einspruch die weitere Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung zu gestatten.

(4) Auf die über den Einspruch zu treffende Entscheidung finden § 30 Abs. 2 und § 31 Abs. 2 entsprechende Anwendung.

(5) Abs. 2 findet keine Anwendung auf Ärzte, die nur für die ambulante Behandlung überwiesener Fälle oder gemäß § 21 beteiligt sind. Diese Ärzte bleiben weiter wie bisher beteiligt.

Kapitel X

Inkrafttreten

§ 46

Diese Verordnung tritt, soweit es sich um Maßnahmen zu ihrer Durchführung handelt, mit dem Tage ihrer Verkündung, im übrigen am 1. Januar 1954 in Kraft.

Stuttgart, den 26. November 1953

Hohlwegler

Sorgen der Schwesternschaften*

Von Dr. Walther Scharpff

Es ist bekannt, daß in allen europäischen Ländern über einen Mangel an Nachwuchs von Krankenschwestern geklagt wird, so daß sogar manche Krankenhausabteilung im Ausland geschlossen werden mußte. Man hat sich schon von auswärts nach Deutschland gewandt, um deutsche Schwestern zu gewinnen. Mit Sorge sehen die Schwesternschaften und auch wir Krankenhausärzte in die Zukunft, denn die Zahl derjenigen jungen Mädchen, die sich für den Schwesternberuf entscheiden, nimmt auch bei uns deutlich ab. Auch wir Chefärzte müssen uns mit dieser Frage ernstlich beschäftigen, ist doch die Hilfe guter Krankenschwestern am Krankenbett, im Operationssaal und wo es sonst sei, für unsere ärztliche Arbeit ganz unentbehrlich.

Es fällt mir auf, daß ich fast immer eine verneinende Antwort bekomme, wenn ich diesen oder jenen leitenden Krankenhausarzt frage, ob er es begrüßen würde, wenn seine eigene Tochter Krankenschwester würde. Diese Ablehnung kann nicht daher kommen, daß der Schwesternberuf an sich verneint würde. Ich wage zu behaupten, daß es auch heute noch eine größere Anzahl junger, gesundempfindender Mädchen gibt, die aus freien Stücken einen Beruf wählen würden, in dem sie ihr warmes Herz, ihre Hilfsbereitschaft und Nächstenliebe auswirken könnten. Daß der Schwesternberuf ein Beruf ist, in dem man es mit den lebendigen, mehr noch dem hilfsbedürftigen Menschen zu tun hat, daß man hier Liebe schenken, Vertrauen erwecken, Freude und Zuversicht geben kann, hat — gottlob — immer noch viel Anziehendes auf junge Mädchen. Daß dafür Opfer gebracht werden müssen, ist allen Mädchen klar und sie scheuen sich nicht davor, am wenigsten natürlich die nicht, die aus dem Zentrum des Glaubens zu Dienst und Hingabe bereit sind. Als Gewinn können die Schwestern buchen, daß sie im Leben nie alleine stehen, sondern immer in schwesterlicher Gemeinschaft leben werden, auch in ihren alten Tagen.

Gute Schwestern finden wir bei jeder Art von Schwesternorganisation. Es gibt Frauen, die geborene Schwestern sind; es gibt viele, die diesen Beruf von ihrem christlichen Glauben her erfüllen, und es gibt freilich auch solche, welche nur die Technik des Schwesternberufes fleißig und recht erlernen.

Die gute Krankenschwester aber erfüllt eine besondere Aufgabe. Indem sie bei der Pflege des Kranken auf seine persönlichen Nöte und Sorgen körperlicher und so oft seelischer Art eingeht, ist sie nicht einfach eine Gehilfin des Arztes oder ärztliche Hilfsperson. Sie hat am Krankenbett eine selbständige Tätigkeit und große Verantwortung, nicht etwa, indem sie die ärztlichen Anordnungen durchführt, hier ist sie weitgehend unselbständig, weil sie nach Weisung handelt, obwohl sie auch diese Anordnungen besser oder schlechter, geschickter oder ungeschickter ausführen kann, sondern in dem Bemühen um den ihr anvertrauten kranken Menschen selbst. Wieviel kann sie hier helfen, wie kann sie einem Kranken wohl tun und ihn stärken, und wie ist auch der Arzt hier auf ihre Unterstützung angewiesen!

* Der Aufsatz ist im „Krankenhausarzt“ Heft 8/1953 erschienen.

Wir leitenden Krankenhausärzte wünschen uns solche von ihrem Beruf erfüllte, verantwortungsbereite Schwestern. Und gerade an solchen Schwestern fehlt der genügende Nachwuchs.

Warum verläßt ein Teil von jungen Mädchen, die sich für diesen schönen Beruf entschieden haben, früher oder später diesen schwesterlichen Weg und wendet sich, gar nicht selten enttäuscht, einer anderen Lebensaufgabe zu? Es ist deswegen zunächst allgemein zu prüfen, ob die Kritik am Schwesternberuf ihre Berechtigung hat. Die Frage wird heute schon von verschiedenen Seiten aufgegriffen (z. B. B o e h n k e). Zunächst mag die auffallende Tatsache, an der gar nicht gerüttelt werden kann, Erwähnung finden, daß die Erkrankungen der Schwestern weit höher sind als in jedem anderen weiblichen Beruf, und keineswegs handelt es sich nur um Infektionskrankheiten. Genau so ist es mit der Invaliditätsgrenze, sie ist niedriger als in allen anderen Berufen. Jeder erfahrene Arzt weiß, daß dies nur die Folge von Überanstrengung, von Überbeanspruchung sein kann. Ist dies der Fall? Fragen wir unsere Schwestern, so fällt auf, daß die Mehrzahl erzählt, daß sie todmüde abends ins Bett sinken und daß sie in ihrer Freizeit selten frisch genug sind, etwas zu unternehmen, z. B. in ein Konzert zu gehen. Auch ältere und leistungsfähige Schwestern geben oft zu, daß sie abends zu müde sind, um noch ein Buch lesen zu können.

Immer noch ist in Deutschland — im Gegensatz zum Ausland — die 60-Stunden-Woche die Norm. Viele Schwestern arbeiten aber mehr als 60 Stunden in der Woche, weil es der Dienst einfach verlangt. Und mag auch nicht jede Stunde gleich anstrengend sein, viele Stunden am Tag erfordern die ganze Kraft der Schwestern.

Wieviel hat sich aber auch im Krankenhausbetrieb geändert! Gewiß gab es früher viel Schwerkranke, die eine Zeitlang die Schwestern stark in Anspruch nahmen, dann aber Wochen benötigten, um zu Kräften zu kommen, deren Pflege nun relativ leicht wurde. Welchen Wechsel der Kranken aber haben wir heute auf einer Krankenstation! Die modernen Mittel ermöglichen einen weit kürzeren Krankenhausaufenthalt als früher, und zwar auf jeder Art von Fachabteilung, so daß dieser häufige Wechsel der Kranken die Schwestern stark in Anspruch nimmt. Was erfordert aber auch die moderne medizinische Technik am Krankenhaus, auf der Station und erst recht in einem Operationssaal an Schwestern-tätigkeit! Daß Schwestern die Technik des Röntgens, der chem.-mikr. Untersuchungsmethoden, der Sekretärin erlernen, mag verschiedene Ursachen haben, aber eigentlich entfernen solche speziellen Tätigkeiten sie von ihrem wahren Schwesternberuf, mag es auch für den Arzt, auch für die Schwesternschaft angenehm sein, wenn alle im Krankenhaus notwendigen Aufgaben von Schwestern ausgeführt werden.

Wie nötig ist es für eine Schwester, ganz besonders für eine Schwester auf der Station, daß alles gut geordnet und eingeteilt ist, ebenso im Interesse der Schwestern, wie vor allem im Interesse der Kranken. Das beginnt schon morgens mit der Reinigung der Kranken,

mit der Feststellung der Temperatur, es ist wichtig, daß das Frühstück zur gleichen Zeit kommt, ganz besonders auch das zweite Frühstück, daß der Kranke ungefähr zur gleichen Zeit seine Einspritzungen oder andere Anwendungen bekommt, daß er rechtzeitig sein Mittagessen erhält, um nachher auch seine Ruhe zu haben usw.

Manche Schwester weiß ein Lied zu singen, wie schwer es ist, diese Aufgaben in wohlthuender Ordnung durchzuführen. Leider müssen Schwestern auch manchmal Arbeiten leisten, die eigentlich nicht die Arbeit einer Schwester sind: Böden, Zimmer, Fenster reinigen, sollte von einer Schwester nicht verlangt werden, es sei denn bei ausgesprochen Schwerkranken. Es fehlt im Krankenhaus oft das nötige Hilfspersonal, manchmal deswegen, weil es nicht zu bekommen ist, manchmal aber auch, weil im Etat des Krankenhauses nicht genügend Mittel für diese Ausgaben vorgesehen sind.

Daß die Krankenschwestern, wenn sie sich von ihrem Dienst am Kranken mittags oder abends zurückziehen, ein behagliches Zimmer haben sollen, die älteren allein, die jüngeren zu zweit, daß die Schwestern gemeinsam einen Wohnraum haben, daß sie gut gepflegt sein müssen, nicht zuletzt auch wirtschaftlich befriedigend — besser als heute — gestellt sein sollten, das sind Forderungen sozialer Gerechtigkeit, die einfach selbstverständlich sind. Zweifellos ist hier schon viel geschehen. Es ist aber tief bedauerlich, daß wir in Deutschland an vielen Orten immer noch nicht so weit sind. Es soll auf Einzelheiten nicht eingegangen werden, aber, daß diese unabdingbaren Forderungen nur dadurch befriedigt werden können, daß bei der Festsetzung der Pflegesätze diese Gesichtspunkte einbezogen werden, ist ganz klar. Freilich, es soll nicht unerwähnt bleiben, daß in einzelnen Ländern des Auslandes die Krankenschwestern wirtschaftlich sehr viel besser gestellt sind und daß trotzdem ein Schwesternmangel besteht; doch hat sich, wie ich höre, in Schweden z. B., die Frage des Nachwuchses in letzter Zeit gebessert. Wirtschaftliche Verbesserungen allein nützen natürlich nichts, wo die Liebe zu diesem besonderen Beruf fehlt. Mancherlei wäre also zu verbessern, zu reformieren, wozu wir Krankenhausärzte aber nicht allein in der Lage sind, worauf wir hinweisen können, was aber auszuführen wir anderen Stellen überlassen müssen.

