

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954

6 (1.6.1954)

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 Borch, Pfullingen; Dr. med. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Prof. Dr. med. Hans Kraske,
Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 6

STUTT GART, JUNI 1954

9. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS 6/54

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| Zweite Bekanntmachung über die Durchführung der Wahl zur Landesärztekammer 1954 | 117 | Kurznachrichten | 127 |
| Der berufspolitische Auftrag, von Dr. Konrad Bihl | 118 | Buchbesprechungen | 128 |
| Zurück zur Sachlichkeit — Ein Wort an die Ersatzkassen, von Dr. med. M. Mayer | 119 | Bekanntmachungen | 131 |
| Die Aufgaben der ärztlichen Standespresse im Hinblick auf eine einheitliche Meinungsbildung in der Ärzteschaft, von J. F. Volrad Deneke | 120 | Landesbezirk Nord-Württemberg | 132 |
| Arzt und Verkehrssicherheit | 122 | Landesbezirk Württemberg-Hohenzollern | 134 |
| Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft | 126 | Landesbezirk Nordbaden | 135 |
| | | Landesbezirk Südbaden | 135 |
| | | Abseits | 136 |
| | | Neue Arzneimittel | 136 |

Am Samstag, den 10. Juli 1954, findet ein **ÄRZTLICHER FORTBILDUNGSTAG** in Stuttgart statt. — Näheres siehe Seite 132

Zweite Bekanntmachung über die Durchführung der Wahl zur Landesärztekammer 1954

Lt. Beschluß des Landeswahlausschusses (§ 4, 1 WO Südwestdeutsches Ärzteblatt 1954 Heft 4 S. 69) findet die **Wahl der Bezirksdelegierten** (§§ 1, 14 WO) am **10. Juli 1954** in den Wahlbezirken Nordbaden, Südbaden, Nordwürttemberg und Südwürttemberg-Hohenzollern statt. Die Unterlagen für die Wahl werden jedem Wahlberechtigten rechtzeitig zugesandt werden.

Gem. § 15 WO wird hiermit zur **Einreichung von Wahlvorschlägen für die Bezirksliste** aufgefordert. Die Wahlvorschläge müssen enthalten (§ 16 WO):

| im Wahlbezirk | Namen wählbarer Ärzte als Bezirksdelegierte | Namen wählbarer Ärzte als Ersatzmänner |
|------------------------------|---|--|
| Nordbaden | 9 | 18 |
| Südbaden | 8 | 16 |
| Nordwürttemberg. | 12 | 24 |
| Südwürttemberg.-Hohenzollern | 5 | 10 |

Ein und derselbe Bewerber darf nur auf einem der eingereichten Bezirkswahlvorschläge stehen (§ 16, 1 WO). Der Vorgeschlagene darf seine Zustimmung daher nur zu **einem** Wahlvorschlag der Bezirksliste erteilen (§ 17 WO).

Bei jedem als Ersatzmann Vorgeschlagenen ist anzugeben, für welchen als Bezirksdelegierten Vorgeschlagenen er 1. oder 2. Ersatzmann sein soll.

Alle Vorgeschlagenen sind so deutlich zu bezeichnen, daß über ihre Person kein Zweifel besteht (§ 16, 2 WO).

Der Wahlvorschlag der Bezirksliste muß von mindestens 20 im Wahlbezirk wohnenden wahlberechtigten Ärzten mit Angabe des Vor- und Familiennamens so-

wie der Anschrift unterzeichnet sein. Der erste Unterzeichnete gilt als Vertreter der Gruppe, welche den Wahlvorschlag vorlegt (§ 17 WO).

Dem Wahlvorschlag ist eine schriftliche Erklärung eines jeden Vorgeschlagenen beizufügen, daß er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt (§ 17 WO).

Die Wahlvorschläge müssen bis zum **25. Juni 1954, 18 Uhr**, beim Bezirkswahlleiter abgegeben sein, andernfalls werden sie nicht mehr zugelassen (§ 18 WO). Die Anschriften der Bezirkswahlleiter decken sich mit den Anschriften der Bezirkswahlausschüsse und sind in der 1. Bekanntmachung über die Durchführung der Wahl zur Landesärztekammer 1954 im Südwestdeutschen Ärzteblatt 1954, Heft 5, S. 94/95 enthalten.

Die rechtzeitig eingereichten Wahlvorschläge der Bezirksliste werden, sobald sie überprüft und vom Bezirkswahlausschuß zugelassen worden sind, jedem Wahlberechtigten bekanntgegeben werden. Wird nur 1 Wahlvorschlag der Bezirksliste aufgestellt und zugelassen, so entfällt eine Stimmenabgabe, und es gelten die in dem Wahlvorschlag als Bezirksdelegierte und deren Ersatzmänner verzeichneten Ärzte in der Reihenfolge des Vorschlags als gewählt (§ 19, 3 WO). In diesem Falle wird am Wahltag (10. 7. 1954) nur die Wahl der Vertreter jedes Wahlkreises durchgeführt (§ 14, 1 und §§ 22—27 WO). Jeder Wahlberechtigte wird bei Übersendung der Wahlunterlagen darüber rechtzeitig unterrichtet werden.

- Bezirkswahlausschuß Nordbaden
- Bezirkswahlausschuß Südbaden
- Bezirkswahlausschuß Nordwürttemberg
- Bezirkswahlausschuß Südwürttemberg-Hohenz.

Die Ärzteschaft von Nordbaden, Südbaden und Nord-Württemberg hat in einer Urabstimmung ihren Willen zur Versorgungsfrage kundgetan. Mit dem nachstehenden Artikel, der als erster Beitrag bei uns einging, eröffnen wir die Diskussion über das Ergebnis der Abstimmung.

Der berufspolitische Auftrag

Kritische Würdigung der Zahlenergebnisse der Urabstimmung über die Versorgung
Von Dr. Konrad Bihl, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Tübingen

Die Gesamtheit der Ärzte hat in Baden-Württemberg ihr Votum zur Versorgungsfrage abgegeben; in 3 Landesteilen durch eine Urabstimmung, im 4. Landesteil durch Abstimmung der gewählten Vertreter.

Von 100 Ärzten, die urabstimmen sollten, waren 19 uninteressiert. Diesen war die Angelegenheit offenbar nicht einmal die Unterschrift wert, die sie mit einem einfachen Strich unter die frankiert zugeschickte Abstimmungskarte zu setzen hatten. Vier von den 100 stimmten ungültig ab, eine beachtlich hohe Zahl, wenn man bedenkt, wie einfach der Abstimmungsvorgang gestaltet war. Von denen, die eine gültige Meinungsäußerung durch die Urabstimmung abgaben — von 100 waren es 77 — stimmten 44 dafür und 33 dagegen.

Der vierte Landesteil von Baden-Württemberg (Süd-württemberg-Hohenzollern) hat die Versorgungsanstalt in Tübingen. Seit nun 3 Jahren leistet er die Versorgungsabgaben aus der eigenen Kraft. Dafür spürt er den Segen einer notfreien Zukunft für sich und seine Hinterbliebenen seit diesen Jahren. Dort haben sich die Ärzte (ebenso die Gesamtheit der Zahnärzte und Tierärzte) einstimmig für die Versorgung bekannt und durch ihre gewählten Vertreter verkünden lassen, daß sie mit der Versorgung voll zufrieden sind und die unveränderte Beibehaltung wünschen. Es sind in Württ.-Hohenzollern immerhin mehr als 800 Ärzte, die durch diese Resolution der Vertreterversammlung der Versorgungsanstalt am 16. April 1954 sich an die Öffentlichkeit wenden.

Es ist eine Mehrheit für die Versorgung zustande gekommen. Daran gibt's nichts zu radieren. Einem Zeitungsschreiber ist der peinliche Irrtum unterlaufen, daß er Ablehner und Befürworter verwechselte. Er glaubte, 54 % aller abstimmenden Ärzte hätten abgelehnt und spricht von einer „klaren“ Ablehnung. Nun ist es aber umgekehrt: 54,67 % haben mit ja gestimmt, und wir können mit dem Artikelschreiber nur insoweit einig sein, daß fast 55 % Jasager gegen 41 % Neinsager eine klare Mehrheit ist. Man könnte sogar weiter gehen und feststellen: Die Ärztekammern haben sich der Propaganda für die Versorgung bei der Abstimmung weitestgehend enthalten. Sie haben neutral und objektiv die Abstimmung organisiert. Die Herren Maiwald, Grieger, Walter u. a. und der „Arbeitskreis der freien Berufe“ haben eine solch intensive Gegenpropaganda in Schwung gebracht und durchgeführt, daß man nicht annehmen kann, daß sich unter der Zahl derer, die sich an der Abstimmung nicht beteiligt haben, Gegner des Versorgungsgedankens befinden. Man kann daher die Zahl der abgegebenen Nein-Stimmen mit gutem Grund in Beziehung setzen zur Gesamtzahl der Stimmberechtigten. Dann ergibt sich, daß 33 % negative Stimmen abgegeben wurden und daß eine qualifizierte Mehrheit die Versorgungseinrichtung wünscht oder wenigstens nicht ablehnt.

Aber wie kommen so krasse Unterschiede in der Beurteilung der Wertigkeit der vorgeschlagenen Versorgung zustande, daß in Nordbaden — bei der allerdings

schwächsten Wahlbeteiligung von nur 77,6 % — nicht einmal ganz eine regionale Mehrheit für die Versorgung sich bildete (nur 47,2 % dafür), während in Württemberg-Hohenzollern, wo man auf Grund praktischer Erfahrungen urteilen kann, der gleiche Personenkreis wie in Nordbaden zu der Versorgung auch für die Zukunft durch die gewählten Vertreter einstimmig ja gesagt hat?

Das klärt sich schnell auf, wenn wir die Stimmabgabe innerhalb der einzelnen Arztgruppen nebeneinanderstellen. Die jungen Kassenärzte sind mehrheitlich gegen die Versorgung (45 % dafür, 55 % dagegen). Die Kassenärzte über 45 Jahre haben sich mit einer überwältigenden Mehrheit für die Versorgung erklärt (80 % dafür, 20 % dagegen), so daß in der Gesamtheit der Kassenärzte — auch ohne die 800 süd-württemberg-hohenzollerischen Kassenärzte — eine verpflichtende Mehrheit von 64 % die Versorgung nach dem Tübinger Gesetz unter Anpassung der Satzung an die Besonderheiten ihrer Landesteile wünscht.

Die angestellten Ärzte beeinflussen das Abstimmungsergebnis kaum. Befürworter und Ablehner sind sich beinahe gleich (53 % dafür, 47 % dagegen). Aber eines ist in dieser Gruppe interessant: Die angestellten Ärzte in Nordbaden lehnen die gleiche Sache ab (41 % dafür, 59 % dagegen), die die angestellten Ärzte in Südbaden wünschen (72 % dafür, 28 % dagegen). Frage: war das sachliche Wissen und das freiwägende Urteil des einzelnen entscheidend oder könnte auch die propagandistische Behandlung der Materie durch die leitenden Persönlichkeiten diese seltsame Divergenz mitbewirkt haben? Denn in Nordbaden wurde heftig gegenagitiert, in Südbaden ging ein empfehlendes Rundschreiben an die angestellten Ärzte!

Bei den Nichtkassenärzten ist das Resultat eindeutig: sie lehnen mit einer massiven Mehrheit ab (38 % dafür, 62 % dagegen). Ihre Zahl ist allerdings weit kleiner, als man ihrer früheren Lautstärke nach annehmen konnte. „Im Namen von 3000“ erhob einst Herr Dr. Maiwald den Protest seines NK-Verbandes. Ganze 468 dieses Verbandes hat er mit Gegenstimmen auf die Beine gebracht, trotzdem man ihm Lässigkeit in der Behandlung der Materie nicht vorwerfen kann.

Die „Jugend“ (mit Grenzzahl 45 Jahre), sowohl beim NKV als auch unter den zugelassenen Kassenärzten, hat zum Ausdruck gebracht, daß sie (nur) sich selbst „versorgen“ will. Was wird in 25 Jahren die „Jugend“ (mit Grenzzahl 45) sagen, wenn die heute „Jungen“ dann mit aller Wahrscheinlichkeit zu Befürwortern einer Versorgung geworden sind? Es wird auch die Jugend 1979 nein sagen. Auch sie wird mit Praxisgründung anfangen müssen und auch sie wird vor ungewisser und verspannter Zukunft stehen. Das ist nun einmal immer so im freien Beruf. Der Gemeinschaftsgedanke wird auch 1979 negiert werden, wenn der ärztliche Nachwuchs des gleichen Geistes bleibt, der heute dort zu dominieren scheint. Und doch wird der circulus vitiosus einmal

durchbrochen werden müssen, sonst bleibt die Stimmverteilung von 1954 säkular. Dann allerdings wird auch die Forderung in perpetuo ohne großen Effekt erhoben sein: rückt zusammen und lasset uns herein! Es werden eben stets zu viele bleiben, weil es sich in der Altersspitze nicht auflockert und weil die in der Altersspitze dann dazu auch weder Lust noch Möglichkeiten haben.

Was sind nun die Folgerungen aus dieser Analyse des Wahlergebnisses? Wir sehen zunächst folgende:

1. Die Landesärztekammer hat ihre Pflicht getan und durch eine peinlich objektive und geheime Abstimmung den „Volkswillen“ erkundet. Dabei hat sich herausgestellt, daß die Intentionen der einzelnen Ärzteguppen doch recht unterschiedlich liegen.
2. Der NKV lehnt die Versorgung, zumindest nach dem Tübinger System, signifikant ab. Das muß festgestellt und anerkannt werden. Er hat sich unserer Meinung nach dadurch allerdings einer großen Chance begeben. Die Erstreckung des Tübinger Versorgungsgesetzes hat zur Folge, daß die Vertreterversammlung der Versorgungsanstalt von den Kammerabgeordneten gewählt wird. Und für die Kammer haben die NKV-Angehörigen uneingeschränktes aktives und passives Wahlrecht. Der NKV bejaht angeblich den Gedanken der berufsständischen Versorgung unter der Voraussetzung, daß seine Einflußmöglichkeit gesichert sei. Die wäre ja bei der Erstreckung gesichert gewesen. Nach dieser verpaßten Chance kann er sich eigentlich nicht mehr darüber beklagen, wenn die weitere Entwicklung über ihn hinweggeht. Denn sein Votum, das sich mit dem der jungen Kassenarztgruppe deckt, steht im diametralen Gegensatz zum Votum der Hauptgruppe der Kassenärzte über 45 Jahre und auch gegen das Votum der Gesamtheit der Kassenärzte.
3. Mit fast der gleichen Relation, mit der die Nichtkassenärzte die Erstreckung des Versorgungsgesetzes ablehnen (38% dafür, 62% dagegen), befürwortet sie die Gesamtheit der Kassenärzte (64% dafür, 36% dagegen). Aus 64% Ja-Stimmen ergibt sich für die Führung der KV die Verpflichtung, auf

dem begonnenen Weg den Versorgungsgedanken weiter zu entwickeln mit dem Ziel, die noch nicht Überzeugten für die Sache zu gewinnen. In der KV muß sich das Generationenproblem (das bei der Tübinger Versorgungsart — im Gegensatz zu den Individual-Versicherungen — nur eine anfängliche Übergangserscheinung ist und sich von selbst überwindet) abklären und bis zur einheitlichen Meinungsbildung durchgeschafft werden. Von 64% bis zur qualifizierten Mehrheit ist ein kurzer Weg, besonders wenn man die Einhelligkeit der württemberg-hohenzollerschen Kassenärzte mit einkalkuliert.

4. Die Versorgungsanstalt in Tübingen hat die z. T. recht unsachlich und unfair geführten Auseinandersetzungen ohne Schramme durchgestanden. Sie hat — um der Neutralität willen — in den auf ihrem Rücken geführten Kampf nicht eingegriffen. Die Periode des „Nichtkriegführens“ hat aber nun ein Ende. In einer imponierenden Einmütigkeit stehen die Heilberufe in Württemberg-Hohenzollern zu ihrer Versorgung, die sie ungeändert haben wollen. Dafür zu sorgen, daß sie auch ungeändert bleibt, ist die berufspolitische Folgerung nicht bloß im Raume Württemberg-Hohenzollern, sondern innerhalb der ganzen badisch-württembergischen Ärzteschaft, insbesondere der Kassenärzteschaft. Denn das muß doch jedem, der heute Kassenarzt ist, zu denken geben, daß die Mehrheit der aktiven Kassenärzte — bei Einrechnung von Württemberg-Hohenzollern bereits jetzt schon mehr als 70% —, die die Versorgung nach dem Tübinger Muster haben will, sie nicht bekommen soll, weil die potentiellen Kassenärzte der Zukunft, die Junioren, dagegen sind. Wo gibt es so etwas in einem anderen Beruf?
5. Der Landtag hat nun das Wort und die Tat. Er wird, da er selbst auf der Mehrheitsbildung ruht und durch sie lebt und wirkt, nun die Erstreckung beschließen können. Wir meinen, er müßte es tun, wenn nicht die Interessentenpolitik der Versicherungen über die Grundsätze der Demokratie und der parlamentarischen Regeln obsiegen sollen!