Was können wir leitenden Krankenhausärzte aber für unsere Schwestern tun? Ich glaube, die Hauptsache ist zunächst einmal, daß wir die Schwester neben uns als Menschen begreifen, der sein Bestes hergibt zu dem Ziel, das auch das unsere ist, den kranken Menschen zu helfen, daß wir Verständnis und Anerkennung haben für ihre besondere Leistung, daß wir aber auch die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit bedenken. Daraus ergibt sich, daß uns bei unseren Anordnungen bewußt bleiben muß, wie sich alle Anweisungen auf die Tätigkeit der Schwester auswirken. Wir sollten uns wohl mehr als bisher fragen, ob die Schwester auf der Station in der Lage ist, ihren wahren Schwesterndienst auszuüben, oder ob sie sich nicht zu viel im technischen Dienst verbraucht. Wir sollten jede Schwester auf der Station oder im Operationssaal einmal danach fragen, ob sie rechtzeitig zu ihren Mahlzeiten kommt, ob sie ihre Ruhepausen hat, wann sie abends ihren Dienst beendet hat usw., gewiß — wir müssen ein hohes Maß von Arbeit, Pflichterfüllung, Einsatz im Interesse unserer Kranken verlangen. Das läßt sich nicht ändern und ehrt auch wieder die Schwe-

ster, aber wir können uns doch überlegen, ob wir nicht mithelfen können, unserer nächsten Mitarbeiterin ihre Arbeit zu erleichtern.

Manche Oberin oder Oberschwester hat mir über Chefärzte zu klagen gewußt. Gewiß, das mag berechtigt gewesen sein, und ich will sicherlich nicht leugnen, daß wir Ärzte manchmal „wunderliche Herren“ sind, aber ich bin überzeugt, daß ein eindringliches Gespräch der Oberin oder Oberschwester mit dem betreffenden Arzt genügen würde, eine Änderung herbeizuführen. Liegt es doch nicht am bösen Willen der Chefärzte, meist hat sich der Arzt in der Hitze des Gefechts nicht klargemacht, wie sein Verhalten in dieser bestimmten Situation der Schwester vielleicht Zeit und Kraft gekostet, oder daß er zuviel von ihr verlangt hat. Das läßt sich m. E. leicht beseitigen, freilich gehört dazu, daß die Oberschwester oder auch die Stationschwester den Mut aufbringt, nicht im Affekt und auch nicht gehemmt durch zuviel Respekt, die Angelegenheit mit dem betreffenden Arzt sachlich zu besprechen.

Es gibt aber andere, grundsätzliche Schwierigkeiten und Klagen, über die ein Wort zu sagen ist. Diese Klagen beziehen sich auf zweierlei:

1. Auf die Zeit der ärztlichen Visite. Es wird von den Oberschwestern darüber geklagt, daß die Chefärzte und evtl. auch die Stationsärzte ihre Visiten zu einer Zeit durchführen, in der die Stationschwester für den Arzt eigentlich nicht zur Verfügung stehen kann. Das ist durchaus möglich. Der leitende Arzt würde sicher viel lieber die Visite zu einer regelmäßigen Zeit machen, aber dringende und oft nicht zu ändernde Verhältnisse haben ihn aufgehalten. Freilich ist es ein Unterschied, ob sich dies nur gelegentlich ereignet, dafür wird jede Schwester Verständnis haben, oder ob es mit einer schlechten Zeiteinteilung des Arztes selbst zusammenhängt. Es darf z. B. von den Schwestern nicht verlangt werden, daß sie zur Essenszeit den Arzt begleiten. Im Ausland wäre dies ausgeschlossen. Zur Frage der Zeiteinteilung überhaupt: Es ist m. E. nicht ratsam, die Sprechstunde vor der ärztlichen Visite abzuhalten. Ist doch die Folge, daß die Visite dann nur unregelmäßig begonnen werden kann. Die Mehrzahl der Chefärzte tut das gewiß nicht, es gibt aber immer einzelne, die z. B. auf dem Lande erklären, daß sie auf die Wünsche der Landbevölkerung, die mit bestimmten Zügen ankommt, Rücksicht nehmen müssen. Wie dem auch sei, es sollte von uns Ärzten auf die richtige Zeit der ärztlichen Visite im Interesse der Schwestern, aber auch im Interesse der Kranken mehr gedacht werden. Es erscheint mir aber andererseits auch wieder völlig unnötig, daß der leitende Arzt täglich bei allen Kranken — Schwerkranken nehme ich aus! — Visite macht. Weit besser ist es, wenn er nur zweimal in der Woche, und dann aber eine gründliche Visite macht. An diesen Tagen sollte allerdings der Chirurg z. B. nicht oder nur sehr wenig operieren. Selbstverständlich gelten diese Gesichtspunkte auch für die nachgeordneten Ärzte. So ist es unnötig, daß die Stationschwester abends den Stationsarzt auf seiner Visite begleitet, ausgenommen bei Schwerkranken; auch er muß sich verpflichtet fühlen, die Visite nicht zu spät und vor der Essensausgabe durchzuführen und zu beenden, eingedenk dessen, daß die Schwestern mit ihrer Arbeit auch fertig werden wollen.

2. Es wird von seiten der Oberinnen oder Oberschwestern darüber geklagt, daß die Schwestern mit techni-

schen Aufgaben überlastet seien. Es soll vorkommen, daß nicht ein Arzt, sondern eine Schwester intratracheale Narkosen machen müsse, die Schwestern allein die Bluttransfusion auszuführen hätten, das ist, wenn es wirklich richtig ist, natürlich zu beanstanden. Die Frage ist aber im Grundsätzlichen sehr ernst zu nehmen. Es ist richtig, daß die Durchführung der einfach notwendigen ärztlichen Technik Zeit kostet und die Schwestern belastet. Hier Abhilfe zu bringen, ist eigentlich unmöglich, wenn wir nicht auf die Fortschritte der neueren Medizin verzichten wollen, was wir im Interesse unserer Kranken nicht tun können und nicht tun dürfen.

In der Regel ist es Sache der jüngeren Ärzte, intravenöse Einspritzungen zu geben, obwohl die Schwestern dies oft gerne auch selbst tun möchten. Es ist zuzugeben, daß ein geschickter Assistent die Spritze vielleicht ganz allein geben kann, in vielen Fällen braucht er aber eine Assistenz durch eine Schwester, die ja auch die Spritze vorbereitet, und nachher dafür Sorge zu tragen hat, daß sie wieder desinfiziert wird. Darüber kann m. E. keine Meinungsverschiedenheit herrschen. Das gleiche gilt für Infusionen, Bluttransfusionen usw., der Arzt braucht dazu die Assistenz einer, in manchen Fällen sogar mehrerer Schwestern. Ganz gewiß, die Assistenzärzte sollen sich von den Schwestern nicht bedienen lassen, sondern ihnen nach Möglichkeit zur Hand gehen. Ich halte es für durchaus richtig, wenn ein junger Arzt nach einer intravenösen Spritze diese selbst auseinandernimmt, sie auch abspült, aber die Vorbereitung und die Desinfektion der Spritze ist und bleibt nun einmal Aufgabe der Schwester, und das gilt auch für alle anderen Maßnahmen, wie Rektoskopie, Zystoskopie und was es sein soll. Wenn die Arbeit auf diesem technischen Gebiet so zugenommen hat, daß die Schwester dadurch überarbeitet wird, weil es früher diese Untersuchungen oder Behandlungsmethoden in einem solchen Umfange nicht gegeben hat, dann können die Schwestern nichts anderes tun, als kategorisch die Einstellung weiterer Schwestern vom Krankenhausärzter verlangen. Eine andere Lösung gibt es nicht. Freilich, Schwestern müssen dann auch zur Verfügung stehen.

Auf einen Punkt möchte ich noch nachdrücklich hinweisen, auf das Verhalten der jungen Ärzte gegenüber den Schwestern. Sicherlich bringt die Mehrzahl der jungen Ärzte den Schwestern die Achtung entgegen, die sie erwarten dürfen, und schlagen den Ton an, der sich gehört. Aber es kommt auch anderes vor. Wir Chefärzte erfahren von Entgleisungen oft zu wenig oder zu spät.

Es erscheint mir einerseits nötig, daß die jungen Schwestern und Schülerinnen von seiten ihrer Schwesternschaften bestens darüber orientiert und erzogen werden, wie sie sich jungen Ärzten gegenüber zu verhalten haben. Ich kenne manche Schwester, die der Meinung war, sie könne nicht mit der Stationschwester oder der Oberschwester über das Verhalten eines jungen Arztes sprechen, weil dadurch die Zusammenarbeit erschwert sei. Das ist ganz unrichtig. Ruhig und sachlich läßt sich über alles sprechen, je früher es geschieht, desto schneller ist die richtige Haltung gefunden. Andererseits ist es aber eine Aufgabe der leitenden Krankenhausärzte, die jungen Kollegen zu erziehen. Nicht an jeder Klinik wird auf den richtigen Ton unter Kollegen und den Schwestern gegenüber geachtet. Es gehört zu den Pflichten des Chefarztes und sollte ihm eine Freude und ein wichtiges Anliegen sein, die jungen Kollegen

das richtige ärztliche Verhalten in jeder Beziehung zu lehren.