Zurück zur Sachlichkeit — Ein Wort an die Ersatzkassen

Von Dr. med. M. Mayer, Leiter der Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft

Es begann mit einer Entschließung der DAK-Vertreterversammlung zur Frage der freiwilligen Weiterversicherung, über die die Presse im Dezember des vergangenen Jahres u. a. berichtete:

„Auch die Behauptung, daß es den Ärzten nicht zugemutet werden könne, ‚nicht sozial schutzbedürftige Personen‘ auf Krankenschein zu behandeln, ist nicht stichhaltig, weil den Ärzten von den Ersatzkassen nach Einzelleistungen berechnete Honorare vergütet werden, die kaum unter den Honorareinkünften durch Privatpatienten liegen dürften. Das geplante Gesetz würde deshalb den Ärzten kaum einen finanziellen Vorteil bringen.“

Es braucht nicht besonders darauf hingewiesen zu werden, daß mit dieser Behauptung versucht wurde, den Kernpunkt

der ärztlichen Forderung nach einer Begrenzung der freiwilligen Weiterversicherung zu treffen, und zwar mit einer Behauptung, die den Tatsachen in keiner Weise entspricht. Die gegensätzliche Auffassung in der Angelegenheit der freiwilligen Weiterversicherung hätte nicht dazu verleiten dürfen, den Boden des Tatsächlichen so weitgehend zu verlassen, wie dies zu unserem Bedauern erfolgt ist. Wir sahen uns selbstverständlich veranlaßt, die Behauptung der DAK richtigzustellen.

In einer der Presse am 12. Januar 1954 übergebenen Erklärung teilten wir u. a. mit, daß das Ersatzkassenhonorar zwar im Durchschnitt um etwa 30—50% höher sei als das Honorar aus der sog. RVO-Kassentätigkeit. Es könne aber keine Rede davon sein, daß diese Hono-

rare kaum unter den Honorareinkünften durch Privatpatienten liegen dürften. Die ärztlichen Leistungen würden von den Ersatzkassen zwar einzeln vergütet, unterliegen jedoch gewissen vertraglich festgelegten Begrenzungen, wenn sie eine bestimmte Höhe im Durchschnitt überschritten (s. Heft 2/54 des Südwestdeutschen Arzteblattes).

Die Diskussion war damit keineswegs zu Ende. Zwar wurde über die Relation Ersatzkassenhonorar—Privat honorar nicht mehr gesprochen. Statt dessen wurde ein akademischer Streit um den Begriff der „vertraglich festgelegten Begrenzung“ entfacht. In der Zeitschrift „Die Ersatzkasse“ Heft 4/54 findet sich hierzu die nachstehende Notiz, die einige nicht uninteressante Formulierungen enthält. Es heißt hier u. a.:

„Man sollte meinen, daß eine Pressestelle der Ärzteschaft über die vertraglichen Beziehungen der KV zu den Krankenkassen unterrichtet ist. Dann müßte die genannte Pressestelle wissen, daß im Verträge, den die Ersatzkassen mit der KV abgeschlossen haben, keine Begrenzungen auf einen bestimmten Durchschnitt oder sonst einen Wert festgelegt sind. Mit dem Prinzip der Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Einzelleistungen läßt sich eine derartige Begrenzung grundsätzlich vereinbaren.

Da Unkenntnis nicht angenommen werden kann, entsteht die Frage, was die Pressestelle mit ihrer falschen Behauptung bezweckt, die an Presse und Rundfunk weitergeleitet worden ist.

Die Pressestelle der südwestdeutschen Ärzte-

schaft wird sicher Wert darauf legen, daß sie als authentische Quelle angesehen wird. Dann muß sie darauf achten, daß ihr keine groben Schnitzer unterlaufen.“

Nun, wir wollen nicht sagen, daß der Vertreterversammlung der DAK ein „Schnitzer“ unterlief, da uns dieser Ausdruck nicht so geläufig ist. Wir hatten zwar nicht die Absicht, über das Ersatzkassenhonorar und damit zusammenhängende Fragen öffentlich zu diskutieren, obwohl dies gewisser Anreize nicht entbehren würde. Die Veranlassung hierzu gab die DAK selbst. Was jedoch die „falsche Behauptung“ über die vertraglich festgelegten Begrenzungen betrifft, so sollte man sich den tatsächlichen Begebenheiten nicht so verschließen, wie dies in der Äußerung der „Ersatzkasse“ erfolgte. Vertraglich festgelegt ist die Tätigkeit der Prüfungsinstanzen. Eine praktische Auswirkung hiervon ist, daß die Durchschnittsberechnungen sowohl bezüglich des Honorars als auch bezüglich der Arzneiverordnungen eine Begrenzung darstellen, deren Überschreitung in einer „gewissen Höhe“ nicht ohne weiteres, d. h. im allgemeinen nicht ohne Kürzungen, möglich ist. Wir haben auf diese Regelung in unserer Erklärung sachlich hingewiesen, ohne sie einer näheren Kritik zu unterziehen. Es handelt sich hier um Realitäten, die sich nicht mit Hinweisen abtun lassen, wie dies in der „Ersatzkasse“ versucht wird. Wir verkennen die Vorteile der Ersatzkassen keineswegs. Man bleibe aber beim Tatsächlichen und verliere auch bei gegensätzlicher Auffassung nicht die Sachlichkeit, ohne die nun einmal faire Diskussionen nicht möglich sind.

Die Aufgaben der ärztlichen Standespresse im Hinblick auf eine einheitliche Meinungsbildung in der Ärzteschaft

Von J. F. Volrad Deneke, Bonn

Die Begriffe „Stand“ und „Standespolitik“ weisen klar auf die Tatsache hin, daß ein Stand immer Teil eines höheren Ganzen ist. In einer Zeit der Gruppenegoismen und der Interessentengruppen ist es leider nicht müßig, dies immer wieder zu betonen. Standespolitik ist nicht mit Interessententpolitik gleichzusetzen. Sie muß stets die höhere Einheit im Auge haben; sie kann nicht an den Interessen der Gesamtgesellschaft, des Staates, der Volksgesundheit usw. vorbeireden, Ziele verfolgen, die nicht gleichzeitig im Interesse des ganzen Volkes angestrebt werden.

Fügt sich der Stand als solcher in eine außerhalb seiner selbst gesetzte Ordnung ein, so ist er seinerseits wiederum die Zusammenfassung verschiedener Gruppen. Innerhalb des nach Beruf und Berufung einigen Standes gibt es nicht nur eine heute recht weitgehende sachliche Aufgliederung nach Allgemeinpraktikern und Facharztgruppen. Auch das Gleichgewicht zwischen beruflicher Selbständigkeit und Abhängigkeit ist nach Art und Ausmaß außerordentlich verschieden: Angestellte, Beamte, Nichtkassenärzte, Ersatzkassenärzte, Vollkassenärzte, angestellte und beamtete Ärzte mit zusätzlichen Privatpraxen usw. Schließlich finden wir die Angehörigen des gleichen Standes in den verschiedensten Klassen der Bevölkerung, wobei wir mit „Klassen-

ordnung“ die nach Einkommen und Vermögen differenzierte Schichtung meinen: Eine soziale Vielfalt, die zu den lebhaftesten Meinungsverschiedenheiten auch in den den ganzen Stand betreffenden Fragen führen muß.

Damit stellt sich die Problematik der standespolitischen Meinungsbildung in der Ärzteschaft nicht nur aus der Funktion „des“ Arztes in Gesellschaft und Staat als gesundheits-, kultur-, verfassungs-, wirtschafts- und sozialpolitische Problematik dar, vielmehr unterliegt die Meinungsbildung selbst einer besonderen Problematik, wie sie schwieriger und differenzierter wohl in keinem anderen Stande beobachtet werden kann. Hier spiegelt sich in miniature die Grundsatzproblematik jeglicher Demokratie: Die Grundrechte des Einzelnen und die Minderheitenrechte der Gruppen sind mit der Ordnung (Einheit) des Ganzen in Einklang zu bringen, und die Harmonie soll zugleich eine Annäherung der materiellen Tatbestände an die ethische Standesordnung einschließen. Die Integration der passiven und aktiven Herrschaftselemente, in unserem Falle der rund 70 000 deutschen Ärzte und ihrer standespolitischen Wortführer in den kleinsten regionalen, fachlichen und anderen Gruppen bis hin zur obersten Standesvertretung der deutschen Ärzteschaft muß mit diesem ewigen Widerspruch zwischen Individualinteresse und Gesamtinter-

esse in ihrer Meinungsbildung fertig werden, um zu einer Willensbildung und damit zu politischem Vollzug zu gelangen. Es ist selbstverständlich, daß dieses Ziel nie erreicht werden kann, daß es vielmehr darauf ankommt, täglich neu zu diesem Ziel auf dem Wege zu sein.

Die Standespresse spielt dabei im Rahmen der anderen Gelegenheiten zu zwischenmenschlichem Meinungsaustausch vom Gespräch bis zum Kongreß, von der Ärztereinigung bis zur Großkundgebung eine entscheidende Rolle, nicht zuletzt durch die Kontinuität ihrer Einwirkung. Sie hat — wie jegliche Presse — Spiegel der Meinungen in der Öffentlichkeit, und zwar in der ärztlichen Öffentlichkeit zu sein. Die Standespresse dient damit der innerständischen Integration. Dieser Dienst ist vor allem deswegen nicht leicht, weil die ständische Solidarität sich im Zeitalter des Subjektivismus auch in der Ärzteschaft mehr und mehr zu verflüchtigen scheint. Daß die Standespresse zugleich Sprachrohr der Ärzteschaft nach außen ist, erleichtert ihr die inneren Aufgaben keineswegs, denn man kann in aller Öffentlichkeit nicht so sprechen wie im engsten Familienkreis. Am leichtesten haben es in dieser Beziehung vielleicht noch die Kammerblätter, die innere Integrationsaufgabe mit der Funktion des Sprachrohres nach außen zu verbinden, weil man gerade in den Kammern seit eh und je gewöhnt ist, alle Standespolitik aus der Verantwortung innerhalb von Staat und Gesellschaft zu sehen. Die Struktur der Standespresse ist jedoch vielgliedriger. Neben den „Ärztlichen Mitteilungen“ und den regionalen Kammerblättern, in denen sich allerdings mitunter auch Gegensätze zwischen den regionalen Interessen und den Interessen der gesamten deutschen Ärzteschaft widerspiegeln, erscheinen Blätter einzelner Arztgruppen, bzw. einzelner ärztlicher Organisationen, deren Sonderinteressen nicht immer mit den Interessen der gesamten deutschen Ärzteschaft identisch zu sein brauchen.

Der sozialen Vielschichtigkeit des Ärztstandes und der dadurch bedingten organisatorischen Vielfalt, die auch den einzelnen Arzt nicht selten verwirrt, entspricht die Tatsache, daß es wohl in der Bundesrepublik keinen Berufsstand gibt, der über eine derartige Fülle standespolitischer Publikationsorgane verfügt, wie die Ärzteschaft. Das publizistische Konzert dieses Orchesters ist — wie könnte es anders sein in der Standespolitik von 70 000 Individualisten — demnach auch nicht immer harmonisch. Es wäre aber ungerecht, wollte man nicht anerkennen, daß die weit überwiegende Mehrzahl auch der Gruppenblätter sich stets bemüht, vom Standpunkt der Sonderinteressen aus auf die Einheit des ganzen Standes und dessen Positionsverbesserung in Gesellschaft und Staat hinzuwirken.

Im Kampf der Gruppe um ihre Geltung in Staat und Staat sind die publizistischen Aufgaben im Hinblick auf eine einheitliche Meinungsbildung in der Ärzteschaft ja besonders schwierig zu meistern, denn das Gruppenorgan ist zunächst und in erster Linie zu dem Zweck ins Leben gerufen worden, um Sonderinteressen, deren Berechtigung im Hinblick auf das Ganze von Staat und Staat vielfach erst noch oder auch ständig bewiesen werden muß, zu vertreten. Dabei sind Interessenkollisionen mit anderen Gruppen des Standes immer möglich, ja oft unvermeidlich. Solange jedoch der reine Interessentenstreit ebenso verpönt ist, wie persönlicher

Machtkampf, findet der auch von der außerärztlichen Öffentlichkeit anzuerkennende Ausgleich einfach durch die Publizistik der ärztlichen Nachbargruppen statt. Zweckmäßige Ordnung und Gliederung des Gesamtstandes und dessen Wohl als Leitziele der Gruppenpublizistik ermöglichen die Harmonie im Konzert des Blätterwaldes der ärztlichen Standespresse.

Diese Leitziele sind allerdings unabdingbar, wenn nicht mit dem ganzen Stande auch die einzelne Gruppe im Stand gefährdet werden soll. Es ist vielfach keine schlechte Übung der Kammerblätter, den regionalen Verbänden eigenen Spaltenraum zur Verfügung zu stellen. Nicht so bemerkenswert, daß sich damit der Schriftleiter die Verantwortung erleichtert, vielmehr: Die Gegensätze werden auf einem gemeinsamen Forum ausgetragen, und der eine erfährt von den Sorgen und Nöten des anderen, was immer schon der halbe Weg zur Einheit und Verständigung ist, während bei der Gründung eigener Blätter der Gruppen, die Gefahr, nur die eigene Sache zu sehen, immer am Wegrand lauert.

Dies ist ja auch die Gefahr, der jegliche Standespresse in Anerkennung der Tatsache, daß ein Stand immer Teil eines größeren Ganzen ist, wenn er den Namen „Stand“ verdienen soll, stets zu entgehen bemüht sein sollte: Der Isolationismus und die Interessentenpolitik. Man kann keine ärztliche Wirtschafts- und Steuerpolitik treiben, ohne Tuchfühlung mit allen anderen freien Berufen zu halten und ohne den Zusammenhang mit einer allgemeinen Mittelstandspolitik im Auge zu behalten. Man kann keine Gesundheitspolitik allein aus dem Gesichtswinkel der Honorarabrechnung machen. Man kann keine Selbstverwaltung planen oder aufbauen, ohne sich in das Verfassungsleben der Nation einzufügen. Man kann keine Ausbildungsreformen diskutieren und dabei von der allgemeinen Schul- und Hochschulpolitik absehen usw., usw. Es ist die große Kunst standespolitischer Publizistik, sich immer und in jedem Falle mit den Interessen des Gesamtstandes und den Interessen der Gesamtgesellschaft abzustimmen. Je mehr dies geschieht, desto größer sind die Erfolgchancen für die eigenen Pläne und Wünsche. An dieser Stelle liegt auch der Schlüssel für das Geheimnis, warum eine Standespolitik, die idealen Forderungen das Primat einräumt, auf die Dauer erfolgreicher ist als eine nackte Interessentenpolitik mit oder ohne idealistischem Vorspann.

Wenn man sich der Tatsache bewußt ist, daß es keine nur-innerärztliche Diskussion in der Standespresse geben kann, daß stets die gesamte Öffentlichkeit mitliest und mithört — wenn vielfach auch nur repräsentiert durch einzelne Beobachter besonders interessierter Gruppen und Verbände, die ein berufliches oder gewerbmäßiges Interesse an den Tönen und Mißtönen der innerärztlichen Meinungsbildung nehmen —, dann wird die Schwere der Verantwortung für eine zur Einheit des Standes und zur Einordnung des Standes in Staat und Gesellschaft mahrende Publizistik stets klar bewußt.

Damit wird auch eine Funktion, die die allgemeine Presse hat, für die Standespresse besonders heikel: das publizistische Wächteramt. Es ist eine der vornehmsten Pflichten der allgemeinen Presse, auf Mißstände hinzuweisen und auf deren Abstellung zu drängen. Es ist bekannt, daß die allgemeine Presse in der Wahl ihrer diesem löblichen Zwecke dienenden Mittel mitunter zu scharfen Essenzen greift. So wenig man nun der Standes-

presse absprechen darf, daß auch sie ein Wächteramt hat, das nicht nur für die Umwelt jenseits des Standes gilt, so dringend geraten ist doch gerade für die Erfüllung eines Wächteramtes innerhalb des Standes die Wahl der richtigen Mittel. Im allgemeinen darf man den ärztlichen Standesblättern wohl nachsagen, daß sie in diesem Punkte die gebotene Zurückhaltung üben.