Ich sehe es nicht als eine Aufgabe der Chefärzte an, die Schwesternschaften auf Dinge hinzuweisen, die sie allein bewältigen müssen und die nicht überall so sind, wie sie sein sollten, um für den Schwesternberuf zu werben. Fragen, wie körperliche Ertüchtigung durch sportliche Betätigung, Gestaltung der Freizeit, Bildungsmöglichkeiten, Fortbildung im Beruf, Mitwirkung bei der Bestimmung des Arbeitsplatzes usw., ganz besonders aber das Verhältnis der älteren Schwestern zu den jüngeren, sind von größter Bedeutung. Die jüngere Schwester bringt andere Vorstellungen mit, welche die ältere manchmal nicht versteht und die damit nicht bereinigt werden können, daß gesagt wird, „wir haben das auch nicht gehabt“. Die älteren wie die jüngeren Schwestern sollten sich gegenseitig liebevolles Verständnis entgegenbringen. Es darf hier an ein Wort des alten, so verehrungswürdigen Pastors Bodelschwingh gedacht werden, von dem erzählt wird, daß er bei seinen Besuchen die Schwestern als erstes immer gefragt habe: „Habt Ihr Frieden untereinander?“

Mag ich auch sehr offenherzig auf Mängel hingewiesen haben, die es im Krankenhaus gerade im Hinblick auf die Schwesterntätigkeit zu beseitigen gilt, so ändert das daran nichts, daß der Beruf der Schwester immer noch der schönste Beruf für eine Frau ist. Wir Chefärzte sollten dem Ausdruck geben und uns überlegen, ob wir nicht manche Gelegenheit benützen könnten, um für den Schwesternberuf zu werben.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Der Sorgen der Schwesternschaften werden sich die leitenden Krankenhausärzte gerne annehmen. Wie weit sie als Ärzte durchgreifend helfen können, das ist eine andere Frage, sie werden aber für die Anliegen und die Forderungen bei den Krankenhausärztern immer eintreten.

Die leitenden Ärzte selbst werden sich nicht vorwerfen lassen wollen, daß sie es an genügender Rücksicht auf den verantwortungsreichen und entsagungsvollen Beruf der Krankenschwestern hatten fehlen lassen, denn sie sind sich bewußt, daß nur im Zusammenwirken von Arzt und Schwester dem Kranken wirklich gedient werden kann.

An den leitenden Ärzten kann es kaum liegen, wenn der Nachwuchs an tüchtigen Schwestern ernstlich nachlassen sollte.

Und zuletzt sei gesagt: Bei dem großen Ansehen, das die Schwester im deutschen Volk genießt — wann ist ihr je etwas Unangenehmes auch in unruhigen Zeiten widerfahren —, bei der inneren Befriedigung, die der Beruf gibt, sollte sie damit rechnen, daß Mittel und Wege auch weiterhin gefunden werden — ist doch auch schon vieles für sie geschehen —, die sie in ihrem schönen Beruf schützen und ihren echten Bedürfnissen Rechnung tragen werden.

Literaturangaben:

Boehne: Gesundheitsfürsorge, 2. Jahrg., Heft 9, Dez. 52.

Fauvet: „Der Krankenhausarzt“, 1953, Heft 1.

Deutsche Krankenhausgesellschaft: „Das Krankenhaus“, 1950, Heft 7.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. W. S c h a r p f f, Stuttgart, Lenzhalde 51 A.

Giftschäden als Folge der Maikäferbekämpfung

Von Dr. A. Bosler, Backnang

In den ersten Maitagen vorigen Jahres wurde ich in ein Bauernhaus in Erbstetten, einem Dorf in der Nähe von Backnang, gerufen, mit der Angabe, die Leute in dem Haus „sähen nichts mehr“. Die Familie, die ich vorfand, bestand aus dem etwas über 40jährigen Bauern, der Bäuerin, Ende der 20er Jahre, einem einjährigen Knaben und einem Dienstmädchen von 18 Jahren. Nur das Kind war gesund. Die drei Erwachsenen hatten alle Sehstörungen, seit einigen Tagen. Es stellte sich bald heraus, daß sie eine *Akkommodationslähmung* hatten. In die Nähe konnten sie nicht mehr sehen. Am wenigsten behelligt war der Bauer; er war auf und ging seiner Arbeit nach. Die beiden Frauen waren ausgesprochen krank, am meisten die Bäuerin, die zu Bett lag und über Übelkeit, Kopf- und Magendruck und Herzbeschwerden klagte. Ähnlich, bloß etwas leichter, das Mädchen.

Der erste Gedanke, postdiphtherische Lähmung, konnte bald ausgeschaltet werden. Die augenärztliche Kollegin, die ich verständigte, war für Botulismus, der ihr in letzter Zeit mehrfach vorgekommen sei. Diesbezügliche Befragungen nach verdorbenen Speisen, Konserven, alter Büchsenwurst, verliefen ganz negativ. Nichts dergleichen hätten sie in den letzten Tagen gegessen; seit langem keine Büchsenwurst mehr im Hause. Um weiteres Nachdenken gebeten, berichtete der Bauer am Tag darauf: Die Erkrankung hätte vor sechs Tagen begonnen, am stärksten bei seiner Frau, mit Erbrechen, Durchfall, etwas Fieber, und zwar hätten sie vorher Rhabarberkompott gegessen, seine Frau wohl am meisten davon. Das Kind und der Großvater nicht. (Beide waren gesund geblieben.) Ihr Gemüsegarten, wo auch der Rhabarber stehe, liege nicht bei ihrem

Hause, sondern am Ortsrand, neben Bauernwiesen. Dort hätten die Besitzer der Obstbäume tags zuvor gegen Maikäfer gespritzt. Die Frau hätte die Rhabarberstengel sauber geputzt, natürlich, aber immerhin.

Das Spritzmittel konnte nicht mehr sichergestellt werden. Die Spritzaktion war inzwischen beendet. Es war oben auf dem Rathaus, von wo die Aktion ausging, gefaßt worden: *Perfektan* = γ Hexachlorcyclohexan, gelöst im Beckschen Lösungsmittel. Das Becksche Lösungsmittel, dessen chemische Formel nicht bekanntgegeben ist, enthält ein weiteres Gift gegen die Maikäferbrut.

Die Bäuerin war lang und schwer krank. Bei einem nächtlichen Anfall von akuter Herzschwäche ging es knapp am Tod vorbei. Sie lag zwei Monate ganz zu Bett. Als sich dann Herz und Kreislauf allmählich wieder erholten, stellte sich auch die Akkommodation wieder ein. Erst nach einem Vierteljahr war sie wieder gesund.

Das Mädchen lag vier Wochen zu Bett mit Sehstörungen, Herzbeschwerden und allgemeinem Krankheitsgefühl. Dann konnte sie die Arbeit wieder aufnehmen.

Der Bauer hat die Arbeit nicht unterbrochen, fühlte sich aber lange Zeit nicht recht wohl. Bis zur Erlangung des vollen Sehvermögens verging, wie bei seiner Frau, fast ein Vierteljahr. Also alles in allem, eine recht bedenkliche und gefährliche Erkrankung.

Im Kreis Backnang sind nach Mitteilung des Gesundheitsamts, das von Anfang an verständigt war, dies die einzigen Fälle geblieben. Ob anderwärts ähnliches beobachtet wurde, entzieht sich meiner Kenntnis.

Der Fall ist aber so wichtig, daß in künftigen Jahren durch entsprechende Aufklärung und Warnung Wiederholungen vermieden werden müssen.

Zum Werdegang des praktischen Arztes

Von Dr. P. Schneller, Pfullingen

Den Ausführungen von Herrn Kollegen Adalbert Schmitt in Heft 11 Seite 239 des Südwestdeutschen Arzteblattes müßte man zustimmen, wenn eine Möglichkeit dazu bestehen würde, von der Kunst des Rezeptierens in der Kassenpraxis Gebrauch zu machen. Welche Erfahrungen dem Autor in dieser Hinsicht zu Gebote stehen, ist nicht ersichtlich. Meine persönlichen Erfahrungen in mehr als 2 Jahrzehnten ärztlicher Kassenpraxis haben mir sehr deutlich zur Kenntnis gebracht, daß jegliche individuelle Rezeptur praktisch ausgeschlossen ist. Als Beweis dafür führe ich an, daß ich einmal einem Kassenpatienten mit einem subaciden Magenkatarrh ein Rezept der Berliner Armenformeln (FMB) über *mixt. acid. hydrochlor. Dos. 1* aushändigte. Nun ist dieses Rezept bestimmt ein außerordentlich primitives, und es gehört keine ärztliche Kunst dazu, es zu verordnen. Es hat aber den Vorzug einer gewissen Billigkeit. Nach Ablauf der üblichen Fristen bekam ich vom Rezept-Prüfungsausschuß folgende Beanstandung zugesandt:

„Sie haben am ... 1 Rezept über *mixt. acid. hydrochlor. Dos. 1* verordnet. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, daß diese Verordnung unzulässig ist, da allein das Glas (die 200-g-Flasche) DM —.30 kostet. Dies ist als zu teuer abzulehnen!“

Wenn schon die Verordnung eines so primitiven Formelrezeptes aus der Sammlung der Armenrezepte als zu teuer abgelehnt wird, wie soll dann ein Kassenarzt überhaupt noch die Möglichkeit haben, komplizierte individuelle Rezepte für Kassenpatienten zu verordnen? Die Verordnung von *Acidol-Pepsin* ist ebenfalls teuer und stößt vielfach auf Widerstand, so daß schließlich nichts anderes übrigbleibt, als die ominöse verdünnte Salzsäure zu verschreiben, mit der man beim Kranken vielfach auf energische Ablehnung stößt.

Nicht anders ist es mit Dutzenden ähnlicher Rezepte. Das bestimmt anspruchslose Rezept *Codein phosphor 0,4 aqua amygdal. amar. dil. ad. 20,0* ist im Vergleich zu den fabrikmäßig hergestellten Hustentropfen immer wesentlich teurer. Kein Kassenarzt, dem Sparsamkeit

am Herzen liegt, ist in der Lage, ein solches Rezept an einen Kassenpatienten weiterzugeben. Er kann nur noch in der roten Liste nach dem relativ billigsten fabrikmäßig hergestellten Hustenmittel suchen und dann dieses verordnen. Eine andere Möglichkeit besteht nicht.

Infolge dieser Verhältnisse bei den Kassenpatienten verkümmert automatisch die an sich mögliche Rezeptur bei den Privatpatienten mit. Es ist nicht gut möglich, für alle Krankheiten verschiedene Medikamente einzusetzen je nach Geldbeutel des Patienten. Die ärztliche Kunst ist ja nicht in erster Linie die Wissenschaft zur Schonung oder Ausplünderung des Geldbeutels kranker Menschen, sondern es kann nur „eine“ Medizin geben, nämlich die Wissenschaft zur Heilung kranker Menschen. Hier gibt es jeweils meist wenige Möglichkeiten des Einsatzes guter oder bester Mittel. Es ist undenkbar, daß sich ein Praktiker ausreichend Erfahrung sammelt, einerseits über die Behandlung armer Menschen mit ausgesprochen billigen, ja geradezu schlechten Mitteln und andererseits die Behandlung reicher Menschen mit guten Medikamenten. Dies widerspricht dem Ethos unseres Berufes und ist daher abzulehnen.

Wenn der Verfasser anräth, daß die Studenten der Medizin eine gewisse Zeit in einer Apotheke lernen sollen, so ist dagegen bestimmt nichts einzuwenden. Da an eine Rezeptur in der Kassenpraxis nicht gedacht werden kann, könnte die Zeit in der Apotheke dazu ausgenutzt werden, die besonderen Kniffe der apothekarischen Gebührenordnung gründlich kennenzulernen. Diese sind vielfach bei dem heutigen Kassenzustand nichts anderes als bössartige Fußangeln für den Praktiker. Vielleicht wäre durch die in einer Apotheke verbrachte Zeit eine bedingungslose Zusammenarbeit der beiden Stände zu fördern. Es wird zwar in dieser Hinsicht schon viel geschrieben, aber praktisch wenig getan. Zur Solidarität der Heilberufe würde meiner Ansicht nach gehören, daß die Apotheken generell von sich aus versuchen, die Fußangeln ihrer Gebührenordnung wenigstens für die Kassenpraxis aus dem Wege zu räu-

men. Bis jetzt ist es immer noch so, daß ein vom Arzt vergessenes ad vitram adlatam dazu führt, daß der Kasse unweigerlich ein neues Gefäß angerechnet wird. Das wäre vermeidbar, wenn die Apotheken grundsätzlich Sorge dafür tragen würden, daß uns ein solches Versehen nicht mehr zur Last fällt.

Bei dieser Gelegenheit ist auf etwas weiteres Wichtiges hinzuweisen, was zu diesem Thema gehört. Sogar in der Ersatzkassenpraxis werden wir Kassenärzte gerügt, wenn wir Signaturen an den Arzneimitteln anbringen lassen, es sei denn, es handle sich um Arzneimittel mit starker Wirkung. Da eine mündliche Unterweisung nicht ausreicht, weil sie nach dem Verlassen des Sprechzimmers längst vergessen ist, ist der Kassenarzt verpflichtet, dem Patienten einen Zettel mitzugeben, auf welchem er die Art und Weise der Einnahme der verordneten Mittel schriftlich in lesbarer Sprache festgelegt hat. Vielfach ist die besonders individuell gestaltete Einnahme der Arzneimittel für deren Wirksamkeit wesentlich. Die von den Fabriken aufgedruckten Anweisungen passen vielfach nicht und können nicht empfohlen werden. In allen Ländern der Erde ist es üblich, daß man dem Arzt gestattet, Signaturen an den Arzneimitteln anzubringen. Dieses Recht wird dem deutschen Kassenzustand für die Masse der Arzneimittel nicht zugestanden, weil dadurch die geringen Unkosten der Apotheken für die Anbringung der Signatur auf einem vorgedruckten Zettel erspart werden sollen. Auch hier müßte endlich eine andere Lösung gefunden werden, die es jedem Arzt möglich macht, auch den Kassenpatienten von der Apotheke aus mit entsprechenden Vorschriften zur Einnahme seiner Medikamente zu versehen, da bei der Mitgabe der losen Zettel stets Verwechslungen möglich sind und Unheil geschehen kann. Es ist aber auch weder einzusehen noch moralisch gerechtfertigt, die Ausfertigung eines Signaturzettels durch den behandelnden Arzt gratis zu verlangen, wofür andererseits der Apotheker 10 oder 15 Pfennige bezahlt bekäme.

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

Zur Reform der sozialen Krankenversicherung

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

In letzter Zeit sind in der Presse von verschiedenen Seiten Vorschläge zur Reform der sozialen Krankenversicherung veröffentlicht worden.

Der Geschäftsführende Bundesvorstand des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) vertritt den Standpunkt, daß angesichts der Schwierigkeit der hiermit zusammenhängenden Fragen einseitige und voreilige Stellungnahmen vermieden werden müßten.

Er hält es jedoch jetzt schon für dringend notwendig, daß den RVO-Kassen für die ihr zusätzlich übertragenen Aufgaben voller Kostenersatz gewährt wird.

- Hierzu gehören insbesondere die Leistungen im Rahmen
- a) der Krankenversicherung der Kriegsbeschädigten,
 - b) der Rentner-Krankenversicherung,
 - c) der Krankenversicherung der Empfänger von Unterhaltsbeihilfen nach dem Lastenausgleichsgesetz,
 - d) der Familienwochenhilfe nach dem Mutterschutzgesetz,
 - e) und bei Arbeits- und Sportunfällen, wobei eine Kostenersatzpflicht ebenso anzuerkennen ist wie bei der Tuberkulose und bei den Geschlechtskrankheiten.



Lax 88

bei Obstipation mit Spasmen oder Darmatonie

DM -.85

25 DRAGEES

Gerichtliches Vorgehen gegen „Revue“

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

In der illustrierten Zeitschrift „Revue“ vom 12. Dezember 1953 erschien ein Bildbericht mit der Überschrift „Tote Augen klagen an“. In diesem Bericht wird der Eindruck erweckt, als wäre auf Grund einer bei einer Patientin vorgenommenen Zahnextraktion eine Erblindung beider Augen eingetreten. Dies trifft in keiner Weise zu. Der Artikel ist in allen wesent-

lichen Punkten falsch, außerdem verschweigt er die Erkrankung, welche die Ursache der Erblindung war. Da die unwarhen Behauptungen der „Revue“ eine schwere Diffamierung der beteiligten Ärzte darstellen, wird der wirkliche Tatbestand durch ein Gerichtsverfahren festgestellt werden, wenn die „Revue“ nicht dem Verlangen eines sofortigen Widerrufs entspricht. Es wird außerdem vom Herrn Oberbürgermeister der Stadt Stuttgart als dem Dienstvorgesetzten der betroffenen Ärzte des Städt. Katharinenhospitals Strafantrag wegen übler Nachrede gestellt werden.

Kurznachrichten

Das Patientengeheimnis

Die Deutsche Ärzteschaft hat gegen den Regierungsentwurf des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsofopferversorgung Einspruch erhoben, weil darin die Beseitigung des Patientengeheimnisses und die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht enthalten sei. Der Entwurf, der demnächst dem Bundestag zur ersten Beratung vorliegt, enthalte Bestimmungen, die gegen die vom Grundgesetz garantierten Grundrechte verstießen, denn es sei vorgesehen, die Kriegsofopfer zu zwingen, die gesamten ärztlichen Aufzeichnungen, auch die nicht mit Kriegsleiden zusammenhängenden, den Behörden des Versorgungswesens ausliefern zu lassen. Aus diesem Grunde hätten die ärztlichen Berufsorganisationen eine Denkschrift an das Parlament gerichtet. Darin werde gefordert, daß das Patientengeheimnis nicht zugunsten der fiskalischen Kassen geopfert werde. („Stuttgarter Zeitung“, 1. 12. 1953)

So wird es anderswo gemacht

Weißer Fahne bei Krankentransport

In Darmstadt sollen die Rote-Kreuz-Wagen künftig weiße Fähnchen als Kennzeichen dafür führen, wenn sie sich auf Transporten befinden, bei denen es um Menschenleben geht. Damit soll der Polizei die Möglichkeit gegeben werden, diesen Fahrzeugen, genau wie den Autos der Polizei, der Feuerwehr, des Grenzschutzes und des Zolldienstes, unbedingte Vorfahrt zu gewähren. („Stuttgarter Zeitung“, 1. 12. 1953)

Buchbesprechungen

Schaetzing: „Die verstandene Frau.“ Lehmanns Verlag, München, 195 Seiten, geb. DM 14.—, geh. DM 11.50.

Die ärztliche Seelenführung der Frau in Not ist in diesem Buche von einem Frauenarzt aus Berlin meisterhaft beschrieben. Gibt es doch so wenige Fachärzte und Ärzte, die das Verstehen vollkommen beherrschen und mit der Erfassung der Psyche der Frau wirkliche Helfer im Behandeln der Frauenkrankheiten sind.

Ohne in Extreme zu fallen, wird der Psychotherapeut und der Gynäkologe bei seinen Patienten dann die größten Erfolge haben, wenn sich die Frau „verstanden fühlt“ in ihren krankhaften Symptomen.