Man sollte keineswegs Gedanken nachhängen, die mit Hilfe der Standesblätter die Meinungsbildung der Ärzteschaft zu einer einheitlichen „steuern“ wollen. Die freie Initiative des Einzelnen im Konzert der Blätter darf unter gar keinen Umständen angetastet werden. Wenn jedoch der Wille zur Einheit des Standes eine arbeitsgemeinschaftliche Zusammenarbeit der Blätter hervorruft, so kann das nur begrüßt werden, denn der Ärztestand wird sich zwischen den Mahlsteinen der ihm an Finanzkraft und Kopffzahl weit überlegenen Kollektivinstitutionen nur in der Einheit behaupten können.

In diesem Sinne sollte es begrüßt werden, wenn eine derartige Zusammenarbeit der Standespresse den Lesern der einzelnen Blätter mehr noch als bisher Einblicke in die Arbeit und in die Sorgen der Nachbarverbände und Nachbarkammern vermittelt. Es ist ja kein Geheimnis, daß der materielle und moralische Druck von außen die Einheit des Ärztestandes seit Jahr und Tag bedroht. Defensive und Offensive des Standes mit dem Ziel einer Stellung des Arztes in Gesellschaft und Staat, wie sie unerlässlich ist, wenn der Arzt seine Aufgaben im Interesse seiner Patienten und im Interesse der Volksgesundheit auch in Zukunft erfüllen soll, setzen aber voraus, daß „man sich nicht auseinanderlebt“. Es ist eine der vornehmsten Pflichten der Standespresse, in diesem Sinne für die Einheit des Standes und für die Neuordnung seiner sozialen und rechtlichen Beziehungen in der Gesellschaft zu wirken.

Arzt und Verkehrssicherheit

Der Entwurf des Kabinetts für das sogenannte Verkehrssicherheitsgesetz (auch Straßenentlastungsgesetz) und das Verkehrsfinanzgesetz wurden jetzt vom Bundesrat ohne Abänderung genehmigt und gehen nun bald dem Bundestag zu. Dort wird ein heißer Kampf entbrennen, für den sich natürlich die Interessenverbände (Zentrale Arbeitsgemeinschaft des Straßenverkehrsgewerbes, der Verband der Automobilindustrie u. a.) besonders stark gemacht haben.

Nun, wir Ärzte, jeder einzelne und die Kammern, haben in diesem Kampf ganz offenkundig keine eigensüchtigen Interessen zu vertreten. Darum wird aber auch unsere Stimme, obwohl wir zahlenmäßig schwach sind, nicht ungehört bleiben. Abgesehen von den Kammern, die ja die Möglichkeit der Einwirkung auf Regierungsstellen haben, sollte jeder einzelne Kollege an den „Mann auf der Straße“ heranzukommen suchen, besonders aber an Parlamentarier, soweit sie als Patienten aufgeschlossen sind.

Den Kollegen Waffen in diesem Kampfe in die Hände zu geben, ist die Aufgabe des folgenden Aufsatzes, den wir der März-Nummer des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes entnehmen.

Aus drei Gründen sind gerade wir Ärzte besonders angesprochen. Wie jedem Massensterben, so haben wir auch dem Tod auf der Landstraße nach unseren Kräften zu begegnen. Er hat ja die Kurve der Mortalität an Tbc schon längst überschritten. Zum anderen sind die jetzigen chaotischen Verkehrsverhältnisse in zunehmendem Maße daran schuld, daß die Krankenversorgung Not leidet. 50 % aller Kollegen sind auf dem Lande oder in kleinen Städten mit ausgedehnter Landpraxis tätig und natürlich alle motorisiert. Jeder weiß, wie oft er durch lange Schlangen von Lastzügen aufgehalten wird und daß er in eiligen Fällen notgedrungen auf schlechte Nebenstraßen ausweichen oder gar eine Geländefahrt querfeldein riskieren muß. Schließlich steigen die Verkehrstopfer besonders in den Reihen der Ärzte ständig an. Sie müssen ja Tag und Nacht, oft in übermüdetem Zustand, ihren Wagen durch das Chaos steuern.

Auf der 71. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München sagte kürzlich Professor Dr. Bauer,

Heidelberg, in seinem Referat zum Thema „Unfallchirurgie“: „Wenn das Städtchen Füssen im Allgäu über Nacht ausgerottet würde und seine 11 000 Einwohner den Tod fänden, gäbe das eine 14tägige Staatstrauer. Die Öffentlichkeit wäre begreiflicherweise erregt. Von den 11 000 Todesopfern, die allein der Straßenverkehr im Jahre 1953 forderte, nimmt kaum jemand Notiz, während einige Selbstmorde mit E 605 zur Sensation werden.“

Das Verkehrsunwesen auf Westdeutschlands Straßen

Vor einem Jahre, im März 1953, war ich so leichtsinnig, mich auf das Gebiet der Prophezeiungen zu begeben („Der Straßenverkehr in Schleswig-Holstein“). Ich bin dabei dann auch prompt hereingefallen. Die für 1955/56 vorausgesagte Verkehrskatastrophe kommt nicht erst in 2 Jahren, sondern ist schon da. Ich will Sie nicht mit der Aufzählung vieler Beispiele als Beweis dieser Behauptung langweilen. Ich stelle nur fest: In den persönlich erlebten Fällen, an die ich denke, genügt ein leichter Unfall, der nur eine Teilsperrung der betreffenden Straßen zur Folge hatte, um auf Stunden hinaus den üblichen Verkehr derartig durcheinander zu bringen, daß er praktisch zum Erliegen kam. Obwohl von Verkehrswachern, von Handelskammern, von großen Berufsgruppen, darunter auch unserer Ärztekammer, seit Jahren beim Verkehrsministerium in Bonn auf diese unhaltbaren Zustände hingewiesen wurde, hat der alte Bundestag zwar durch Änderung der Straßenverkehrsordnung (StVO) und der Straßenverkehrszulassungsordnung (StVZO) vom 19. Dezember 1952 und 24. August 1953 verschärfte Bestimmungen zu beiden Verordnungen erlassen, das Übel der überfüllten Landstraßen an der Wurzel gepackt hat er jedoch nicht damit. Dabei hat es kein Straßenverkehr in ganz Europa so notwendig, endlich reorganisiert zu werden, wie die chaotischen Zustände auf unseren Landstraßen.

Durch die Verordnung der Bundesregierung zur Änderung der StVZO und StVO vom August 1953 wird weder am Straßenzustand etwas verbessert,

noch der weitere Zustrom neuer motorisierter Fahrzeuge auf die überfüllten Landstraßen in sinnvoller Weise von Regierungsseite gelenkt. Die Verordnung bezweckt vielmehr nur, durch Hebung der Verkehrsdisziplin und damit der Verkehrssicherheit den Verkehrsunfällen zu Leibe zu gehen. Diese Absicht ist sicherlich sehr lobens- und begrüßenswert. Wie relativ wenig damit erreicht wurde, erhellt die Tatsache, daß der Tagesdurchschnitt der tödlichen Verkehrsunfälle im Jahre 1953 vierzig (40), im Jahre 1952 dagegen „nur“ einundzwanzig (21) betragen hat. Für die Verkehrsteilnehmer schuf man, wie gesagt, mehrere Gesetze mit zum Teil sehr harten Strafen für den Kraftfahrer, die ihn schon treffen können, ohne daß er überhaupt den geringsten Unfall gehabt oder gar verursacht hätte. Was aber fehlt, und zwar bei dieser letzten Verkehrsgesetzgebung völlig fehlt, sind Verordnungen, die die andere Seite, nämlich die Behörden, zwingen können, ihrerseits alles zu tun, um die Straßenverhältnisse zu verbessern und so auch ihrerseits zur Minderung der Unfälle beizutragen. Ich denke dabei nicht etwa an den Milliardenbeträge verschlingenden Bau von Autobahnen, Umgehungs- oder Durchfahrtsstraßen. Ich denke vielmehr an leicht und billig zu beseitigende Schäden. Dafür zwei Beispiele: Ist es nicht unglaublich, daß selbst heute noch Tausende und Abertausende von Kilometern Autobahn bestehen, ohne daß der Schutzstreifen zwischen den beiden Gleisen mit Blendschutz für das Fahren in der Nacht versehen worden ist. Wieviel Unglück ist gerade auf der Autobahn in der Dunkelheit entstanden, sei es durch Auffahren auf den Vordermann, weil bei abgestelltem Fernscheinwerfer dessen Schlußlicht nicht mehr zu sehen war, oder dadurch, daß der angestellte Scheinwerfer die Gegenfahrer blendete. Warum wurde nicht schon vor Jahren, als die Verkehrsdichte noch erheblich geringer war, damit begonnen, Nadelholz auf den Schutzstreifen anzupflanzen? Die Pflanzungskosten wären relativ gering gewesen, das Wachstum hätte die Natur besorgt und diese Blenden auf den Schutzstreifen der Autobahnen hätten manchen Unfall verhindert. Das zweite Beispiel: Die Beschilderung muß verstärkt werden.

Es ist eine schreiende Ungerechtigkeit, daß jedem jungen, vielleicht wenig verkehrskundigen Polizeibeamten gesetzlich die Möglichkeit gegeben, ja geradezu die Pflicht auferlegt ist, die Fahrweise eines Kraftfahrers, die dem Beamten subjektiv als „gemeingefährlich“ erscheint, zur Anzeige zu bringen und den Kraftfahrer dadurch unter Umständen zu Gefängnis verurteilen zu helfen, ohne daß es überhaupt zu einem Unfall kam. Auf der anderen Seite kann keine Behörde oder Gemeindeverwaltung gesetzlich gezwungen werden, eine verkehrgefährliche Situation zu beseitigen, selbst dann nicht, wenn sich an derselben Stelle mehrfach Unfälle ereignet haben.

Doch zurück zur Verordnung vom 24. August 1953. Was brachte sie uns grundsätzlich Neues?

1. Das Wichtigste sind für uns Ärzte die Vorfahrtsbestimmungen. Die Vorfahrtsvergünstigungen für Kfz. sind aufgehoben. Grundsätzlich hat derjenige Vorfahrer, der von rechts kommt, gleichgültig ob es ein Radfahrer oder ein pferdebespannter Ackerwagen ist. Ausnahmen bilden die Hauptverkehrsstraßen oder die als solche amtlich bezeichneten Vorfahrtsstraßen. (Wobei wiederum den Behörden bzw. Gemeinden der Vorwurf

nicht erspart werden kann, von der Möglichkeit der Beschilderung nicht genug Gebrauch zu machen.) Ich darf darauf hinweisen, daß Vorfahrtsdelikte zur Zeit besonders streng beurteilt werden. Also Vorsicht und nochmals Vorsicht bei allen Straßenkreuzungen oder Wegegabeln.

2. Die Grundregel § 1 der StVO erhält nunmehr folgende leicht veränderte Fassung: Jeder Teilnehmer am öffentlichen Straßenverkehr hat sich so zu verhalten, daß kein anderer gefährdet, geschädigt oder mehr als nach den Umständen unvermeidbar behindert oder belästigt wird.

3. Die sonstigen verkehrswichtigen Änderungen früherer Gesetze, sowohl in bezug auf die StVO wie auf die StVZO, betreffen Lkw und Fahrräder. Jedoch ist es auch für uns Ärzte wichtig zu wissen, daß Kfz., die der Beförderung von Gütern dienen, also Lkw bis 2500 kg, nicht mehr an die bisherigen Geschwindigkeitsbeschränkungen gebunden sind. Für Lkw über 2500 kg, also 2½-Tonner und darüber, bleibt es dagegen bei einer Höchstgeschwindigkeit von 40 Stundenkilometern in der Ortschaft und 60 Stundenkilometern außerhalb geschlossener Ortschaften (§ 9 StVO). Wundern Sie sich also nicht, wenn einmal ein 2-t-Schnellaster mit 80 km an Ihnen vorbeirast. Der neue § 10 verbietet den Lkw und den Lkw-Zügen ausdrücklich das „Überholungsspiel“ der Lkw bzw. Lkw-Züge untereinander sowohl auf den Landstraßen wie auf den Autobahnen. Es gestattet ein gegenseitiges Überholen nur, „wenn die Geschwindigkeit des überholenden Fahrzeuges wesentlich höher ist“. Sind Sie trotzdem Zeuge eines solchen „Überholungsspiels“, das sich über längere Zeit hinzieht, notieren Sie die Nummer und bringen Sie denjenigen, der den unpassenden Versuch zur Überholung macht, bei Ihrer zuständigen Polizeidienststelle zur Anzeige. Die Straßenverkehrspolizei kann nicht überall sein und nur durch ständiges Anzeigen kann man die Verkehrssünder zur Einhaltung der Verkehrsvorschriften erziehen. Eine Folge dieses Überholungsverbotes sind natürlich Bildungen von Lkw-Kolonnen. Ich darf deshalb darauf hinweisen, daß § 14 der StVO voll in Kraft blieb, d. h. zwischen den einzelnen Lkw oder Lkw-Zügen muß zum Einschieben für den überholenden Verkehrsschnelleren ein Kolonnenabstand von mindestens 50 m gehalten werden. Es gehört zu den Sondervorschriften für Lkw, daß die Fahrzeit am Steuer für Lastkraftfahrer, sowie die Mitnahme von Personen (Anhalter) geregelt wurden.

4. Zum Schluß ein kurzer, aber wichtiger Hinweis betreffend Parken. Das uns bisher bekannte Parkverbot in einer geringeren Entfernung als 10 m vor und hinter Fußgängerübergängen, Straßenkreuzungen oder Straßenmündungen ist in bezug hierauf und auf Haltestellenschilder, sowie vor und hinter höhengleichen Bahnübergängen auf 15 m erweitert worden (§ 16, Abs. 2 und 3). Ein totales Parkverbot erstreckt sich auf alle Autobahnen „außerhalb der besonders bezeichneten Parkplätze“.

Zahlreiche weitere Bestimmungen der Verordnung beziehen sich auf technische Daten, ferner auf sehr ausführliche Bestimmungen über Beleuchtung von Fahrrädern und Verhalten von Radfahrern. Sie mögen von Interessenten im Bundesgesetzblatt 56 vom 3. September 1953 nachgelesen werden, woselbst sich auch eine ausgezeichnete Zusammenstellung über a) Warnzei-

chen, b) Verbots- und Gebotszeichen, sowie c) Hinweisschilder befindet.

Soweit, so gut. Trotzdem geht die Unfallkurve von Straßenverkehrsunfällen weiter steil in die Höhe und dürfte im Jahre 1953 auf über einer halben Million liegen. Während 1952 bei 319 000 Unfällen 216 000 Verletzte und 7560 Tote zu beklagen waren, werden es 1953 wahrscheinlich weit über 300 000 Verletzte und über 12 000 Menschen sein, deren Leben durch Straßenunfall endete.

Allein mit drakonischen Gesetzesmaßnahmen und gut gemeinten Erziehungswochen ist dem Massensterben auf den Landstraßen wirklich nicht mehr beizukommen. Je mehr und je intensiver man sich mit der Frage nach einer tatsächlich von Grund auf einschneidenden Maßnahme zur Reorganisation des gesamten Verkehrswesens in der Bundesrepublik befaßt, um so mehr drängen sich zwei Grundprobleme in den Vordergrund, die erforscht werden müssen.

I. Straßenbau, II. Beschränkung des Lastkraftwagenverkehrs.

Zu I. Das eine ist also ein großzügiger Ausbau des Straßenverkehrsnetzes: Der Bau von neuen Autobahnen, von Umgehungsstraßen um die kleineren Ortschaften und von Durchgangsstraßen durch die größeren Städte. Ich habe bereits in meinem Aufsatz vom Vorjahre darauf hingewiesen, daß ein wirklich großzügiger Ausbau dieser Art Milliardenbeträge erfordert. Sachverständige Straßenbauingenieure sind der Ansicht, daß die Autobahn- und Straßenneubauten zusammen mit einer grundlegenden Modernisierung von etwa 75 000 km westdeutscher Landstraßen, die vorwiegend dem Kraftverkehr dienen, 16 bis 18 Milliarden DM erfordern würden. Wo soll der Bundesfinanzminister diese Summen hernehmen?