In vorliegendem Buche ist dem Verfasser in überaus klaren Darstellungen gelungen, seine großen Erfahrungen in den Dienst der Fachärzte und Ärzte zu stellen, die ihre Kenntnisse sowohl auf gynäkologischem, wie auch auf psychotherapeutischem Gebiete erweitern wollen. Um nur einzelne Kapitel dieses Buches herauszunehmen, scheinen mir die Beobachtun-

Unterschiede zwischen Geisteskranken und Kriminellen

Der Regierungsentwurf eines Gesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung wurde im Plenum des Bundesrates behandelt. Auf Antrag des Landes Hessen wurde im Sinne der voraufgegangenen Beratungen im Innenausschuß des Bundesrates gegen das Votum des Rechtsausschusses des Bundesrates von der Mehrheit die gleichzeitige Regelung für Kriminelle und Geisteskranke abgelehnt. Eine entsprechende Streichung in § 1 der Regierungsvorlage wurde beschlossen. Gleichzeitig wurde beschlossen, dem § 1 einen dritten Absatz anzufügen, der folgenden Wortlaut hat: „Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf Geisteskranke und Rauschgift- oder Alkoholsüchtige.“

Danach hat sich im Bundesrat die Auffassung der Ärzteschaft, wonach das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung nicht durch ein einziges Gesetz gemeinsam für Verbrecher und Geisteskranke geregelt werden kann, durchgesetzt. (Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft)

Dr. med. kostet 14 000 DM

Auf mindestens 14 000 DM belaufen sich gegenwärtig die Ausbildungskosten eines Mediziners bis zu seinem ersten selbstverdienten Gehalt. Diese Aufstellung wurde jetzt von der „Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern“ der Öffentlichkeit vorgelegt. 10 800 DM werden für die Lebenshaltung, 2500 DM für Studiengebühren und 700 DM für die notwendigsten Bücher veranschlagt, wobei elf Studiensemester, ein Examensemester und zwei Assistentenjahre zugrunde gelegt werden. Der durch die Studienzeit entstehende Verdienstaufschlag wird gleichzeitig mit 20 000 DM angenommen. („Die Welt“, 25. 11. 1953)

gen der Wartezimmertypen sowie die Schilderungen über Hysterie und Neurose besonders gelungen. In seiner anschaulichen Form und seiner überragenden Klarheit schwieriger Probleme ist das Buch sicherlich eines der besten und lesenswertesten Neuerscheinungen der letzten Monate.

Dr. Karl Mayer

Emmelmann — Römer: „Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland und die Verfassung des Landes Baden-Württemberg.“ Verlag: C. F. Müller, Karlsruhe, 1953, 87 Seiten, kartoniert, DM 3.60.

Der Sonderdruck gibt den Wortlaut der beiden verfassungsrechtlichen Gesetze in übersichtlicher klarer Ordnung wieder. Die einzelnen Bestimmungen werden durch zahlreiche Anmerkungen ergänzt. Auch wird durch wechselseitige Verweisung von der Landesverfassung auf das Grundgesetz und umgekehrt der Zusammenhang beider Gesetze erläutert und somit das Verständnis der einzelnen Bestimmungen wesentlich erleichtert. Der Sonderdruck kann allen denen, die staatsrechtlich interessiert sind, zur Anschaffung nur empfohlen werden.

Dr. Krahn

AM 49

RHEIN-CHEMIE - PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG HEIDELBERG

BEI ASTHMA-BRONCHIALE

Anfallsfreiheit, ruhiger Schlaf, Wegfall der sekundären Herz- und Kreislaufbelastung, Appetit- und Gewichtszunahme, Rückkehr des Selbstvertrauens - sind die aus der Praxis bestätigten Erfolge der Therapie mit AM 49

RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG HEIDELBERG

Bekanntmachungen

Kongreßkalender

- 23. bis 25. Januar 1954**
Tagung der Fachgruppe der leitenden Laboratoriumsärzte Deutschlands in Marburg/Lahn.
Näheres durch Dr. J. A. Raftopoulos, Fürth/Odenwald, Erbacher Str. 31.
- 16. bis 20. Februar 1954**
Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Thema „Ausgewähltes aus der Endokrinologie für den praktischen Arzt: Keimdrüsen, Nebennierenrinde, Schilddrüse und ihre hypophysäre Steuerung“, veranstaltet von der Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen. Näheres durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g.
- 19. und 20. Februar 1954**
42. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Hamburg.
Anmeldungen, Anfragen und Vortrags-Anmeldungen an Prof. Budelmann, Hamburg-Harburg, Eissendorfer Pferdeweg 52.
- 7. bis 28. März 1954**
Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde, veranstaltet von der Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen. Näheres durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g.
- 14. bis 21. März 1954**
Einführungslehrgang in die „Ordnungstherapie“ in Luzern (Vierwaldstätter See), veranstaltet vom Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft und Anmeldung bei Prof. Dr. K. Saller, München, Richard-Wagner-Str. 10/I.
- 21. bis 27. März 1954**
5. Ärztlicher Fortbildungslehrgang für Kneippsche Therapie in Hannover. Auskunft und Anmeldung beim Kneipp-ärztebund e. V. Bad Wörishofen.
- 26. September bis 2. Oktober 1954**
XIII. Internationale Tuberkulose-Tagung in Madrid. Das ausführliche vorläufige Programm ist entweder vom Kongreßbüro in der „Escuela Nacional de Tisiologia“, Ciudad Universitaria, Madrid, oder in deutscher Sprache von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hannover, Sallstr. 41, zu beziehen.
- Das Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13, bringt im Jahr 1954 folgende Veranstaltungen:**
- Fortbildungskurs für praktische Medizin in Davos 24. Januar bis 7. Februar.
Studienreise nach Ägypten 5. Februar bis 24. Februar.
Studienreise nach Spanien 12. April bis 5. Mai.
Studienreise nach Griechenland mit dem Hippokrates-Verlag 14. April bis 4. Mai.
Studienreise zum Thalasso-Therapie-Kongreß in Opatija-Rab-Split-Ragusa 9. Mai bis 25. Mai.
Fortbildungskurse für praktische Medizin in Grado 30. Mai bis 13. Juni.
Medizin.-balneolog. Colloquien in Langeoog 5. Juni bis 26. Juni.
Studienreise nach Österreich und Jugoslawien, Juni.
Studienreise nach den USA 19. Juni bis 23. Juli.

- Studienreise zum Internationalen Krebskongreß und zum Oto-Neuro-Ophthalmologie-Kongreß in Sao Paulo, Brasilien, Juli.
Medizin.-balneolog. Colloquien in Langeoog 4. September bis 25. September.
Studienreise nach New York und Washington zum Besuch der Internat. Kongresse für Pathologie, Kardiologie und Ophthalmologie, Anfang September.
Fortbildungskurs für praktische Medizin in Meran 12. September bis 26. September.
Studienreise zum Internat. Tuberkulose-Kongreß in Madrid mit Rundreise: Nordafrika, Kanarische Inseln, Madeira und Portugal, September/Oktober.
Studienreise nach Indien, November.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung an den Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe, Moltkestraße 18, lädt zu folgenden Veranstaltungen ein:

- Freitag, den 15. Januar 1954**
20 Uhr: O.M.Rat Dr. Courtin, Karlsruhe,
Ort: Kinderkrankenhaus, am Durlacher Tor.
„Klinische Demonstrationen aus dem Gebiet der Kinderheilkunde“.
- Freitag, den 22. Januar 1954**
20 Uhr: Prof. Dr. Heinsen, Zeven i. Hann.,
„Über subakute und chronische Pankreopathien“.
- Freitag, den 29. Januar 1954**
20 Uhr: Dr. H. Doll, Karlsruhe,
„Wandlungen des Krankheitsgeschehens im Spiegel der Lebensversicherung“.
- Freitag, den 5. Februar 1954**
20 Uhr: Dr. med. A. Geiger, Karlsruhe,
„Klinische Demonstrationen aus dem Gebiet der Hautkrankheiten“.
- Freitag, den 12. Februar 1954**
20 Uhr: Doz. Dr. Niedner, Ulm-Safranberg,
„Die Mitwirkung des praktischen Arztes bei der Auswahl von Patienten mit angeborenen und erworbenen Herzfehlern zur Herzoperation“.
- Freitag, den 19. Februar 1954**
20 Uhr: Doz. Dr. E. Volhard, Karlsruhe,
„Klinische Demonstrationen aus dem Gebiete der inneren Medizin“.
- Freitag, den 26. Februar 1954**
20 Uhr: Prof. Dr. Rupp, Karlsruhe,
„Genese, Prophylaxe und Therapie der Mastitis puerperalis“.
- Freitag, den 5. März 1954**
20 Uhr: Prof. Dr. Hueck, Karlsruhe-Rüpp,
„Chirurgische Behandlung verschiedener Hüftgelenkserkrankungen“.
- Freitag, den 12. März 1954**
20 Uhr: Oberarzt Dr. Peter, Karlsruhe,
„Klinische Demonstrationen aus dem Gebiete der Chirurgie“.
- Freitag, den 19. März 1954**
20 Uhr: Prof. Dr. med. Schneider, Karlsruhe,
„Klinische Demonstration aus dem Gebiete der Urologie“.
- Freitag, den 26. März 1954**
20 Uhr: O.M.Rat Dr. Deglmann, Karlsruhe,
„Spätfolge der Mangelernährung“.

Bei Gallenstörungen

gallo sanol

entlastet

von Druckschmerz

und Stauung

165
DM

30 Silberdragées

Staatsärztliche Lehrgänge

Das Ministerium des Innern von Rheinland-Pfalz bietet den Ärzten durch staatsärztliche Lehrgänge Gelegenheit, sich auf den Beruf als Amtsarzt vorzubereiten. Gleichzeitig wird auch die Ausbildung für Stadtärzte, Fürsorgeärzte und sonstige Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchgeführt.

Die Lehrgänge werden beim Hygienischen Institut (Professor Dr. Kliewe) der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz abgehalten und laufen vom 21. April bis 20. Juli 1954. Letzter Anmeldetermin 25. Februar 1954.

Meldungen zum Lehrgang und gegebenenfalls zur staatsärztlichen Prüfung sind zu richten an:

Rheinland-Pfalz
Ministerium des Innern
Mainz, Schillerplatz 5

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTEMBERG (US-ZONE)

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

Bericht

über die 91. Sitzung des Vorstandes der KV Landesstelle
Württemberg am 28. November 1953

(17 Uhr — 21.30 Uhr)

1. Organisationsfragen.
2. Zusammen mit dem Finanzausschuß wird der Haushaltsplan 1954 vorberaten.
3. Wirtschaftsprüfer Dr. Diez berichtet über die Prüfung der Buchführung und der Bilanz zum 31. Dezember 1952. Es haben sich keine Beanstandungen ergeben. 2% Verwaltungskosten sind nicht überschritten worden einschließlich Kostenanteil am Neubau. — Eine fachmännische Überprüfung der Organisation der Geschäftsstelle wird in Aussicht genommen mit anzuschließender Beratung über etwaige Rationalisierungsmöglichkeiten.
4. Beratung, welche Kollegen und Kolleginnen dem Land Baden-Württemberg als ärztliche Sozialrichter vorgeschlagen werden sollen. Folgende Vorschläge werden beschlossen — vorbehaltlich der Zustimmung der Betroffenen —:
Für das Bundessozialgericht
Dr. med. Dobler, Schorndorf.
Für das Landessozialgericht
Dr. med. Giebel, Stuttgart,
Dr. med. Osterhage, Wiesensteig.
Für die Bezirkssozialgerichte
Dr. med. Ruthardt, Ulm/D.,
Dr. med. Ilse Reinhardt, Stuttgart,
Dr. med. Rupp, Fellbach
Dr. med. Krippner, Mergentheim.
5. Ein Orthopäde hat beantragt, eine orthopädie-mechanische Werkstätte seiner Praxis angliedern zu dürfen. Dem Antrag wird zugestimmt, mit der Maßgabe, daß dort nur eigene Kranke versorgt werden.
6. Prof. Dr. N. berichtet über die Informationssitzung des sozialpolitischen und Rechtsausschusses des Landtags in Sachen Altersversorgung.

Dr. Hämmerle

Bericht

über die 92. Sitzung des Vorstandes der KV Landesstelle
Württemberg am 3. Dezember 1953

(19 Uhr — 24 Uhr)

1. Dr. Benz trägt zahlreiche Änderungsvorschläge der Honorarkommission zum Honorarverteilungsmaßstab vor. Sie werden beraten und teilweise abgeändert. Endgültige Ergebnisse vgl. Bericht über die 16. Abgeordnetenversammlung der KV (im nächsten Heft).
2. Prof. Dr. Heiss hat eine kleine Abteilung zur stationären Behandlung von Sportverletzten neu geschaffen. In seiner Anwesenheit wird beraten, wie dort erbrachte stationäre Leistungen hono-

Verzeichnis der Krankenanstalten in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland und in Westberlin — Stand 1. Januar 1953 —

Das Statistische Bundesamt teilt mit, daß Mitte Dezember eine zweite völlig neu bearbeitete und ergänzte Auflage obigen Verzeichnisses erschienen ist.

Berichtigung

In Heft 12, Seite 267, dieses Blattes wurde eine Meldung veröffentlicht, daß in dem Städt. Krankenhaus Heilbronn 200 der „bekanntesten Krankheiten“ untersucht würden. Es soll — wie uns Dr. Kibler, Heilbronn, mitteilt — heißen, daß von den wichtigsten Krankheiten, die gut diagnostizierbar sind, je 200 Fälle untersucht werden (zur Nachprüfung der Augen-diagnostik).

- riert werden können. Da sie nicht im Pauschale erhalten sind, muß angestrebt werden, daß die Krankenkassen entweder einen erhöhten Pflegesatz gewähren oder aber das Gesamtpauschale entsprechend erhöhen. Nur im letzteren Fall können die Leistungen über die KV abgerechnet werden.
3. Reg. Dir. Dr. Haug referiert über anzustrebende Änderungen der KV-Satzung und über eine Wahlordnung. Zur beschleunigten Beratung wird eine Kommission gebildet (Dr. Schwoerer, Dr. Benz, Reg. Dir. Dr. Haug, Hauptgeschäftsführer Stein).
4. Dr. Schwoerer berichtet über die Sitzung des SW-KV-Ausschusses in Baden-Baden am 18. November 1953.
5. Als Berufungsinanz für den Bewerbungsausschuß (für Ersatzkassenzulassung) ist bisher der Vorstand der KV tätig gewesen. Es wird beschlossen, jetzt eine eigene 2. Instanz zu schaffen. Der Abgeordnetenversammlung werden entsprechende Vorschläge vorgelegt werden.
6. Die Zulassung zur Postbeamtenkrankenkasse wird künftig im Regelfall zusammen mit derjenigen für Fürsorgeempfänger und für Bundesversorgungsberechtigte erteilt werden.
7. Beschlußfassung über Einzelfragen.

Dr. H.

Bericht

über die 17. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer
Nord-Württemberg E. V. am 15. Dezember 1953

(19 Uhr — 20.15 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer spricht zur Lage.
Das Ärztekammergesetz ist jetzt in Kraft getreten. Der schon längere Zeit bestehende SW-Kammerausschuß hat damit offiziellen Charakter gewonnen. Er ist mit der Vorbereitung der Maßnahmen beauftragt, die zur Gründung der Landesärztekammer erforderlich sind. — Der Ärztetag 1954 wird am 25. Juni d. J. in Hamburg stattfinden. — Neue Gesichtspunkte, die sich in Fragen der Altersversorgung ergeben haben, werden eingehend besprochen. An einer möglichst tiefgehenden Klärung dieses Problems wird fortgesetzt weitergearbeitet. Der Vorstand ist der Auffassung, daß die Situation im Augenblick für eine Urabstimmung noch nicht reif ist.
2. Der alte Bundestag hatte im Rahmen der Kleinen Steuerreform die Regierung ermächtigt, für die freien Berufe im Verordnungswege wieder 1000 DM für nicht nachweisbare Betriebsausgaben anzuerkennen. Diese Verordnung ist leider nicht ergangen. Dr. Schwoerer wird gebeten, in dieser Angelegenheit eine Unterredung mit dem badisch-württembergischen Finanzminister herbeizuführen.
3. Beratung über Fragen, die sich ergeben im Zusammenhang mit der in Entstehung begriffenen Landesärztekammer (Unterbringung, personelle Zusammensetzung der Geschäftsführung).
4. Dr. Knospe berichtet über einen Antrag der Röntgenfachärzte, wonach auch bei Ersatzkassen die Röntgenunkosten vor der Errechnung des Fürsorgebeitrages vom Honorar ab-

gezogen werden sollten. Es ist dies seit einiger Zeit bei den KVO-Kassen so gehandhabt worden. Da jedoch im Gegensatz zu diesen bei den E-Kassen Honorar und Unkosten nicht getrennt abgerechnet werden, wird dem Antrag nicht entsprochen.

5. Aus der Gruppenversicherung, der noch ein Großteil der württembergischen Ärzteschaft angehört, ist für die Jahre 1946—1949 ein Gewinn angefallen. Dieser wird auf die betreffenden Ärzte umgelegt und diesen überwiesen werden.

6. Der Fürsorge- und Versorgungsausschuß hat am 28. Oktober 1953 vorgeschlagen, dieses Jahr DM 30 000.— Winterbeihilfe und DM 50 000.— Weihnachtszuwendungen zu verteilen. Der Vorstand stimmt zu.

7. Die Robert-Bosch-Werke haben liebenswürdigerweise zu einer Werkbesichtigung eingeladen. Als Termin soll der 10. Februar 1954 vorgeschlagen werden. Als Teilnehmer sind in Aussicht genommen die Vorstände von AK und KV und die Kreisärzteschaftsvorsitzenden.

8. Die Zeitschrift „Revue“ ist mehrfach durch ihre eigenartige Berichterstattung in gesundheitlichen Angelegenheiten unangenehm aufgefallen. In einem besonders krassen Fall hat jetzt die Stadt Stuttgart neben den betroffenen Ärzten Klage erhoben. Der Vorstand beschließt, seitens der Kammer dieser Klage beizutreten.

9. Für gelegentlich der Ärztekammer vorgelegte Arztrechnungen wird eine Gutachterstelle gebildet. Ihr gehören laut Vorstandsbeschuß an: Dr. Dobler, Dr. Knosp, Dr. Hämmerle.

10. In 4 Ehrenangelegenheiten wird über die Durchführung eines Verfahrens und über eine etwaige Beteiligung der Kammer Beschluß gefaßt.

11. Ärztlicher Beisitzer beim Finanzgericht: Der Vorstand bittet Dr. Rieger, diese Aufgabe ein weiteres Jahr zu übernehmen. Dr. H.

Die Reihen-Röntgenuntersuchungen

der Bevölkerung beginnen nach einer Mitteilung des Regierungspräsidiums Nordwürttemberg

im Kreis Ohringen am 1. Februar 1954 und

im Kreis Schwäb. Hall am 15. Februar 1954

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der in den Monaten November und Dezember 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Beckmann, Prof., Stuttgart, 12,50; Dronia, Stuttgart, 10; Dürr, Schwäb. Hall, 30; Elsässer, Brackenheim 10; Freihofer, Stuttgart, 20; Gramm, Waiblingen, 10; Geiger, Horrheim, 20; Haller, A., Stuttgart, 20; Hammer, Heilbronn, 30; Hart, Ulm, 20; Herzog, Bad Friedrichshall-Kochendorf, 10; Jürgens, Prof., Ludwigsburg, 100; Kohler, Aalen, 40; Lang, Crailsheim, 20; Lebküchner, Neuenstadt a. K., 10; Lorenz, Brettheim, 50; Manuwald, Schwäb. Gmünd, 10; Marquardt, Stuttgart, 19; Mayer, Otto, Stuttgart, 100; Müller, Sulzdorf/Hall, 25; N. N., 30; N. N., 50; Obladen, Elisabeth, Mühlacker, 20; Rath, Heilbronn, 20; Schapfl-Treiber, Lilly, Stuttgart-Vaihingen, 15; Scharpf, Stuttgart, 20; Scheerer, Prof., Stuttgart, 10; Schempp, Prof., Stuttgart, 150; Schertlin, Gotthard, Geislingen/St., 20; Schröder, Stgt.-Bad Cannstatt, 5; Sigel, Otto, Stuttgart, 20; Tiefensee, Schwäb. Hall, 50; Wagner, J., Obermed.Rat, Eßlingen, 30; Walde, Geislingen/St., 50; Weyrauch, Göppingen, 25; Widemann, Ellwangen, 10; zusammen: **1091,50 DM.**

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart O, Reitzensteinstraße 38. Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landesbanksparkasse Stuttgart.