1. Es ging und geht nicht an, daß der Bundesfinanzminister die vom Kraftwagenverkehr aufgebrauchten 1,3 Milliarden DM zum kleineren Teil für Straßenneubauten, zum größeren Teil für andere Aufgaben des Bundes verwendet.

2. Die Straßenerneuerung soll und kann nicht im kurzfristigen Zeitraum von 1 oder 2 Jahren durchgeführt werden, sondern muß auf einen Jahresplan von 5 bis 8 oder 10 Jahren verteilt werden.

3. Ist nicht einzusehen, warum der Kraftverkehr als solcher — in ganz besonderem Maße natürlich der die Landstraßen am meisten beanspruchende Lkw-Verkehr — nicht selbst zur Verbesserung des Straßenzustandes herangezogen werden soll. Ich weiß, daß ich mit meinen Finanzierungsplänen, die ich im kleineren Interessentenkreise schon lange zu Gehör bringe, in ein Wespennest steche. Insbesondere werde ich mir bei den Ferntransportunternehmungen damit nicht gerade Freunde erwerben. Ich stehe und spreche aber als Vertreter eines Berufsstandes, der wie kein anderer auf die Benutzung der Straßen angewiesen ist, um seine Patienten zu versorgen. Die unglaublichen Verhältnisse auf den westdeutschen Landstraßen machen diese Krankenversorgung von Jahr zu Jahr schwieriger und gefährlicher. Ich handle also in Wahrung berechtigter Interessen, wenn ich drakonische Maßnahmen fordere, um die Straßenverhältnisse zu ändern, wie sie in dieser Form nur auf westdeutschen Landstraßen bestehen, sonst nirgends in Europa.

Im einzelnen: Jeder deutsche Mensch, der sich auch nur die Spur Gerechtigkeitsempfinden bewahrt hat, wird die folgende Frage verneinen müssen: „Ist es weiterhin tragbar, daß die Landstraßen, die jährlich in vielen Milliarden Fahrkilometern von ca. 600 000 Lkw zerfahren werden, von der Allgemeinheit unterhalten, wieder hergestellt oder neu geschaffen werden müssen?“ Wir wollen uns doch einmal darüber klar werden, daß die schweren und schwersten Lastzüge von 10, 20 bis zum Höchstgewicht von 40 t Gesamtgewicht nicht nur den anderen Wegebenutzern das Fahren auf den Landstraßen zur Qual und oft zur Gefahr machen, sondern daß diese immer größer und schwerer werdenden fahrbaren Ungetüme unseren Autobahnen und Landstraßen, vor allem ihrem Unterbau, einen Schaden zufügen, der von jedem Einzelnen von uns, von jedem Steuerzahler überhaupt aufgebracht werden muß, und zwar nicht mit den Kfz-Steuern, sondern auch den Bundes- und Ländersteuern und den Kommunalzuschlägen. Während jeder Arzt seine Sprechstundeneinrichtung selber anzuschaffen, seine etwaige Privatklinik selbst zu erstellen hat, während die Bundesbahn für die Erhaltung ihres Schienenweges hohe Summen auswirft, befindet sich das Transportgewerbe in der günstigen Situation, daß ihm die Voraussetzung seiner Existenz, nämlich die Verbindungswege von Nord nach Süd, von West nach Ost gratis vom Bund, von den Ländern und Gemeinden, d. h. also von den Steuerzahlern zur Verfügung gestellt werden.

Zu II. Damit komme ich zum zweiten Hauptthema, dem Fragenkomplex Straße und Schiene. Ist Ihnen bekannt, daß die Bundesbahn neben den Milliardenbeträgen, die investiert werden mußten, um nach der Kapitulation überhaupt erst einmal wieder Züge laufen zu lassen, im letzten Betriebsjahr 1953 einen Zuschuß von 900 Millionen DM erforderte, die natürlich ebenfalls jeder einzelne Steuerzahler mit aufbringen muß. Alle Welt beklagt sich über die hohen Preise der Bundesbahn. In der Fahrkarte, in den Gütertarifen liegen ja auch nicht nur die allgemeinen Personal- und Materialkosten, sowie die Kosten der Anschaffung wie beim Speditionsgewerbe, sondern vor allem auch die Unterhaltungs- und Erneuerungskosten des Schienenweges. Die alte Preußisch-Hessische Staatseisenbahn der Kaiserzeit, die Reichsbahn der Weimarer Republik waren erststellige Einnahmen des jeweiligen Staates. Leider änderte sich dies beim Beginn des Dritten Reiches. Zunächst wurden Teile der Überschüsse der Reichsbahn zur Finanzierung der Autobahnen benutzt dann nahm man der Reichsbahn im Interesse der Autobahnen die Überschüsse völlig fort, dann baute man langsam aber sicher all die kostspieligen Einrichtungen ab, die der Erforschung von Neuerungen und Modernisierungen des Reichsbahnnetzes dienten, um diese auf der Höhe ihrer Leistungsfähigkeit zu halten, und schließlich erfolgte bei Kriegsbeginn 1939 der tiefe Eingriff in die Substanz. Man verbot der Reichsbahn — von einer größeren Serie von Lokomotiv-Neubauten in den ersten Kriegsjahren abgesehen — die Erneuerung ihres Wagenparkes mit dem Hinweis, daß der Reichsbahn ja der Wagenpark sämtlicher eroberten Länder des Kontinentes zur Verfügung stehe. Bei diesem Verbot blieb es, auch als durch die Luftangriffe die Zerstörungen des rollenden Materials immer schwerer wurden, weil ja auch die Fabriken und Reparaturwerkstätten den Bombenangriffen zum Opfer

fielen. Was dann an kleinen Restbeständen noch übrig blieb, nahmen sich nach der Kapitulation unsere Kriegsgegner, um die ihnen vorher von Deutschland zugefügten vermeintlichen oder tatsächlichen Verluste an eigenem rollendem Material etwas wieder auszugleichen. Zu deutsch: Die heutige Bundesbahn fing 1945 bei Null wieder an, muß mit ungeheuerlichen Amortisationen für investierte Milliardenbeträge rechnen und im übrigen zusehen, wie ihre alte Kundschaft sich inzwischen von ihr abwandte. Die Überschüsse der alten Reichsbahn kamen nicht vom Personenverkehr. Der war immer eine Zuschußseite. Im günstigsten Fall hielten sich Einnahmen und Ausgaben die Waage. Der Überschub kam vom Güterverkehr her. Der aber verlagerte sich in den letzten Jahren in zunehmendem Maße auf die Landstraße. Die Entwicklung des Speditionsgewerbes ging unmittelbar nach der Kapitulation den entgegengesetzten Weg. Tausende und Abertausende der von den früheren Kriegsgegnern im Sommer 1945 beschlagnahmten Wehrmacht- und Zivilfahrzeuge konnten von ihnen nicht verwendet werden, wurden für geringe RM-Beträge von Deutschen zurückgekauft, und hieraus entstanden eine Unzahl von Speditionsfirmen, die es vor dem Kriege nicht gab. Zugegeben, daß davon ein erheblicher Teil schon wieder eingegangen ist. Trotzdem ist die Diskrepanz in den Arbeits- und Existenzbedingungen zwischen Bundesbahn, Speditionsgewerbe und Werkverkehr ungeheuer groß und kommt nur den letzteren zugute. Eine ausgleichende Gerechtigkeit muß hier Wandel schaffen. Die Ausgangsstellung für die Existenzmöglichkeit von Straße und Schiene muß wenigstens annähernd auf eine Ebene gebracht werden.

Sie werden fragen, was geht uns Ärzte die Bundesbahn an? Nun, die Bundesbahn mag den einzelnen je nach Geschmack wenig angehen, wohl aber gehen uns die Betriebszuschüsse der Bundesbahn an, die von der Allgemeinheit, also auch von jeder steuerzahlenden Ärztin und jedem steuerzahlenden Arzt aufzubringen sind. Anders ausgedrückt, die 650 Millionen Defizit der Bundesbahn stehen nun nicht für andere Ausgaben, z. B. für die Erneuerung und Verbesserung der Verkehrswege zur Verfügung. Insofern sollte überhaupt jeder deutsche Steuerzahler, wenn nicht jeder Deutsche schlechthin, ein hohes Interesse an einer Gesundung unserer Bundesbahn haben, zu der es nur kommen kann, wenn das ungesunde, ungerechte und unwirtschaftliche Handicap zwischen Straße und Schiene zugunsten der letzteren bereinigt wird.

Doch zurück zu den Lkw. Je größer die Ladefähigkeit der Lkw bzw. ihrer Anhänger, um so günstiger gestaltet sich heute die Rentabilitätsfrage, bei der auch die Besteuerung eine große Rolle spielt. Deshalb werden ja die Wagenungetüme von Lkw-Zügen gebaut, die in der Lage sind, auf Motorwagen und Anhänger je Hunderte von Zentnern zu befördern und natürlich auch entsprechend Landstraßen, Autobahnen, Brücken usw. belasten und zerfahren.

Zu der einen Ungerechtigkeit, nämlich der Tatsache, daß den Lkw die Grundlage ihres Betriebs, nämlich Straßen, die auf Kosten der Allgemeinheit erhalten werden, zur Verfügung stehen, kommt eine zweite Ungerechtigkeit, die man einfach als grotesk bezeichnen muß, wenn man sich einmal die Mühe gemacht hat, in die Einzelheiten, sowohl der Fahrzeugbesteuerung wie der Betriebsstoffbesteuerung, hineinzusteigen.

Pkw, Kräder und dreirädrige Motorfahrzeuge werden nach Hubraum, Zugmaschinen nach PS, Lkw und ihre Anhänger aber nach Eigengewicht besteuert.

Setzen Sie einen Lastzug einmal in ein Gewichts- und Steuerverhältnis zum Volkswagen:

| | | | | |
|---|----|-------|----|---------|
| VW Gesamtgewicht mit vier Personen | kg | 1100 | DM | 216,00 |
| 7½-t-Lastzug mit Anhänger höchstzulässig. Gesamtgewicht | kg | 37250 | DM | 1485,00 |

Der Lastzug wiegt etwa das 34fache des Volkswagens, er zahlt an Steuern aber nur das Siebenfache. Würde er in bezug auf das Gewicht, mit dem er die Straßen drückt, sprich zerfährt, nach gleichem Gewichtsmaßstab besteuert werden, so hätte er zu zahlen pro Jahr nicht 1485,00 DM, sondern DM 7344,00

Schließlich genießen die schweren und schwersten Lastkraftwagen auch noch eine weitere, völlig unbedingte, aber sehr erhebliche Subvention als Staatsgeschenk dadurch, daß der Treibstoff Dieselöl ganz erheblich geringer, etwa zur Hälfte, mit Steuern belegt ist als der Treibstoff Benzin für die Personenkraftwagen und die leichten Lkw.

1 Ltr. Dieselöl kostet nur 40 Pf. (17 Pf. Steuer und Zoll); 1 Ltr. Benzin kostet 64 Pf. (30 Pf. Steuer und Zoll).

Es ist also nicht mehr als recht und billig, wenn von den verantwortlichen Instanzen der Bundesregierung immer wieder gefordert wird, eine Formel zu errechnen, die die Belastung, sprich Zerstörung, der Straßen, dargestellt durch Eigengewicht und Nutzlast gleich Gesamtgewicht sowie Geschwindigkeit bei allen mot. Fahrzeugen, in ein richtiges Verhältnis zur Kfz.- und Treibstoff-Steuer bringt.

Welchen Weg man auch beschreiten mag, die indirekte ungeheuerliche Subventionierung der Lkw, vor allem der schweren und schwersten Lkw-Züge, muß fortfallen. Dann wird der Fernlastverkehr sich umstellen müssen. Viele Speditionsfirmen werden dazu nicht in der Lage sein. Der Werkverkehr wird sich nicht mehr in dem gleichen Maße wie bisher lohnen, kurz, zahlreiche Lkw werden stillgelegt werden müssen. Gerade das aber soll ja erreicht werden und hätte 2 Vorzüge: 1. die Landstraßen werden endlich wirklich entlastet; 2. ein Teil des Güterverkehrs, vor allem der Massentransport, geht dann dahin zurück, wohin er gehört, auf die Schiene. Kommt es zu einer Rückverlagerung der Massengüter, wie z. B. der Kohlen, von der Landstraße auf die Schiene, so wird die Bundesbahn wieder rentabel, verliert ihre Unterschüsse und kann nach Abtragung ihrer Amortisationsschulden in wenigen Jahren unter Umständen sofort bei einer entsprechenden Bevorschussung oder Anleiheaufnahme ihre Tarife entsprechend senken, genau so billig arbeiten wie heute das Speditionsgewerbe. Es wird einem oft entgegengehalten, daß dann durch Frachtverteuerungen Massengüter und Massenartikel teurer würden, da der Fernlastverkehr von Haus zu Haus, die Bundesbahn jedoch von Bahnhof zu Bahnhof, im günstigsten Falle vom Erzeuger bzw. Hersteller zum Bahnhof des Empfängers liefere. Das trifft nur in bezug auf Stückgüter zu, Massengüter werden bereits heute dem Empfänger durch Spezialfahrzeuge der Bundesbahn, die einen ganzen Ei-

senbahnwaggon verlasten, vor die Haustüre gefahren. Ich kenne auch zahlreiche weitere Einwurfe. So volkswirtschaftlich interessant diese auch sein mögen, ich muß es mir versagen, im einzelnen darauf einzugehen. Nur dem schärfsten Einwurf sei noch ein Satz gewidmet. Es heißt: bei einem derartigen scharfen Einschnitt gerieten unter Umständen große Teile unserer gesamten Wirtschaft in Erschütterung. Dazu ist zu sagen: Die Wirtschaft eines Landes ist nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck; zu dem Zwecke nämlich, den Wohlstand, d. h. also den Lebensstandard und die Volksgesundheit, eben dieses Volkes, zu heben. Wenn durch das Anwachsen eines bestimmten Wirtschaftsteiles, in diesem Falle also des Lkw-Verkehrs, volkswirtschaftlicher und gesundheitlicher Schaden entsteht (Unfallrenten, Hinterbliebenen-Renten, Materialschäden, ständige Erhöhung des Etats der Verkehrspolizei, Zerfahren der Landstraße, Milliarden Unterschüsse der nichtausgenutzten Schienenverkehrswege usw. usw.), der die Vorteile bei weitem überwiegt, dann stimmt etwas nicht, und die Allgemeinheit hat das Recht, zu verlangen, daß ihre Regierung regulierend eingreift. Es kann dabei nicht oft genug wiederholt werden, daß in keinem Lande Europas, ja der ganzen Welt — von einigen besonders gelagerten Verkehrszentren in Amerika abgesehen — derartig schwierige, um nicht zu sagen, teilweise katastrophale Verkehrsverhältnisse herrschen, wie derzeit auf den Straßen unserer Bundesrepublik.

Diese Auffassung scheint sich nicht nur im Bundesparlament allmählich durchzusetzen, sondern es scheint auch in einzelnen Ministerien ernsthaft die Absicht zu bestehen, nun auch wirklich und endlich Maßnahmen zu ergreifen, um das Straßenproblem in Westdeutschland in einem Sinne zu lösen, der radikal, aber gerecht und im Interesse der Allgemeinheit dringend wünschenswert ist.

Wir Ärzte können zu einem Erfolg manches beitragen; wir kommen in viele Häuser, wir sprechen über diese und jene Tagesfrage sowohl mit unseren handarbeitenden Patienten wie mit den Geistesarbeitern wie auch mit denen, die in Wirtschaft, Regierung oder Volksvertretungen, sei es in Kreis, Stadt, Land oder Bund, an den Schalthebeln der Politik und der Wirt-

schaft sitzen. Genau so wie wir aus unserer wirtschaftlichen Zurückhaltung in eigenen wirtschaftlichen Belangen herausgetreten sind und heraustreten mußten, um endlich weite Kreise unseres Volkes auf den ungeordneten Maßstab, mit dem unsere ärztliche Tätigkeit entlohnt wird, hinzuweisen, so sollten wir auch in der Frage Straßenverkehr von der Mundpropaganda mehr Gebrauch machen. Die Zeit steht uns sonst sehr nahe bevor, wo wir wieder wie um die Jahrhundertwende in den Städten stolz zu Fuß gehen werden und auf dem Lande unter Vermeidung der überlasteten festen Straßen noch mehr wie bisher zum Nachteile unserer Pkw üble Neben- oder Feldwege benutzen müssen, um notfalls schnell zu unseren Patienten zu kommen.