Mitgliederbewegung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. vom 1. Oktober bis 31. Dezember 1953

Neu aufgenommen wurden:

Dr. Anders, Oscar, Stuttgart
Dr. Baron, Annaliese, Waldhausen
Dr. Brummer, Hugo, Bad Mergentheim
Dr. Brunner, Heinrich, Stuttgart
Dr. Brussatis, Friedrich, Stuttgart-Degerloch
Dr. Deeken, Paul, Bad Mergentheim
Dr. Drechsel, Rolf, Stuttgart-Hedelfingen
Dr. Droste, Rolf, Stuttgart
Arztin Dunz, Elisabeth, Stuttgart
Dr. Elsässer, Gerhard, Kohlberg
Dr. Friderich, Evgenia, Stuttgart
Prof. Dr. Gässler, Eugen, Stuttgart
Dr. Gdynia, Walter, Heidenheim/Brenz
Dr. Grossmann, Lydia, Stuttgart
Dr. Heinzelmann, Gertrud, Heilbronn
Dr. Hinger, Rudolf, Ludwigsburg
Dr. Intlekofer, Wolfgang, Ludwigsburg
Dr. Kemmler, Theodor, Stuttgart
Dr. Kempf, Lore, Stuttgart
Dr. Knauss, Hermine, Schwäb. Hall
Dr. Koch, Norbert, Stuttgart-Feuerbach
Dr. Köhler, Ekkehard, Stuttgart
Dr. Küchler, Isolde, Heilbronn
Dr. Leube, Gisela, Ohringen
Dr. Link, Anton, Lauchheim
Dr. Losche, Richard, Bietigheim
Dr. Methner, Georg, Korb
Dr. Mey, Rudolf, Heilbronn/Neckar
Dr. Meyer, Arthur, Wendlingen/Neckar
Dr. Müller, Karl-Heinz, Ludwigsburg
Dr. Münzenmaier, Helmut, Bietigheim
Dr. Nast, Rudolf, Stuttgart
Dr. Neuffer, Hildegard, Stuttgart
Dr. Piel, Horst, Stuttgart-Birkach
Dr. Ranker, Anne-Lotte, Stuttgart
Dr. Reinhardt, Erika, Stuttgart-Botnang
Dr. Ruhrmann, Klaus, Stuttgart
Dr. Ruoff, Fritz, Stuttgart
Dr. Schellmann, Hans, Stuttgart
Dr. Schiewe, Werner, Stuttgart
Dr. Schmid, Ekhard, Stuttgart
Arzt Schmith, Paul, Ulm a. D.
Dr. Stratmann, Friedrich-Wilhelm, Stuttgart
Dr. Taig, Erwin, Lorch
Dr. Vogel, Heinz-Hartmut, Stuttgart
Dr. Westerkamp, Rosemarie, Stuttgart-Degerloch
Arzt Ziegler, Wolfgang, Nürtingen

Verzogen sind:

Dr. Aldenhoven, Elisabeth, Stuttgart
Ärztin van den Bergh, Wilhelmina, Stuttgart
Dr. Bock, Hans, Bad Mergentheim
Dr. Bollwinkel, Heinz, Stuttgart-Bad Cannstatt
Dr. Dausel, Ernst, Stuttgart
Dr. Eck, Diethelm, Stuttgart
Dr. Enzmann, Harald, Bad Mergentheim
Dr. Foerstner, Hans, Schwäb. Hall
Dr. Friederich, Karl-Heinz, Aalen
Dr. Hildner, Ottmar, Bad Mergentheim
Ärztin Hudezeck, Eva, Schwäb. Hall
Dr. Jansen, Hans-Helmut, Stuttgart
Dr. Karwath, Ingrid, Stuttgart
Dr. Kesslinger, Hans, Ulm a. D.
Dr. Kluge, Harro, Geislingen/Steige
Dr. Kondziella, Hans-Joachim, Göppingen

NEU!

PEGTAMED

Hustentropfen für Kinder und Erwachsene

O.P. mit 15 ccm . . . DM 1.15 o.U.

Literatur- und Musterabgabe:

E. MERCK AG • Abteilung Stuttgart
(14a) STUTTGART W, Breitscheidstraße 121

Dr. Maisch, Max, Göppingen
 Dr. Meissenheimer, Hartmut, Göppingen
 Arzt Nowak, Franz, Heilbronn
 Dr. Oehrl, Karl, Ludwigsburg
 Dr. Pelz, Elisabeth, Stuttgart
 Dr. Richarz, Elisabeth, Bad Mergentheim
 Arzt Steinwegs, Rudi, Stuttgart
 Dr. Stoll, Ulrich, Ulm a. D.
 Dr. Thomä, Helmut, Stuttgart
 Dr. Vogt, Helmut, Ohringen
 Dr. Wallat, Waldemar, Bad Mergentheim
 Dr. Wissmann, Günther, Göppingen
 Dr. Woerner, Emil, Eislingen

Ausgetreten sind:

Dr. Kreidler, Anton, Ludwigsburg
 Dr. Seitz, Hans, Göppingen
 Dr. Schikore, Curt, Crailsheim

Gestorben sind:

Dr. Blanckertz, Hella, Winnental
 Dr. Bouché, Friedrich, Ilsfeld
 Dr. Diederich, Hermann, Heidenheim/Brenz
 Med.Dir. a. D. Dr. Dodillet, Carl, Sindelfingen
 Prof. Dr. Grahe, Karl, Stuttgart
 Dr. Krayl, Karl, Stuttgart
 Dr. Kux, Franz, Eßlingen
 Ärztin Rustleben, Anna, Stuttgart
 Dr. Salzmann, Mathilde, Stuttgart
 Dr. Schrode, Heinrich, Ulm a. D.
 Dr. Ulbrich, Johannes, Stuttgart-Degerloch

Mitgliederstand am 1. Januar 1954: 3393.

70. Geburtstag

Am 7. Dezember 1953 feierte Herr Dr. Karl Eduard Mayer, Ulm, seinen 70. Geburtstag. Dr. Mayer ist in Nürtingen geboren und hat nach Besuch des humanistischen Gymnasiums in Eßlingen von 1902 bis 1909 an der Kaiser-Wilhelm-Akademie und der Universität Berlin Medizin studiert. Seine Fachausbildung erhielt er an der Universitäts-Nervenlinik in Tübingen unter Prof. Gaupp sen. Den 1. Weltkrieg erlebte er als Sanitätsoffizier in Frankreich und Rußland. 1918 ließ er sich als Facharzt in Ulm nieder und war gleichzeitig bis 1922 als Leiter der Nervenabteilung am Versorgungs Krankenhaus Ulm tätig.

Von 1930 bis 1936 war Dr. Mayer Vorsitzender der Bezirks-Arztekammer Ulm und von 1931 bis 1933 Mitglied des Vorstandes der Württ. Arztekammer.

Dr. Mayer ist in Ulm als Facharzt sehr beliebt; er übt seine ärztliche Tätigkeit hier mit viel Hingabe und Gewissenhaftigkeit aus.

Arzteschaft des Kreises Ulm

Geburtstage

Am 28. Januar 1954:
 Med.Rat. i. R. Dr. Friedrich Lebküchner, Neuenstadt, 80 Jahre
 Am 1. Februar 1954
 Dr. Hans Hauser, Ulm, 70 Jahre
 Am 6. Februar 1954
 Dr. Hans Eyckmüller, Neckarsulm, 70 Jahre
 Am 16. Februar 1954
 Dr. Richard Kerber, Wüstenrot, 80 Jahre
 Am 17. Februar 1954
 Dr. Alfred Rauth, Heilbronn, 70 Jahre
 Am 19. Februar 1954
 Dr. Hermann Zipperlen, Ulm, 80 Jahre
 Am 29. Februar 1954
 Dr. Richard Syring, Ulm, 70 Jahre
 Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

Ärztin Rustleben, Anna, Stuttgart
 geb. 1. 5. 1902, gest. 28. 11. 1953
 Dr. Bouché, Friedrich, Ilsfeld
 geb. 9. 11. 1880, gest. 4. 12. 1953
 Med.Dir. a. D. Dr. Dodillet, Carl, Sindelfingen
 geb. 26. 3. 1876, gest. 27. 11. 1953
 Dr. Blanckertz, Hella, Winnental
 geb. 29. 10. 1879, gest. 29. 11. 1953
 Dr. Diederich, Hermann, Heidenheim
 geb. 7. 7. 1899, gest. 17. 12. 1953
 Dr. Ulbrich, Johannes, Stuttgart-Degerloch
 geb. 31. 12. 1914 gest. 24. 12. 1953

ÄRZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Wilhelmstr. 106 · Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister von Württemberg-Hohenzollern eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandem Staatsexamen.

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

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde

3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte ärztl. Tätigkeit
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung eines Facharztes bewirbt
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister
6. Polizeiliches Führungszeugnis
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen- oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung
8. Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis
9. Eine Erklärung darüber, daß der Bewerber nicht rauschgiftüchtig ist oder war.

**Zur
Trocken-
Behandlung: Aktiv-Puder**

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

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

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, ob und welche Ausbildung genossen und ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbern um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Lande niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassischen oder politischen Gründen die Stelle verloren wurde.

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Oberndorf	prakt. Arzt
Langenargen	prakt. Arzt
Rottweil	prakt. Arzt (bevorzugt wird ein Arzt mit prakt. homöopath. Heilweise)
Balingen	Facharzt f. HNO-Krankheiten
Calw	Facharzt f. Kinderkrankheiten

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 10. Februar 1954, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der in den Monaten November und Dezember 1953 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Württemberg-Hohenzollern:

Borck, Pfullingen, 20; Buder, Obermed.Rat, Tübingen, 10; Eble, Rottweil, 50; Harter, Ebingen, 10; Hopf, Tübingen-Lustnau, 10; Lahmeyer, Wildbad, 20; N. N., 30; Rudolph, Leutkirch, 10; Sterkel, Ravensburg, 20; zusammen: 180 DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer
Dr. Scherb

Anschrift: Stuttgart O, Reitzensteinstraße 38, Postscheckkonto Stuttgart 5320, Girokonto 313 bei der Württ. Landes-sparkasse Stuttgart.