Dr. Sturm, Preetz (Holstein)

Die neuen Gesetzentwürfe sehen in großen Zügen folgende Maßnahmen vor:

Straßenentlastungsgesetz: Eine Verbotsliste für die Beförderung bestimmter Massengüter im Güterfernverkehr, nämlich u. a. für Erden aller Art, Erze, Steine, Kohlen, Zement, Beton, Eisenbetonwaren und Tonröhren, Gruben- und anderes Holz, ferner Getreide und Rohrzucker.

Der Verkehrsfinanzgesetzentwurf bezieht sich auf Änderungen der Kraftfahrzeug-, Beförderungs- und Mineralölsteuer.

Die Kraftfahrzeugsteuer soll in Zukunft auf das Gesamtgewicht der Fahrzeuge umgestellt werden. Auch die Schwerlastwagen gehen ihrer bisher gänzlich unberechtigterweise zugebilligten Steuerbegünstigung verlustig. Die Kraftfahrzeugsteuer für Personenkraftwagen soll von DM 18,— auf DM 14,40 je 100 ccm Hubraum gesenkt werden.

Die Beförderungssteuer soll auf den bis jetzt befreiten Güternahverkehr ausgedehnt werden. Der Fernverkehr soll künftig 25 Dpf je tkm besteuert werden (bisher 9 Dpf).

Bei der Mineralölsteuer sollen die Sätze für Vergaserkraftstoff um 1 Dpf je Liter und für den bisher steuerbegünstigten Dieselmotorkraftstoff um 7 Dpf je Liter erhöht werden.

Schriftleitung

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

Arbeitstagung über kassenärztliche Verordnungsweise in Baden-Baden

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Die ständig steigenden Arzneimittelkosten haben den Verband der Kassenärztlichen Vereinigungen für Baden, Rheinland-Pfalz und Württemberg-Hohenzollern veranlaßt, am 15. Mai 1954 in Baden-Baden eine Arbeitstagung über die kassenärztliche Verordnungsweise abzuhalten. Die Tagung hatte den Zweck, Wege zur Vermeidung unnötiger Ausgaben für Arzneimittel aufzuzeigen. Die mit diesem Fragenkomplex zusammenhängenden Probleme wurden von Vertretern der Ärzteschaft, des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenkassen sowie der pharmazeutischen Industrie in ihren Referaten dargelegt. Es ist selbstverständlich, daß dem sozialversicherten Kranken jedes Arzneimittel, das er benötigt, verordnet werden kann. Das Maß des Notwendigen soll jedoch nicht

überschritten werden. Bei der Diskussion wurde von ärztlicher Seite insbesondere auf die derzeitigen Verhältnisse in der Arzneimittelindustrie hingewiesen. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob nicht durch eine Einschränkung der als übertrieben bezeichneten Propaganda unnötige Verteuerungen der Arzneimittel vermieden werden könnten. Im Interesse des Kranken muß die Form der Laienpropaganda, wie sie von einer Reihe von Arzneimittelfirmen in Presse und Rundfunk betrieben wird, abgelehnt werden. Die Vielzahl der täglich neu erscheinenden Arzneipräparate, von denen sich viele bereits unter anderem Namen im Handel befinden, wurde besonders beanstandet. Zur Zeit werden monatlich etwa 60 neue Präparate herausgebracht. Es wird als dringend notwendig erachtet, bestimmte mit der Arzneimittelherstellung zusammenhängende Fragen im Rahmen eines Arzneimittelgesetzes zu regeln, wie es u. a. von der Ärzteschaft wiederholt gefordert wurde.

Preugo und Kassenarzthonorar

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Die Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft hat vor kurzem in einer Verlautbarung darauf hingewiesen, daß die vom Bundeswirtschaftsministerium am 11. Dezember 1952 verfügte Erhöhung der Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung, nach denen die kassenärztliche Vergütung berechnet werden soll, bisher von den Ortskrankenkassen nicht beachtet wurde. In einer Erwiderung erklärte der Pressedienst der Ortskrankenkassen, daß die kassenärztliche Gesamtvergütung um 130% gestiegen sei. Diese Behauptung veranlaßt uns, erneut darauf hinzuweisen, daß z. B. im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Baden z. Zt. lediglich 50—70% der Mindestsätze dieser Gebührenordnung an die Kassenärzte ausbezahlt werden können. Während die Ortskrankenkassen ursprünglich 25% ihrer Beitragseinnahmen zur Honorierung der ärztlichen Leistungen zur Verfügung stellten, betrug der Anteil der kassenärztlichen Honorare an den Beitragseinnahmen der Ortskrankenkassen in Nord-Baden 1953 nur 18,7%. Ähnlich sind die Verhältnisse im ganzen Bundesgebiet. Dem praktizierenden Kassenarzt werden demnach beträchtliche Teile des ihm nach der Gebührenordnung zustehenden Honorars vorenthalten. Die vom Bundeswirtschaftsministerium vor 1½ Jahren verfügte Erhöhung der Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung, die eine Steigerung der kassenärztlichen Honorare um etwa 35% ergeben müßte, hat nur einen Sinn, wenn sie sich in der Gestaltung der kassenärztlichen Vergütung auswirkt. Bis jetzt waren die Verhandlungen der Ärzteschaft mit den Krankenkassen in dieser Hinsicht ohne Ergebnis. Es braucht in diesem Zusammenhang nicht erneut darauf eingegangen zu werden, daß sich die Inanspruchnahme des Arztes schon allein durch die Erweiterung der Möglichkeiten bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten, sondern auch durch eine erhebliche Zunahme der Behandlungsfälle geändert hat. Während im Jahr 1930 pro Mitglied 1,8 bis 2,4 Arztscheine bei den Ortskrankenkassen 1953 auf 4 bis 4,8 und noch darüber gestiegen. Dies bedeutet eine Verdoppelung der ärztlichen Tätigkeit beim einzelnen Mitglied der Krankenkassen, während das Honorar pro Mitglied sich diesem geänderten Zustand keineswegs angepaßt hat. Es ist durchaus bekannt, daß die Ausgaben der Krankenkassen, vor allem durch die Erhöhung der Arzneimittelpreise, gestiegen sind. Trotzdem be-

trachtet es die Ärzteschaft als berechtigte Forderung, daß die frühere Relation, nach der 25% der Beitragseinnahmen der Krankenkassen als Arzthonorar abzuführen sind, wieder hergestellt wird. Damit wäre es auch möglich, die dem Kassenarzt zustehenden Honorare nach den Mindestsätzen der staatlichen Gebührenordnung ausbezahlen. Das Verlangen der Krankenkassen nach einer Beteiligung an der Rechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung widerspricht dem System der Pauschalhonorierung, die mit befreiender Wirkung für die Kassen erfolgt und demnach das gesamte Morbiditätsrisiko bei den Kassenärzten beläßt. Dies äußerte sich ganz besonders während der Typhus- und Grippe-Epidemie im vergangenen Jahr in Stuttgart, wo die Vergütung für den einzelnen Krankheitsfall infolge der Vielzahl der Erkrankungen erheblich abgesunken war. Soweit Unterlagen zum Nachweis der berechtigten Honorarforderungen der Ärzteschaft notwendig sind, stehen sie bei den Honorarverhandlungen stets zur Verfügung.

Aufruf des Marburger Bundes

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Der Marburger Bund, Verband der angestellten Ärzte Deutschlands, hat sich auf seiner Sitzung der Landesverbandsvorsitzenden am 16. Mai 1954 mit den Vorbereitungen der Koalitionsparteien des Bundestages zu einem Gesetz über das Kassenarztrecht befähigt und dabei folgenden Beschluß einstimmig gefaßt:

„Der Entwurf eines Bundesgesetzes zur Neuregelung des Kassenarztrechts hält, wie aus Pressemeldungen bekannt wurde, wiederum an der seit mehr als 20 Jahren bestehenden Beschränkung der Zulassung von einem Kassenarzt auf 600 Versicherte fest. Bekanntlich fordert der Deutsche Ärztetag im Interesse der sozialversicherten Bevölkerung die Senkung dieser Zahl auf 1:450.

Die durch Notverordnung seit 1932 eingeführte Zulassungsbeschränkung von 1:600 schließt heute mehr als die Hälfte der deutschen Ärzte von der Versorgung der zu 80% sozialversicherten Bevölkerung des Bundesgebietes aus.

Zur Abwehr dieser Bestrebungen, die nicht im Interesse der Volksgesundheit liegen, ruft der Marburger Bund, Verband der angestellten Ärzte Deutschlands, alle Organisationen der nicht zu den gesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Ärzte und des ärztlichen Nachwuchses zur Bildung einer „Schutzgemeinschaft deutscher Ärzte“ auf.“

Kurznachrichten

Dr. Albert Schweitzer kommt nach Lindau (Bodensee)

Prof. Dr. Albert Schweitzer, der letztes Jahr den Friedensnobelpreis erhalten hat, teilte dem Kuratorium für die 4. Nobelpreisträger-Tagung — die 2. Tagung der Mediziner —, die vom 28. Juni bis 2. Juli in Lindau stattfindet, mit, daß er die beiden letzten Tage an der Nobelpreisträger-Tagung teilnehmen werde.

Dr. Albert Schweitzer kommt in diesem Sommer zur Erholung nach Europa, nachdem er 1½ Jahre in Afrika verbracht und außer seiner Arbeit in Lambarene ein Dorf für Leprakranke erbaut hat.

Lärm verursacht steigenden Schlafmittelverbrauch

Der Schlafmittelumsatz in den Apotheken ist, wie der Deutsche Arbeitsring für Lärmbekämpfung mitteilt, fast genau im gleichen Umfang gestiegen, wie die Zahl der zugelassenen Kraftfahrzeuge, deren Zahl schon vor einem Jahr die dritte Million erreicht hatte. Mit Schlafmitteln soll nun ein Großangriff auf die Schlaflosigkeit geführt werden, unter der nach einem im vorigen Jahr vom Allenspacher Institut für Demoskopie veranstalteten Umfrage schon jetzt jeder vierte Deutsche leidet. Wahrscheinlich werden sich aber die vielfältigen Folgen des Dauerlärms nicht mit Schlafmitteln ausgleichen lassen.

DMI

Gröning als Heilpraktiker nicht zugelassen

Bruno Gröning, vor Jahren als „Wunderdoktor“ bekannt, hat in Stuttgart nicht die von ihm beantragte Genehmigung erhalten, sich als Heilpraktiker zu betätigen. Die Stadt ver-

trat die Ansicht, daß Gröning wegen Schwäche seiner geistigen Kräfte die für die Ausübung dieses Berufes notwendige Eignung fehle.

DMI

Vorsorgliche Impfung schützt vor Wundstarrkrampf!

Das Furchtbare einer Starrkrampferkrankung (Tetanus) bleibt jedem, der sie gesehen hat, zeitlebens eine Erinnerung des Grauens. Schlagartig treten Krämpfe der Muskeln auf, die von entsetzlichen Schmerzen begleitet werden. Das Gesicht erstarrt zur grinsenden Maske. Starr liegt der Kranke mit hohlrundem Rücken und grotesker Verzerrung der Glieder, zeitweise durchschüttelt von Krämpfen. In vollem Bewußtsein muß er solche immer schneller sich häufenden Anfälle über sich ergehen lassen, ständig bedroht durch qualvolle Erstickung. Trotz moderner Behandlungsweise verläuft mehr als die Hälfte der Fälle tödlich.

Ursache ist der Starrkrampfbazillus, der, gegendweise verschieden häufig, in Erde, Dung, faulendem Holz, Staub und Schmutz jeder Art vorkommt. Dringt er in Wunden, selbst in kleinste Schrunden ein, wandert sein Giftstoff zum Nervensystem, um dort die vernichtende Krankheit auszulösen.

Besonders gefährdet sind spielende Kinder (auch durch kleine Schürfwunden), landwirtschaftliche Arbeiter, Kutscher, Hufschmiede, Angehörige der Betriebe des Verkehrs und der Holzbearbeitung, der Feuerwehr und Polizei, Bergleute und Sportler. Ferner alle im Garten Tätigen, endlich jeder, dem ein Verkehrsunfall begegnet. Jeder Verletzte ist in Gefahr. Daher gehört der Wundstarrkrampf von jeher auch zu den häufigsten und schrecklichsten Bedrohungen der Kriege.

Die bisher übliche Serumwendung hat den Wundstarrkrampf wohl seltener werden lassen, doch nicht immer verhindern können. Die Zahl von jährlich rund 1000 innerhalb der Bundesrepublik auftretender Fälle zeigt die Größe der

lauernden Gefahr. Außerdem ist das Serum selbst nicht ganz harmlos und kann in seltenen Fällen sowie bei häufiger Anwendung schwere Störungen des Befindens auslösen.

So stehen Verletzte, Eltern und Arzt bei jeder Wunde vor einer schweren Entscheidung. Sollen sie trotz Geringfügigkeit einer Wunde Serum anwenden? Oder sollen sie darauf verzichten und sich der Gefahr eines Tetanus aussetzen?

Hier bietet die Schutzimpfung eine wertvolle Hilfe: Sie ist so sicher und gefahrlos, daß sie geradezu als das größte Wunder der modernen Medizin bezeichnet wurde. Die Impfung muß zweimal erfolgen, im Abstand von mehreren Wochen. Denn erst dann bleiben die im Körper erzeugten natürlichen Schutzstoffe jahrelang wirksam.

Die Schutzimpfung beseitigt jede Starrkrampfgefahr und kann nach Verletzungen die Serumanwendung unnötig machen. Noch nach langen Jahren läßt sich der einmal geschaffene Impfschutz mit einer einzigen neuen Impfung voll wiederherstellen. Es wird also ein Gewinn für das ganze Leben erzielt.

Schon im letzten Krieg waren die gegnerischen Truppen schutzgeimpft, so daß der Starrkrampf praktisch aufhörte. Die deutsche Wehrmacht hat die Unterlassung der Impfung teuer bezahlen müssen.

Ausländische Staaten haben die sich bietende Möglichkeit der Ausrottung dieser heimtückischen Krankheit erkannt und wollen dieses Ziel durch gesetzliche Impfpflicht erreichen. Bei uns wird an Einsicht und Verantwortungsbewußtsein freier Entschließungen appelliert.

(Mitteilung des Deutschen Grünen Kreuzes, Marburg/L.)

Der verrauchte Konferenzsaal

Es ist immer dasselbe: kaum eine Sitzung oder Besprechung beginnt mehr, ohne daß nicht zunächst die Zigaretten- und Zigarrenschachteln die Runde machen. Der Sitzungsvorsitzende glaubt, dies seinen Gästen schuldig zu sein.

Nach einer Stunde ist der Raum mit dichten Rauchschwaden erfüllt. Wenn dann die Augen zu tränen beginnen und so entzündet sind, daß man die Gesprächspartner nicht mehr richtig anblicken und fixieren kann, steht jemand auf, um vorsichtig

das Fenster etwas zu öffnen. Ja nicht zu weit, denn sonst könnten die Papiere auf dem Tisch durcheinanderfliegen. Das Fenster bleibt aber nicht lange offen, einer verspürt leichten Zug und schubst das Fenster mit einigen Armbewegungen wieder zu.

Zwischendurch wird Kaffee oder Coca-Cola zur Ermunterung gereicht, andere Getränke, Gebäck oder belegte Brote viel zu selten. In den Aschenbechern türmen sich die ausgedrückten Stummel und tragen auch nicht gerade zur Luftbesserung bei. Ausgeleert werden die Ascher meist erst, wenn sie übervoll sind. Die Rauchschwaden werden jedenfalls dichter und dichter, jeder kämpft dagegen, aber keiner rührt sich.

Nach Stunden erst, wenn die Sitzung beendet ist, tritt man nach draußen, atmet in tiefen Zügen die köstliche frische Luft und schimpft auf die Zumutung, daß bei den Sitzungen so wenig für ausreichende Entlüftung gesorgt wird. Aber schon bei der nächsten Konferenz ist es nicht anders. In der Zeitung hat man zwar gelesen, daß die Ärzte auf einen engen Zusammenhang zwischen Nikotin und Lungenkrebs hinweisen, aber das ist rasch wieder vergessen. Daß auch das aktive und passive Rauchen in den Konferenzsälen damit zu tun hat, daran will man nicht gern denken.

Wer aber ist schuld daran, daß heute fast alle unsere führenden Persönlichkeiten, Geschäftsleute und Beamte tage-, ja wochenlang in verrauchter und verbrauchter Luft verhandeln müssen, sehr zum Schaden ihrer Gesundheit? — Nun, in erster Linie liegt dies an der Unhöflichkeit des jeweiligen Konferenzleiters und an der Gleichgültigkeit seiner Sekretärin und seiner Mitarbeiter, die für die Regie „hinter den Kulissen“ verantwortlich sind. Sie haben darauf zu achten, daß die Ascher rechtzeitig, d. h. in kurzen Abständen entleert werden, falls man nicht solche mit Deckel aufstellen will. Auch für die Lüftung und die Erfrischung sind schon vor Beginn der Sitzung entsprechende Anordnungen zu treffen, denn es ist verständlich, daß der Konferenzleiter selbst im Laufe der Verhandlung nicht immer an diese Dinge denkt. Für die Gäste, die an den Sitzungen teilnehmen, ist es jedenfalls peinlich, von sich aus auf primitivste Regeln der Gastfreundschaft aufmerksam machen zu müssen. DMI

Buchbesprechungen

Ferdinand Hoff: „Behandlung innerer Krankheiten, Richtlinien für Studierende und Ärzte“. 5. völlig neubearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1954. 608 Seiten, Preis: Ganzleinen DM 55.—.

Das erste Viertel des Buches handelt von der Therapie der Infektionskrankheiten. Selten hat man eine so vollständige, praktisch klare und dabei bescheidene Abhandlung gelesen. Da auch über die anderen Kapitel des Buches Ähnliches zu sagen ist, und da das ganze Buch trotz der Vielfalt und Vollständigkeit seines Inhaltes wie aus einem Gusse ist, stellt sich dem Leser eine ganz wesentliche Frage, die Frage nämlich nach der Methode des Autors, der solches erreicht. Der Autor sagt hierzu in seinem Vorwort, vielleicht um vorausschauend den Erfolg dieser Neuauflage zu erklären, ihm sei Hilfe von seinen Mitarbeitern zuteil geworden, die einzelne Kapitel überarbeitet und ergänzt hätten; so sei dieses Buch eine Gemeinschaftsarbeit seiner Klinik geworden. Diese Feststellung erklärt das Werk aber keineswegs, das Vollständige, Einheitliche, Wohlalberundete. Auch kann das Verdienst eines Arztes etwa, der einen Schwerkranken durch ganzen Einsatz schließlich geheilt hat, nicht durch den Hinweis auf gute Arzneien und Pflege geschmälert werden; es war allemal seine Kunst. Und so ist dieses Buch über das große Gebiet der Behandlung innerer Krankheiten (ein Gebiet, das zu groß und zu sehr im Fluß ist, um von einem einzelnen bis ins Detail beherrscht werden zu können) eine Gemeinschaftsarbeit besonderer Art geworden: zwar ermöglicht durch die Mithilfe geeigneter und fleißiger Mitarbeiter, möglich und denkbar jedoch nur durch einen überschauenden, wägenden, prüfenden und koordinierenden Geist.

So nehmen wir dieses Buch als Beweis dafür, daß die ärztlich-klinische Grundhaltung des Autors, die durch seine Bücher an so viele Kollegen in der Praxis helfend herangetragen wird, einen weiteren und wesentlichen Niederschlag in un-

mittelbarer Wirkung auf Schüler und Mitarbeiter findet, damit nicht nur Bücher den Namen des Autors tragen, sondern damit seine eigene klinische Schule entstehe.

Dr. J. Schröder

Dr. W. Seeger: „Diagnose und Therapie der tubaren Sterilität“. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 27 Seiten, 1952, Preis: geh. DM 2.—.

Die Schrift vermittelt unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur einen Überblick über Ätiologie, Diagnose und die verschiedenen Operationsmethoden der durch Tubenverschluß bedingten Sterilität. Verf. unterstreicht die Forderung der Gynäkologen, daß jedem diagnostischen und therapeutischen Eingriff bei der Frau eine genaue Spermaanlyse des Mannes vorausgehen hat. Die Salpingographie hat gegenüber der Pertubation den Vorteil der genaueren Lokalisationsmöglichkeit des Verschlusses. Die Operationsmethode kann in der Regel erst bei der Operation gewählt werden, wobei größtmögliche Organschonung zu fordern ist. Für den Erfolg ist auch die Nachbehandlung von großer Bedeutung. Von 157 Fällen aus 25 Jahren konnten 127 nachuntersucht werden, die Verteilung der verschiedenen Formen des Tubenverschlusses und die Erfolge der einzelnen Methoden werden besprochen. Die Arbeit vermittelt einen guten und kurzgefaßten Überblick über die häufigste Ursache der weiblichen Sterilität und die Aussichten ihrer Behandlung.

Dr. Krebs

Doz. Dr. med. habil. Arthur von der Heydt: „Querulantenische Entwicklungen“. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle, 74 Seiten, Preis: geh. DM 4.80.

Kluge Abhandlung über die Wechselwirkung von Erlebnis und Charakter des Querulanten. Nachweis des Verf. entgegen der Auffassung anderer Autoren, daß dem Querulieren stets — wenn auch weit zurückliegend — eine reale rechtliche Beeinträchtigung zugrunde liegt. Besprechung der Cha-

raktereigentümlichkeiten des Querulanten (Willensschwäche, Defekte der Ichbezüglichkeit, Mangel an Entschlossenheit und Lebensklugheit), die bei Mißerfolg der Rechtssuche zum Querulieren führen, wenn z. B. aus Gründen eines höheren Rechts dem Recht des Einzelnen nicht entsprochen werden kann. Erläuterung an Krankheitsverläufen. Einteilung der Querulanten in 3 Gruppen (nicht spezifisch psychopathische, psychopathische und psychotische Persönlichkeiten). Hinweise zur forensischen Beurteilung: Frage der Prozeß- und Geschäftsfähigkeit, der Entmündigung, der Einweisung in Heilanstalten u. a. m.

Die Abhandlung ist bei aller Differenziertheit klar, bedeutet eine wertvolle Bereicherung für die einschlägige Literatur und dient dem Zwecke, eindeutige Richtlinien für die noch immer umstrittene Beurteilung von Querulanten zu geben.

Dr. Gertrud Scharpff

Dr. B. Klapp: „Das Klappsche Kriechverfahren“. Verlag Thieme, Stuttgart, 70 Seiten, 115 Abb. Preis: kart. DM 11,70.

Das Kriechverfahren, das von Klapp seit 1910 entwickelt worden war, ist wieder etwas unmodern geworden. Ein Grund dafür mag sein, daß man sich zuviel von dem Verfahren versprochen hatte. Klapp ging von der Beobachtung aus, daß beim Vierfüßler keine Skoliosen beobachtet werden. Seine Kriechübungen haben vor allem bei jungen Menschen in vielen Tausenden von Rückgratverkrümmungen Besserung der krankhaften Wirbelsäulenveränderungen erreicht.

Klapp war selbst bestrebt, sein Verfahren immer weiter auszubauen und es neben den Rückgratverkrümmungen und Toraxdeformitäten schließlich auch noch auf die Nachbehandlung von Wirbelbrüchen und ausgeheilten Tuberkulosen auszuweiten.

Er ist nicht mehr dazu gekommen, seine Ideen niederzuschreiben. In dem vorliegenden Buch unternimmt es nun sein Sohn, das Gedankengut seines Vaters zusammenzustellen und einen Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten des Klappschen Kriechverfahrens zu geben. Das Buch ist gut geschrieben und durch vorzügliche Bilder veranschaulicht.

Da bei der heutigen Jugend Rückgratverkrümmungen wieder besonders häufig beobachtet werden, verdienen die geschickt zusammengestellten Ausführungen besondere Beachtung.

Prof. Heiss

Arzte-Adreßbuch Rheinland-Pfalz 1954, herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer, der Tierärztekammer, der Apothekerkammer und den Gesundheitsämtern in Rheinland-Pfalz. Verlag Kirchheim & Co. GmbH, Mainz a. Rh., 176 Seiten. DM 10.—.

Das Ärzte-Adreßbuch enthält die Anschriften aller Ärzte, Tierärzte, Hebammen, Apotheken, Krankenhäuser, Sanatorien, Kliniken, Gesundheitsämter, ärztlichen Organisationen usw. nach dem Stand vom 15. 2. 1954.

Die Anschriften innerhalb des Ärzte-Adreßbuches sind nach Kreisen geordnet, innerhalb der Kreise nach Orten in alphabetischer Reihenfolge. Als Anhang ist dem Buch ein alphabetisches Namensverzeichnis der Ärzte beigegeben.

Prof. Dr. M. Hochrein: „Rheumatische Erkrankungen“. 2. völlig neubearb. Aufl., 1952, Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 340 Seiten, 121 Abb. Preis: Ganzleinen DM 36.—.

Daß 10 Jahre nach Erscheinen der 1. Auflage eine 2. völlig neu bearbeitete Auflage des als Standardwerk für den praktischen Arzt geltenden Buches „Rheumatische Erkrankungen“ (Entstehung und Behandlung) erschienen ist, wird auch von rheumatologischer und internistischer Seite besonders begrüßt.

Der Herausgeber will einen übersichtlichen Ratgeber für den prakt. Arzt zur Verfügung stellen. Darüber hinaus ist das Werk, welches in 23 ausführlichen Abschnitten von hervorragenden und innerhalb ihrer jeweiligen Disziplin bekann-

ten Autoren mitbearbeitet wurde, Handbuch und Begleiter jedes Spezialisten, der sich grenzgebietlich oder hauptsächlich mit den rheumatischen Erkrankungen beschäftigen muß.

Der Text der einzelnen Abschnitte ist klar und transparent abgefaßt. Die 121 Abbildungen und Zeichnungen und die Tabellen bilden jeweils die zum Text ausgezeichnet ausgewählten Ergänzungen. Sie sind in keiner Weise überflüssig oder undeutlich.

Wichtig für den vielbeschäftigten prakt. Arzt ist (neben der für den Theoretiker und Kliniker gebotenen Literaturübersicht), ein sorgfältig numeriertes und (sit venia verbo), verglichen mit zahlreichen neueren Monographien, endlich einmal ausführliches alphabetisches Sachverzeichnis zu finden.

Die beiden großen vom Herausgeber verfaßten Kapitel: „Klinik des infektiösen Rheumatismus“ und „Erkennung und Behandlung des rheumatischen Herzschadens“ bieten ebenso wie die theoretischen Betrachtungen zur Pathogenese und Ätiologie in abstrakter Darstellung — frei von allzu modernen Spekulationen — und in fließender, wohlgeordneter Form alles, was an wichtigen und neuen Ergebnissen aus Wissenschaft und Praxis erwähnenswert ist.

Als Verfechter einer klaren und sauberen Meinung vertritt jeder Autor sein Fachgebiet ohne komplizierende Umwege. Diagnostik und Therapie erscheinen in allen in Frage kommenden Kapiteln gut gegeneinander abgewogen.

Mit den dem prakt. Arzt weniger geläufigen Problemen der Differentialdiagnose der Gelenkerkrankungen, der Röntgenbildbeurteilung, des Rheumatismus im Kindesalter, der physikalischen und balneologischen Therapie, der Begriffe Rheuma und Klima, Berufskrankheiten usw. sind neben allen übrigen wichtigen Kapiteln eingehende Aufklärungsmöglichkeiten gegeben, die jeder Leser dankbar anerkennen wird.

Da das Buch für seine vom Verleger ausgezeichnet besorgte Gestaltung verhältnismäßig preiswert ist (DM 36.—) und allen praktischen und theoretischen Ansprüchen weitgehend genügt, kann es sowohl den Rheuma-Spezialisten und Fachärzten, als auch besonders dem prakt. Arzt empfohlen werden.

Eine referierende Inhaltsangabe ist wegen der Ausgiebigkeit der Problemstellung an diesem Orte nicht möglich.

Dr. Junkersdorf

Prof. Dr. R. Mittermaier: „Die Krankheiten der Nasennebenhöhlen, der Ohren und des Halses im Röntgenbild“. 2. verm. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 232 Seiten, 483 Abb., 1952. Preis: Ganzleinen DM 66.—.

Wie in allen klinischen Fächern ist die Röntgendiagnostik auch in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zu einem unentbehrlichen Hilfsmittel für die Erkennung und Beurteilung krankhafter Vorgänge geworden. Der vom Verlag hervorragend ausgestattete Atlas gibt einen guten Querschnitt durch die Alltagsarbeit röntgenologischer Diagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Die Aufnahmetechnik, die auch für die richtige Deutung der Röntgenbilder von großer Wichtigkeit ist, wird mit wenigen Worten klar dargestellt und durch gute Abbildungen erläutert. Sowohl der Hals-Nasen-Ohrenarzt als auch der Fachröntgenologe findet in diesem aus der Praxis entstandenen und für die Praxis geschriebenen Buch alles Wesentliche in gut übersichtlicher Form. Häufig vorkommende Krankheitsbilder sind ausführlicher behandelt als seltene. Auch das wird der praktisch tätige Arzt begrüßen.

Prof. Leicher

F. Schottlaender: „Die Welt der Neurose“. — Band 8 der Schriftenreihe für Ganzheitsmedizin. Ärzteverlag GmbH, Gießen/Lahn und Hippokrates Verlag, Stuttgart. 1950. 83 Seiten. Preis: DM 1,75.

Die Schrift ist hervorgegangen aus 2 Vorträgen, die Verf. 1949 anlässlich des 1. Fortbildungskurses für Ganzheitsmedizin hielt. Sie wendet sich an den Arzt in der Praxis und will

ferro sanol

optimal resorbierbar

1 30
DM

30 Dragées

ihm eine Einsicht in das Wesen der Neurose vermitteln. Im Sinne von v. Weizsäcker wird die Neurose als ein existentieller Konflikt zwischen „Ich“ und „Welt“ gesehen und gewertet. In Krankengeschichten werden die Grenzen aufgewiesen, die sich einer ausschließlich naturwissenschaftlich-technischen Betrachtungsweise ergeben. Der Weg zu einem Sinnverständnis des Krankseins führt über die Analyse der Lebensgeschichte des Einzelnen und seiner Auseinandersetzung mit der Welt, die er erlebt. Hierbei werden tiefenpsychologische Einsichten fruchtbar. Im Verhältnis des Ichs zur Zeitlichkeit, Leiblichkeit und zur Gemeinschaft als den determinierenden Konstituenten seiner Welt werden die wichtigsten Ansatzpunkte der Neurose aufgezeigt. „Der Neurotiker ist der essentiell Entzweite, Unversöhnte, gegen Unabänderlichkeiten rebellierende Mensch, ohne daß er zunächst um diese Zusammenhänge wüßte.“ Angst, Konversion, Zwang, Depression und Sucht als die Formkreise der Neurose werden analytisch besprochen. In einem Ausblick auf die psychotherapeutische Situation wird betont, daß der Behandler nicht herrisch und autoritär auftreten dürfe, Einfühlungsvermögen besitze, vorurteilslos sei und keiner psychotherapeutischen Technik huldige. Eine Lehranalyse wird aber als notwendig angesehen.

Das Büchlein kann zum Studium nachdrücklich empfohlen werden.

Prof. Dr. Gaupp jr.

Franz Andreas Völgyesi: „**Hypnosetherapie und Psychosomatische Probleme**“, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1950. 204 Seiten. Preis: DM 8.25.

Unter psychosomatischer Hypnosetherapie wird eine aktive Behandlung verstanden, die bestrebt ist, die psychologischen Gesetzmäßigkeiten des Hypnotismus, der Suggestionslehre und die bedingte Reflexologie zu mobilisieren, um den Organismus des Kranken in seiner Ganzheit zugunsten der Heilmöglichkeiten umzustimmen. Verf. identifiziert die hypnotischen Phänomene weitgehend mit den Erscheinungen bedingter Reflexe. Die Psychoneurosen werden als intracorticale pathologische Reflexe, die Organneurosen als „typische corticoviscerale Krankheitsbilder“ aufgefaßt. Durch Hypnose und Suggestionen gelingt es nach Verf., bedingte und unbedingte Reflexe zu verändern, dadurch auch in somatisches Krankheitsgeschehen heilend einzugreifen. Der Heilerfolg ist um so größer, je „psychopassiver“, suggestibler und hypnotischer das Individuum ist.

Die Vorstellungen des Verf. sind geprägt durch Pawlow, Speranski und deren Schulen. Im Rahmen eines Kurz-Referates läßt sich zu ihnen nicht kritisch Stellung nehmen.

Prof. Dr. Gaupp jr.

A. Benninghoff: „**Lehrbuch der Anatomie des Menschen**“ Bd. II mit 330 Abb. (teilweise mehrfarbig). Verlag Urban & Schwarzenberg, Gänzeleinen DM 39.60.