Nachruf

Am 21. Dezember 1953 ist in Reutlingen unser ältester Kollege, Direktor Dr. Eugen Kübler, im 88. Lebensjahr verschieden. Dr. K., 1866 in Stuttgart geboren, hatte sich 1894 hier als praktischer Arzt und Frauenarzt niedergelassen. Er wurde 1908 zum Leiter des damaligen Bezirkskrankenhauses ernannt. Dank seines großen chirurgischen Könnens, seines Fleißes und seiner menschlichen Qualitäten erreichte er, daß das damals kleine Krankenhaus sich bald in der näheren und weiteren Umgebung eines ausgezeichneten Rufes erfreute und so stark frequentiert wurde, daß große Erweiterungen gebaut werden mußten. Ganz Besonderes leistete er im ersten Weltkrieg, wo er neben seiner zivilen Tätigkeit die große chirurgische Abteilung des Reservelazarets leitete. Nachdem er 25 Jahre segensreich gewirkt hatte, trat er 1933 in den Ruhestand. Nach kurzer Ruhezeit jedoch sprang er 1939 bei Kriegsbeginn erneut in die Bresche und leistete trotz seines vorgeschrittenen Alters nochmals Hervorragendes als Chirurg für Militär und Zivilbevölkerung. Mit Recht wurden ihm in beiden Kriegen hohe militärische Auszeichnungen verliehen. Uns Ärzten, die wir mit ihm zusammengearbeitet haben, war er ein liebenswürdiger, hilfsbereiter Kollege, den wir alle hoch verehrt, und von dem wir alle gelernt haben. Wir werden ihm stets ein dankbares Andenken bewahren.

Ärztlicher Kreisverein, Reutlingen

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Lahr	für einen praktischen Arzt
Schopfheim	für einen Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten.

Bewerbungen um diese Kassenarztstellen sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis zum 10. Februar 1954) 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, dem polizeilichen Führungszeugnis und dem Entnazifizierungsbescheid sind erforderlich:

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Landesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zu-

gelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,

3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder es gewesen ist.

Landesärztekammer Baden
Kassenärztliche Vereinigung

Ehrengerichtsverfahren

Vor einem Ehrengericht im Regierungsbezirk Südbaden wurde ein Arzt wegen Verstoßes gegen § 23 Abs. 3 Satz 1 der Berufsordnung und § 1 der Ehrengerichtsordnung vom 1. Dezember 1949 mit einem Verweis und einer Geldbuße von DM 500.— bestraft, weil er seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke hergegeben hatte.

Der Bestrafung lag folgender Tatbestand zugrunde: Eine Firma für Haarwuchsmittel hatte eine Urkunde entworfen, die Friseur als anerkannte „wissenschaftliche Forschungshelfer“ einer „wissenschaftlichen Haarpflegegesellschaft für forschungstechnische Arbeiten“ bezeichnete und sie zur „Heimbehandlung“ mit den Spezialmitteln der Firma berechnete. Unter diese Urkunde hatte der betreffende Arzt, der auch bei der Aufsetzung des Inhalts mitgewirkt hatte, neben



Altbekannte magen- und darmwirksame Bestandteile sind optimal kombiniert mit Succus Liquiritiae praep. zur diätlosen ambulanten Behandlung von
Ulcus ventriculi Ulcus duodeni
Gastritiden
Keine Nebenerscheinungen.

Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung

Klein-Packung mit
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

anderen Unterschriften seinen Namen mit der Bezeichnung „kontrollierender Arzt“ setzen lassen.

Ein Abdruck dieser Urkunde befand sich außerdem innerhalb eines 12 Seiten umfassenden Werbeprospekts, der an „alle Friseure in Westdeutschland“ versandt werden sollte.

Ein weiterer Prospekt, in dem der Arzt als „unser kontrollierender Arzt“ bezeichnet war, wurde an viele Haushaltungen verteilt.

Der Angeklagte hat zugegeben, daß er nach Einsichtnahme in den Druckabzug der Urkunde seine Genehmigung zur Unterschrift erteilt hatte. Er hat zwar späterhin gegen die Bezeichnung „kontrollierender Arzt“ und die Verwendung dieser Bezeichnung im Zusammenhang mit seinem Namen in der Werbeschrift schriftlich bei der Firma protestiert. Als aber die Firma auf die Schwierigkeit einer Änderung hinwies und seinem Wunsch nicht nachkam, hatte er die Angelegenheit auf sich beruhen lassen und mit der Firma weiterhin zusammengearbeitet, indem er sie etwa zweimal im Monat aufsuchte und — zwar selten — „Ratschläge“ erteilte.

Damit hatte er sich mit seinem Namen und dem Berufszusatz „Arzt“ an gewerblichen Bestrebungen beteiligt. Erschwerend wurde von dem Berufsgericht die Tatsache beurteilt, daß durch die ärztliche Unterschrift unter der Urkunde bei dem unbefangenen Leser der Eindruck entstehen mußte, als würde der darin genannte Arzt eine ärztliche Leistung erbringen. Da dies aber nicht der Fall war, und der Angeklagte sogar im Gegensatz zu der getroffenen Vereinbarung mit der Firma die ärztlichen Bemühungen, zu denen er sich darin verpflichtet hatte, nicht ausführte, wurde auch dadurch eine bewußte Täuschung begangen.

Weiter wurde als strafverschärfend bewertet, daß in der von dem Angeklagten mitentworfenen Urkunde den Friseuren Aufgaben eingeräumt wurden, die ihnen nach ihrer Ausbildung und der ihnen zugewiesenen Tätigkeit bei der Behandlung von Kunden mit Haarmitteln nicht zukommt; diese sollten außerdem in den Stand eines „wissenschaftlichen Forschungshelfers“ versetzt werden. Dadurch wurde der Eindruck erweckt, als sollten sie „gewisse Haarerkrankungen untersuchen“. Hierin lag deshalb eine Täuschung, weil die betreffende Firma ihrem Personal und ihrer Einrichtung nach gar nicht zu Forschungsarbeiten in der Lage war.

Zugunsten des Angeklagten wurde seine bisher untadelige Lebensführung, seine bewiesene Einsicht und eine gewisse Notlage, aus der er gehandelt hat, berücksichtigt.

Trotzdem glaubte das Ehrengericht, dem Angeklagten mit aller Deutlichkeit klarmachen zu müssen, daß er das Ansehen des Arztstandes empfindlich geschädigt hat, und hat deshalb die dementsprechende Strafe verhängt.

Nachruf

Am 21. November 1953 verstarb nach längerer Krankheit Frau Dr. Gerda Schlayer-von Puttkammer.

Die Verstorbene war längere Zeit als Assistentin in der Freiburger Kinderklinik tätig, bevor sie sich im Jahre 1946 als Fachärztin für Kinderkrankheiten in Freiburg niederließ. Sie wurde später zur Kassenpraxis zugelassen und war zuletzt als prakt. Ärztin tätig.

Die Bezirksärztekammer Freiburg bedauert den zu frühen Tod der allseits geachteten und geschätzten Kollegin.

Abseits

Tempora mutantur ... (die Zeiten ändern sich)

An der Quelle Hippokrene,
Summend eine Kantilene
Sitzt der Künste Gott, Apoll,
Wonnig lächelnd, anmutsvoll.

Ihn umhegen alle Musen,
Nackt zumeist den schönen Busen,
Jede trägt ihr Attribut
Graziös und wohlgenut.

Ihre Augen sie nicht wenden
Von den Heften, die in Händen
Jede lesend vor sich hält
(„Quick“, „Revue“, „Die neue Welt“).

Vor dem Gotte kniet ein Dichter
(Irgendwer von dem Gelichter!).
Handgeschriebenen Verseband
Zieht er kühn aus dem Gewand.

Und er spricht: „Nimm ihn entgegen,
Lies ihn, gib dann deinen Segen,
Send' ihn vom Parnaß hinaus
Gradwegs ins Verlegerhaus!“

Doch mit lässiger Gebärde
Ab von sich der Gott ihn wehrte
Und dem Staunenden er sagt:
„Sowas ist nicht mehr gefragt!“

Selbst die neun, die Musenschwestern,
Sind nicht mehr von ehigestern,
Wollen wissen — wie man sieht —,
Was heut in der Welt geschieht.

Lesen nur mehr Illustrierte,
Die man hübsch mit Photos zierte,
Neben schmissigem Bericht,
Was so recht ins Auge sticht.

Willst Erfolg du heute haben,
Dann verzicht auf höh're Gaben,
Schreib', was ist sensationell,
Und man druckt dich auf der Stell'.

Schreib fürs Kino, schreib nie kritisch!
Schreib Artikel, die politisch,
Spannend, aktuell, pikant.
Schreib' du spritzig und gewandt!

Leicht verständlich sei's für alle.
Und damit es stets gefalle,
Würz' mit Sexualität
Dein Geschreibsel früh und spät!

Schreib heut so und anders morgen,
Mach' dir drüber keine Sorgen!
Wahrheit ist nicht mehr modern.
Schwinde nur und schwinde gern!

Wichtigstes Moment von allen:
Was du schreibst, das soll gefallen,
Soll dir bringen Geld und Lohn,
Daß du auch was hast davon.

Nichts mehr wert sind Ideale.
Fort 'mit ein für allemale!
Mach's wie jeder! Mensch, sei hell!
Denk doch, denk materiell!“

Hans Höss

Neue Arzneimittel

**Azorhodan-Puder,
Azo-Kur-Wundsalbe,
Azo-Kur-Ekzemsalbe**

Hersteller: Chem. pharm. Fabrik Dr. med. Hubold & Bartsch, Hamburg.

Abdrucke der wichtigsten Arbeiten über diese Mittel werden von der Firma an Interessenten versandt.

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Venoatatin“; Robugen G. m. b. H., Eßlingen, über „Tumarol-Balsam“; Dr. Gerhard Mann, Berlin-Charlottenburg, über „Salicutan“; Dr. Hommel's Chem. Werke (24a) Hamburg 6, über „Hicosen-Tropfen“; Ravensberg G. m. b. H., Konstanz, über „Glutinal“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Kalzan/Kalzan D“.