Die vorliegende verbesserte 4. Auflage ist das letzte Geschenk, daß die Ärzewelt der Feder dieses begnadeten Forschers und akademischen Lehrers dankt, den allzu früh eine heimtückische Krankheit mitten aus vollem, segensreichem Wirken heraus uns entrissen hat. — Das, was Benninghoff zum führenden Anatomen macht, war, daß er in einzigartiger Weise verstand, die morphologischen Befunde in ihren grundlegenden funktionellen und physiologischen Zusammenhängen lebensvoll zu erfassen. Die Vorzüge seiner biomorphologischen Einstellung und seiner großen Darstellungskunst kommen gerade im vorliegenden Band besonders eindrucksvoll zur Geltung. Stellen doch die Eingeweide ein für jedes ärztliche Denken unentbehrliches Kernstück der Anatomie dar; auch hat — zumal auf diesem Gebiete — die neuzeitliche Forschung wichtige Fortschritte erzielt, welche für die Innere Medizin und damit für die Gesamtheilkunde von besonderer Bedeutung sind. Die anregende Schilderung des Aufbaus, wie der wesentlichen Formgestaltungen und Leistungen der Organe wird durch zahlreiche geschickt gewählte Abbildungen anschaulich und einprägsam unterstützt. Dabei ist den „Organen des Kreislaufs“ eine spezielle Besprechung des peripheren Gefäßapparates: Arterien, Venen, Lymphgefäße angeschlossen. — Der leichteren Überschaubarkeit des reichen Inhalts mit all seinen vielseitigen Beziehungen dient eine durchsichtige klare Aufgliederung, wobei mit bewährtem Lehrgeschick am Schlusse jedes Abschnittes zusammenfassende „Rückblicke“ in Stichworten zur sachgemäßen Aneignung des umfangreichen Stoffes anleiten. — Es ist zu er-

warten, daß die von Benninghoff so meisterhaft ausgestaltete funktionelle und allgemeinbiologische Vertiefung der Anatomie sich befruchtend auf eine möglichst lebensnahe Fortentwicklung nicht allein der Morphologie, sondern auch der Heilkunde auswirken wird. Dementsprechend soll das vorliegende Werk nicht bloß dem Medizinstudenten wärmstens empfohlen werden; es kann vielmehr auch den erfahrenen Praktiker durch wertvolle Anregungen wesentlich bereichern.

Prof. Dr. W. Jacobi

Werner W. Siebert: „**Klinische Haematologie. Ein Grundriß für Studierende und Ärzte**“. 12 Abbildungen im Text und 24 farbige Tafeln. Urban & Schwarzenberg-Verlag, München und Berlin, 1950. Ganzleinen DM 31.—.

Der Verfasser betont in seinem eigenen Vorwort, daß das vorliegende Buch ein Niederschlag langjähriger Vorlesungstätigkeit sei. Dies dürfte auch der Hauptgrund für die klare übersichtliche Darstellung des für die Praxis und die Klinik gleich wichtigen umfangreichen Stoffes sein. Zunächst bespricht der Verfasser die Morphologie, die Abstammungslehre und Funktion der Blutzellen, um dann nach einer Zusammenstellung der haematologisch wichtigsten Daten aus der Physiologie und allgemeinen Pathologie des Blutes die Blutkrankheiten im einzelnen abhandeln zu können. Vor der Besprechung des klinischen Bildes der verschiedenen Blutkrankheiten und der Erwähnung der gesicherten Therapie werden vom Verfasser wertvolle pathogenetische Gesichtspunkte erwähnt und differentialdiagnostische Hinweise gegeben. Eine Übersicht über die wichtigsten Blutveränderungen bei den Blutkrankheiten und anderen Erkrankungen, die alphabetisch zusammengestellt sind, ermöglicht in der Praxis ein rasches Orientieren. In einem weiteren Kapitel faßt der Verfasser ebenfalls alphabetisch geordnet die morphologischen Blut-symptome, unterteilt nach dem erythrocytären-leukocy-tären und thrombocy-tären System, zusammen. Die für Praxis und Klinik bedeutsamen haematologischen Untersuchungsmethoden werden im letzten Kapitel besprochen. Nachdem in den letzten Jahren die Therapie mit Antikoagulantien erheblich an praktischer Bedeutung gewonnen hat, ist es sehr dankenswert, daß auch in dem vorliegenden Werk die Methoden der Prothrombinzeitbestimmungen besprochen werden. Daß neben der Erwähnung der Blutgruppen- und Untergruppenbestimmung auch allgemein auf die Bedeutung der Rh-Eigenschaften hingewiesen wird, ist ebenfalls von besonderer praktischer Bedeutung, da die neuen ärztlichen Erkenntnisse bezüglich der Möglichkeit von Transfusionschäden heute genau beachtet werden müssen. Abschließend muß noch betont werden, daß die Abbildungen und die ausgezeichneten farbigen Tafeln das Studium des Buches sehr erleichtern. Der Grundriß von Siebert ist eine wertvolle Bereicherung der übrigen Literatur über klinische Haematologie und muß deshalb jedem tätigen Arzt am Krankenbett und in der Sprechstunde wärmstens empfohlen werden.

Dr. Helmut Speth

Prof. Mayer, Prof. Pfeleiderer und Prof. Reichenmiller: „**Die Pflege der Wöchnerin und des Neugeborenen**“. Ferdinand-Enke-Verlag. Fünfte neu bearbeitete Auflage, 30 Abbildungen, 240 Seiten. Geheftet DM 12.40, Ganzleinen DM 14.60.

Die fünfte Auflage ist vollkommen umgearbeitet und auf den modernsten Stand gebracht. Die Mitarbeiter von Prof. August Mayer sind frühere Schüler der Tübinger Klinik und jetzt Chefarzte in Stuttgart. Das Buch zerfällt in einen „Allgemeinen Teil“ über Bau und Verrichtungen und einen „Speziellen Teil“, der von allen drei Autoren hervorragend bearbeitet ist. Ganz vorzüglich sind die Abbildungen und der Druck (Enke Verlag Stuttgart).

Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß die Wochenbett-pflegerinnen bei der Ausbildung ihre Tätigkeit mit Verständnis und Überlegung ausüben. So werden auch z. B. die ersten Anzeichen einer Venenentzündung, einer nachfolgenden Thrombose oder einer Embolie, für die lernende Wochenpflegerin sehr klar beschrieben.

Das Kapitel über das Neugeborene ist von Prof. Pfeleiderer, sowie auch das Kapitel über die Ernährung des Neugeborenen von Prof. Reichenmiller sehr instruktiv dargestellt.

Das Lehrbuch für Wochenpflegerinnen und für junge Mütter ist in seiner Art einzigartig. Sowohl die Schülerinnen als auch die unterrichtenden Lehrer werden an diesem Buch große Unterstützung finden.

Dr. Karl Mayer

Bekanntmachungen

Kongreßkalender

17.—20. Juni 1954

Sozialmedizinische Ärztetagung „Über die sozialmedizinische Bedeutung der Diagnose und Therapie wichtiger Erkrankungen für die Berufsausübung“ in Villach, veranstaltet von der Gesundheitskommission der Österreichischen Liga für die Vereinten Nationen und der Stadt Villach.

Anmeldungen und nähere Auskünfte durch das Direktionssekretariat des Landeskrankenhauses Villach, Nikolaigasse 43.

23.—26. Juni 1954

Fortbildungskursus über Wetterbeschwerden und neuzeitliche Therapien (Colloquien mit Demonstrationen betr. Neuraltherapie, Chiropraktik, Akupunktur, Frischzellentherapie), veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft für Praktische Bioklimatik im kleinen Festsaal der Stadthalle in Karlsruhe.

Kursgebühr DM 25.—, Quartierbeschaffung inbegriffen. Anmeldung und Programm durch: Arbeitsgemeinschaft für Praktische Bioklimatik, Karlsruhe, Kaiserallee 30, Tel. 20 62.

22.—25. Juli 1954

Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs in der Kinderheilstätte Wangen im Allgäu. Nähere Auskünfte erteilt Prof. D. Brügger, Wangen/Allgäu, Kinderheilstätte.

1.—3. September 1954

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Neurologie in Würzburg. Verhandlungsthema: Muskelerkrankungen. Anfragen an: Priv.Doz. Dr. Becker, Neurol. Univ.Klinik, Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

9.—11. September 1954

Tagung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus in Grünwald bei München (Sportschule) mit Vorträgen von Frau A. Grunewald, Eksjö (Schweden), Frau R. Klug, Wien, Prof. Dr. Muthesius, Frankfurt und Dr. Hoske, Köln. Nähere Auskünfte durch die Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, Heidelberg, Dantestr. 7.

19.—25. September 1954

7. Kurs in den Naturheilverfahren in Freudenstadt, veranstaltet vom Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Anfragen sind zu richten an den Leiter des Kurses: Dr. Hans Haferkamp, Mainz, Schulstraße 13

24.—26. September 1954

Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte mit dem Thema „Regulationsstörungen des Kreislaufs in ihrer Beziehung zum Vegetativum und Wetter“. Nähere Auskünfte durch die Kurverwaltung Bad Nauheim.

25.—26. September 1954

Tagung der Südwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft in Regensburg. Auskunft durch Prof. Dr. C. F. Funk, Regensburg, Städt. Krankenhaus.

Ein tropenmedizinischer Fortbildungskurs

wird von der Medizinischen Fakultät Tübingen vom 3. bis 14. August 1954 für Ärzte durchgeführt. Der Kurs soll eine Einführung in die Klinik und Epidemiologie der Krankheiten warmer Länder bringen. Besprochen werden alle wichtigen Tropenkrankheiten sowie Fragen der tropischen Hygiene; die Vorlesungen werden ergänzt durch parasitologische Demonstrationen.

Da die Teilnehmerzahl im Hinblick auf die praktischen Übungen und Demonstrationen begrenzt werden muß, werden Kollegen, die sich für den Kurs interessieren, gebeten, sich bald anzumelden.

Zur Unkostendeckung wird eine Gebühr von DM 15.— erhoben.

Zuschriften zwecks Anmeldung, Quartiernachweis und anderer Auskunft erbeten an Prof. Ludolph Fischer, Tropenmed. Laborator. d. Univ. Tübingen/Schloß (Tel. 31 47).

Fortbildungsmöglichkeiten an den Kliniken und Instituten der Universität Tübingen

Auf eine Anfrage des Ausschusses für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. teilt die Medizinische Fakultät der Universität Tübingen mit, daß für prakt. Ärzte und Fachärzte die Möglichkeit besteht, an den nachstehend aufgeführten Kliniken und Instituten der Universität Tübingen als Gastärzte für die Dauer einer Woche tätig zu sein.

| | |
|---------------------|-------------------------|
| Augenklinik | Ohrenklinik |
| Chirurgische Klinik | Orthopädische Klinik |
| Frauenklinik | Röntgenabteilung |
| Hautklinik | Anatomisches Institut |
| Kinderklinik | Hygiene Institut |
| Medizinische Klinik | Pathologisches Institut |
| Nervenklinik | |

Kollegen, die an dieser Art der Fortbildung interessiert sind, empfehlen wir, sich mit den entsprechenden Klinik- bzw. Institutschefs unmittelbar in Verbindung zu setzen.

Prof. Dr. med. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses für
ärztliche Fortbildung

Fachärztliche Weiterbildung

Die Vorsitzenden der 4 Facharztanerkennungsausschüsse in Baden-Württemberg haben in einer Besprechung am 5. Mai 1954 im Ärztehaus in Stuttgart-Degerloch beschlossen, folgendes bekanntzugeben:

Bei der zuständigen Geschäftsstelle liegt eine Liste der Krankenhäuser auf, die zur fachärztlichen Weiterbildung ermächtigt sind. Allen eine Facharzt-Weiterbildung anstrebenden Kollegen wird in ihrem eigenen Interesse empfohlen, sich bei der Geschäftsstelle ihrer Ärztekammer zu erkundigen, ob das Krankenhaus, an dem sie tätig sind, in dieser Liste geführt und bis zu welcher Dauer die Ausbildung angerechnet wird.

Treffen schlesischer Ärzte in Frankfurt!

Während des Bundestreffens der Schlesier in Frankfurt/M. treffen sich die schlesischen Ärzte am Samstag, dem 17. Juli 1954, um 11 Uhr im Ärztehaus, Frankfurt/M., Hamburger Allee 12—14.

Cardemion

mit Khellin und Rutinon

zur **kleinen Herztherapie** bei Angina pectoris,
funktionellen Herzstörungen, zur Intervallbehandlung.

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · PHARM. ABT. · HEIDELBERG

Herr Prof. Dr. P a r a d e wird einen Vortrag aus seinem Arbeitsgebiet halten.

Anschließend gemeinsames Mittagessen im „Braustüb'l“ der Kongreßhalle im Messegelände — 2 Minuten vom Ärztehaus entfernt.

Prof. Dr. med. Reischauer,
Essen

Dr. med. Knospe,
Eßlingen

Gautreffen

der Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte, Gau Baden-Württemberg, am 17./18. Juli 1954 in St. Blasien

Der Gau Baden-Württemberg der Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte ladet hiermit seine Mitglieder zum Treffen in St. Blasien ein.

Tagesfolge:

Samstag, den 17. Juli, 20.30 Uhr, gemeinsames Nachtessen im Klosterhof, anschließend dort gemütliches Beisammensein.

Sonntag, den 18. Juli, 10.30 Uhr, Besichtigung des Sanatoriums St. Blasien. Vortrag und Führung von Herrn Obermedizinalrat Dr. med. Brecke.

12.45 Uhr, gemeinsames Mittagessen im Klosterhof.

14.30 Uhr, Abfahrt zur Kaffeetafel in Höchenschwand.

Die Kollegen werden gebeten, ihre Bestellung für Übernachtungen mindestens 10 Tage vorher beim Kurverein St. Blasien aufzugeben. Es muß aber heute schon darauf aufmerksam gemacht werden, daß Mitte Juli der Fremdenverkehr in St. Blasien voraussichtlich schon sehr stark eingesetzt haben wird, weshalb Unterbringung in sehr guten Privatquartieren nicht zu umgehen sein wird, u. U. auch Quartiere außerhalb von St. Blasien herangezogen werden müssen.

Th. Staehle, Vorsitzender

Studienfahrten deutscher Akademiker

Die Sommerreise führt vom 26. Juli bis 14. August mit Bahn, Schiff und Flugzeug nach Dänemark, Schweden, F i n n l a n d (Turku-Tampere-Helsinki) und Lappland (Rovaniemi—Pallastunturi—Pello—Tornio—Kemi).

Als letzte Studienfahrt dieses Jahres folgt dann vom 24. September bis 9. Oktober eine große Reise nach Algerien. Sie zeigt neben den römischen Altertümern von Djemila, Lambèse und Timgad die drei großen Oasen der Wüste Sahara: Biskra, Touggourt und Bou-Saada.

Programme, Auskunft und Anmeldung bei dem Leiter der Fahrten:

Univ.-Prof. Dr. Artur Kutscher, München 33, Postfach 5.

Ferienaustausch

Ein französischer Arzt in Marokko möchte gern seine 20jährige Nichte aus Paris während der Sommermonate Juli und August im Ferienaustausch zur Erweiterung ihrer deutschen Sprachkenntnisse nach Deutschland (vorzugsweise Arztfamilie) schicken.

Er bietet hierfür einen Aufenthalt bei sich in Marokko für 1 jungen Mann oder ein junges Mädchen für 2 Monate oder 2 junge Männer oder 2 junge Mädchen für 1 Monat oder 1 Arztehepaar für 1 Monat.

Zeitpunkt des Aufenthaltes in Marokko kann nach Wunsch vereinbart werden. Schwimmbad und Tennisplatz vorhanden.

Interessenten wollen ein entsprechendes Schreiben zur Weiterleitung an den Auslandsdienst des Präsidiums des Deutschen Ärztetages in Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, richten.

Die Einziehung von Testseren

wird im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg, Nr. 40, Seite 4, vom 26. Mai 1954, bekanntgegeben.

Auto-Betriebskostentabelle, 5. Auflage

Die 5. Auflage der erstmalig im März 1950 erschienenen Auto-Betriebskosten-Tabelle der WINORA, Wirtschaftsvereinigung Deutscher Ärzte eGmbH., Hamburg 1, An der Alster 47, nach der ständig lebhaft Nachfrage besteht, ist nunmehr auf Grund der zur Zeit gültigen Wagen-, Reifen- und Betriebsstoff-Preise druckreif.

Für 25 Kraftwagentypen, vom 400 ccm Lloyd bis zum 2,2-Liter Mercedes zeigt die Tabelle die Betriebskosten bei einer Jahresleistung von 5000 bis 30 000 km sowie den Kostenanteil je gefahrenen Kilometer.

Die Tabelle ist gegen Voreinsendung des Unkostenbeitrages von DM 1.— (auf Postscheckkonto Hamburg Nr. 281 oder in Briefmarken) von genannter Genossenschaft erhältlich. Zusendung per Nachnahme kann nicht erfolgen, und es wird deshalb gebeten, von solchen Wünschen abzusehen.

Bei dieser Gelegenheit sei erneut darauf hingewiesen, daß eine Lieferungsbeschleunigung für alle zur Zeit besonders fragten Kraftwagentypen aus den mit den Fabriken vereinbarten Sonderkontingenten der WINORA erreichbar ist, sofern man sich vor oder unmittelbar nach Unterzeichnung des Bestellscheines an die WINORA, Hamburg 1, An der Alster 47, Telefon 24 57 54, wendet bzw. eine Bestellschein-kopie einsendet. An die gleiche Adresse können Vorschläge bezüglich einer etwa gewünschten Zahlungsverleichterung (12—24 Monatsraten) eingereicht werden.

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E.V. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)

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

Programm

Ärztlicher Fortbildungstag am Samstag, dem 10. Juli 1954 im Lindenmuseum, Stuttgart N, Hegelplatz, Eingang Herdweg (Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 8 bis Haltestelle Hegelplatz. Fernruf 9 62 10.)

Vormittags 9.00 Uhr

Professor Dr. med. Dennig — Stuttgart: Bevölkerungsfragen und Arzt.

Frau Medizinaldirektor Dr. Schiller — Stuttgart: Amtsarzt und Eheberatung.

Professor Dr. med. Pfeleiderer — Stuttgart: Eheberatung in der ärztlichen Sprechstunde.

Rechtsanwalt Robert Haussmann — Stuttgart: Grundzüge des heutigen Ehescheidungsrechts.

(Für die Vormittagssitzung sind auch die Arztfrauen eingeladen.)

Nachmittags 15.00—18.00 Uhr

Professor Dr. med. Bansi — Hamburg: Heutige Kenntnisse über Hungerschäden.

Dozent Dr. med. Niedner — Ulm: Über Herzchirurgie.

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

Professor Dr. med. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche
Fortbildung

Bericht

über die 22. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 6. Mai 1954, 19—23.30 Uhr.

1. Prof. Dr. Neuffer spricht zur Lage. — Zu Delegierten für den Ärztetag wurden gewählt: Prof. Dr. Neuffer, Dr. Knospe, Dr. Dobler, Dr. Hämmerle, Dr. Zimmerle, Dr. Schwoerer, Prof. Dr. Reiser. Stellvertreter: Dr. Ruthardt, Dr. Häussler, Dr. Anhegger. — Prof. Dr. Neuffer verzichtet zugunsten von Dr. Ruthardt.

2. Dr. Knospe referiert über die Situation in Sachen Altersversorgung nach der Urabstimmung. — Der Vorstand ist der Auffassung, daß die Initiative jetzt beim Landtag liegt, der die Urabstimmung gewünscht hat.

3. Vorbereitung der Wahl zur Bezirksärztekammer. — Außer den Delegierten der Wahlkreise ist zusätzlich auch eine Bezirksliste zu wählen. Es erscheint wünschenswert, daß sich die verschiedenen interessierten Verbände über eine gemeinsame Liste einigen. Dr. Schwoerer und Dr. Knospe werden gebeten, mit dem Hartmannbund und dem Marburger Bund dieserhalb Fühlung zu nehmen.

4. Dr. Schwoerer berichtet über Verhandlungen im Vertriebenministerium Baden-Württemberg am 27. 4. 1954 wegen Umsiedlung heimatvertriebener Ärzte aus Bayern, Schleswig-Holstein, Niedersachsen. — Baden-

Württemberg muß voraussichtlich 26 oder aber 89 Ärzte aufnehmen, je nachdem, ob die schon früher hier aufgenommenen umgesiedelten Ärzte angerechnet werden oder nicht. Dr. Knospe wird beauftragt, die Ärztekammer dem Vertriebenministerium gegenüber zu vertreten.

5. Das Arbeitsministerium hat mitgeteilt, daß „nach seiner Auffassung“ die Rentner zu $\frac{2}{3}$ bei der Errechnung der Kassenarztverhältniszahl mitgezählt werden sollten. Dr. Schwoerer und Hauptgeschäftsführer Stein sollen in dieser Angelegenheit eine Besprechung im Ministerium herbeiführen. — Im Bundesgebiet wird hier noch sehr uneinheitlich verfahren.

6. Dr. Schwoerer: Bericht über die Hauptversammlung des Landesverbandes Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses.

7. Der Bundestag hat der Regierung unlängst nahegelegt, einigen Berufsgruppen steuerlichen Pauschalbetrag für nicht nachweisbare Betriebsausgaben zu gewähren. — Den Kollegen soll in einem Rundschreiben geraten werden, ihre Einkommensteuererklärung möglichst so lange ungenutzt zu lassen, bis eine entsprechende Verordnung ergangen ist.

8. Dr. Knospe: Ehrenratsverfahren u. ä.

9. Anfrage des Studentenwerkes: Kann ein Vater für die Behandlung des Sohnes liquidieren? — Wenn der Sohn an die Krankenkasse seinen vollen Beitrag bezahlt hat, muß die Behandlung auch dort honoriert werden, wo sie der Vater als Arzt vorgenommen hat. Andernfalls müßten von der Krankenkasse für solche Fälle ermäßigte Sondertarife geschaffen werden.

10. Die Gebühren der ärztlichen Sachverständigen für die Sozialgerichte müssen noch vereinbart werden. Hauptgeschäftsführer Stein wird mit den erforderlichen Verhandlungen betraut.

11. Verschiedenes.

Dr. Hämmerle

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der im Monat Mai 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nord-Württemberg

van Acken, Bad Wimpfen, 10; Alius, Ludwigsburg, 20; Balz, Gerstetten, 10; Baum, Weikersheim, 10; Bertsch, Eßlingen a. N., 20; Bihl, Brackenheim, 10; Bliersch, Stuttgart, 20; Bojko, Bittelfeld, 10; Bosch, Giengen a. d. Brenz, 20; Bosse, Schw. Hall, 50; Böwing, Ulm a. D., 10; Breig, Heilbronn, 30; Brodbeck, Crailsheim, 20; Budde, Ottilie, Göppingen, 5; Buck, Gerabronn, 20; Bühler, Ulm a. D., 20; Büllmann, Heidenheim, 10; Burger, Stuttgart-Zuffenhausen, 10; Burkhardt, Herrenberg, 15; Cless, Reichenberghausen, 10; Demeler, Ludwigsburg, 15; Diener, Affaltrach, 20; Dieterich, Steinheim a. A., 50; Dieterle, Faurndau, 20; Döbler, Herrenberg, 20; Dörr, Heilbronn, 10; Dürr, Schw. Hall, 10; Ehlers, Essingen, 50; Eisenhart, Lore, Nürtingen, 15; Eychmüller, Neckarsulm, 40; Fiedler, Wendlingen, 20; Fischer, Ulm-Wiblingen, 20; Fromlet, Stuttgart-Hedelfingen, 10; Fries, Ulm a. D., 30; Fries, Ludwigsburg, 20; Fries, Weinsberg, 10; Frommherz, Vaihingen/Enz, 10; Fünffinger, Eisingen/Fils, 10; Fürbringer, Lorch, 10; Gaedtker, Weilheim a. d. Teck, 10; Gaigl, Leonberg, 10; Gauss, Stuttgart, 15; Geiger, Horrheim, 20; Geissler, Heilbronn, 10; Gekeler, Ebersbach/Fils, 5; Gekeler, Göppingen, 10; Gerber, Wilhelm, Stuttgart, 10; Gerber, Gabriele, Stuttgart, 10; Giese, Heilbronn (abgelehntes Kollegenonorar), 30; Giese, Heilbronn, 50; Glöckler, Kirchheim u. T., 10; Göbel, Stuttgart, 10; Göbel, Ehningen bei Böblingen, 10; von Grävenitz, Stuttgart-Solitude, 10; Grünler, Ulm-Söflingen, 10; Gscheidel, Stuttgart, 20; Haaf, Hilde, Besigheim, 10; Häfele, Heil-

bronn-Böckingen, 50; Haller, Vera, Stuttgart, 10; Hämmerle, Kornwestheim, 5; Hansen, Ulm a. D., 20; N. N., 25; Hart, Ulm a. D., 20; Haueisen, Hilde, Eßlingen a. N., 50; Hedrich, Mathilde, Plochingen, 20; Heinz, Schwaigern, 20; Herrlein, Stuttgart-Feuerbach, 10; Hertz, Heilbronn, 10; Herzog, Bad-Friedrichshall, 10; Hescheler, Stuttgart, 20; Hofmann, Eßlingen a. N., 20; Hohlweg, Stuttgart, 20; Hollein, Giengen a. d. Brenz, 10; Hopfengärtner, Schw. Hall, 10; Jehn, Heidenheim, 20; Jilek, Großheppach, 20; Illig, Schorndorf, 5; John, Göppingen, 20; Jordan, Oberkochen, 10; Kern, Josef, Stuttgart, 50; Kibler, Heilbronn, 20; Klaiber, Gschwend, 20; Kleemann, Anna Luise, Stuttgart, 20; Klein, Heilbronn-Böckingen, 10; Kleinknecht, Ellwangen, 20; Kley, Anita, Aldingen bei Ludwigsburg, 5; Klinga, Ditzingen, 5; Klominsky, Unterböbingen, 25; Knauss, Schöntal, 20; Kommerell, Stuttgart, 5; Kopp, Gschwend, 10; Köstlin, Kornwestheim, 12; Kraemer, Künzelsau, 30; Krämer, Erkenbrechtsweiler, 10; Kraft, Leinzell, 20; Krauss, Göppingen, 20; Krauss, Ida, Ulm, 20; Kronberg, Irene, Heilbronn, 50; Ritter, Crailsheim, 20; Kuhn, Waiblingen, 20; Kühner, Ilshofen, 20; Kühnle, Bad Friedrichshall, 10; Kuntz, Bopfingen, 10; Kürschner, Heilbronn, 30; Lächele, Stuttgart-Hedelfingen, 20; Landenberger, Stuttgart-Vaihingen, 20; Lang, Crailsheim, 20; Leiter, Stuttgart-Bad Cannstatt, 15; Liebert, Stuttgart-Stammheim, 5; Loesner-Schwenk, Else, Kirchheim u. Teck, 15; Lutz, Ohringen, 10; Lutz-Völter, Elisabeth, Mühlacker, 15; Maas, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Maisch, Stuttgart, 30; Manz, Waiblingen, 10; Mayer, Illingen, 10; Mayer-List, Stuttgart, 20; Mayer, Otto, Stuttgart, 25; Mayer, Mutlangen, 10; Minholz, Amalie, Ulm a. D., 20; Miklaw, Wasseralfingen, 10; Meyner, Nellingen (Alb), 10; Mühlbauer, Schw. Hall, 10; Mühlich, Neckarsulm, 15; Mühlshlegel, Stuttgart, 5; Müller, Köngen, 20; Mueller, Stuttgart-Vaihingen, 20; Müssig, Bopfingen, 10; Mutschler, Höfingen, 20; Mutschler, Offenau, 10; Necker, Stuttgart-Zuffenhausen, 20; Neidhardt, Ludwigsburg, 10; Neugebauer, Giengen a. d. Brenz, 50; Neunhoffer, Blaubeuren, 20; Neyes, Doris, Stuttgart, 10; Noltenius, Bietigheim, 30; Ott, Stuttgart, 20; Pflüger, Stuttgart, 20; Phleps, Nürtingen, 10; Pfisterer, Wiernsheim, 10; Plieninger, Hanna, Eßlingen a. N., 10; Prinzing, Fritz, Ulm a. D. 3; Rall, Heilbronn, 30; Riehm, Herrenberg, 20; Reiche-Grosse, Renate, Stuttgart-Vaihingen, 10; Reichle, Prof., Stuttgart, 50; Reinhardt, Schw. Hall, 10; Roesler, Winnenden, 10; Rössner, Heidenheim, 5; Roth, Stuttgart, 20; Röttger, Stuttgart, 20; Rueff, Marie, Ulm a. D., 20; Sadowski, Aalen, 10; Schaaff, Stuttgart-Feuerbach, 20; Schad, Backnang, 30; Scheurlen, Böblingen, 10; Scheidt, Prof., Ulm a. D. (abgelehntes Kollegenonorar), 12; Schmidt, Heinrich, Stuttgart, 20; Schöffler, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Scholz, Lauchheim, 50; Scholz, Prof., Stuttgart-Birkach, 10; Schröder, Stuttgart-Bad Cannstatt, 5; Schumm, Ludwigsburg, 10; Schwarz, Stuttgart, 10; Seidler, Schw. Gmünd, 10; Sell, Leonberg, 20; Seybold, Göppingen, 30; Siebner, Schw. Gmünd, 10; Sigel, Otto, Stuttgart, 20; Sigel, Bietigheim, 20; Spieth, Maulbronn, 20; Staehle, Stuttgart, 20; Staffa, Nürtingen, 15; Staiger, Ulm a. D., 15; Stehle, Carl, Ulm a. D., 10; Steiner, Plieningen, 10; Steixner, Stuttgart-Zuffenhausen, 20; Stemmer, Stuttgart, 20; Stiegele, Leonberg, 10; Stingel, Göglingen, 15; Stierlin, Gaildorf, 5; Straub, Heidenheim, 20; Swoboda, Angela, Zell a. N., 20; Teichmann, Schw. Hall, 20; Teschendorf, Eßlingen a. N., 50; Trentin, Schw. Gmünd, 10; Thümmel, Stuttgart, 10; Veitinger, Kirchheim u. Teck, 20; Vogelsang, Ulm a. D., 10; Vohl, Stuttgart-Weil im Dorf, 20; Wagner, Eßlingen a. N., 40; Wagner, Ulm a. D., 10; Wagner, Stuttgart-Bad Cannstatt, 20; Walz, Heidenheim, 20; Walz, Stuttgart-Vaihingen, 10; Wandel, Frikkenhausen, 3; Wanner, Stuttgart-Bad Cannstatt, 10; Wegler, Stuttgart-Degerloch, 10; Weissenrieder, Margot, Stuttgart, 10; Wengler, Eßlingen a. N., 10; Werner, Stuttgart, 10; Widenmann, Ellwangen, 10; Wider, Heidenheim, 10; Wider, Fellbach, 10; Wiltafsky, Vaihingen/Enz, 10; Winter, Stuttgart-Botnang, 5; Winterlin, Weilheim a. d. Teck, 10; Wullen, EB-



Rasches und subjektives Wohlbefinden
bei guter Heilungstendenz.
Ein Fortschritt in der Behandlung von
Ulcus ventriculi Ulcus duodeni
Gastritiden
Klinisch erprobt.

Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung

Klein-Packung mit
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

lingen a. N., 20; Zeller, Heinrich, Göppingen, 10; Zeller, Anna, Göppingen, 10; Ziegler, Ulm a. D., 20; Zimmerle, Marianne, Stuttgart, 10. Gesamtbetrag: 3585 DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:
Dr. Scherb

Verdienstkreuz für Dr. Harpprecht sen.

Der Bundespräsident hat Herrn Dr. Heinrich Harpprecht sen., Holzgerlingen, in Anerkennung seiner 50jährigen erfolgreichsten Berufstätigkeit und seiner besonderen Verdienste beim Deutschen Roten Kreuz das Verdienstkreuz am Bande verliehen.

Geburtstage

Am 21. Juni 1954

Dr. Alfred Haller, Stuttgart-S, 70 Jahre

Am 28. Juni 1954

Dr. Heinrich Fischer, Ulm, 70 Jahre

Am 7. Juli 1954

Prof. Dr. Adolf Würtz, Stuttgart, 80 Jahre

Am 19. Juli 1954

Dr. Karl Kriche, Backnang, 70 Jahre

Am 20. Juli 1954

Prof. Dr. Alfred Mandler, Ulm, 75 Jahre

Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

Wir trauern um unsere Toten

Dr. Wunsch, Hans, Öhringen
geb. 22. 12. 1888, gest. 7. 5. 1954

Dr. Gericke, Paul, Backnang
geb. 17. 11. 1875, gest. 16. 5. 1954

Dr. Baur, Max, Nürtingen
geb. 30. 6. 1864, gest. 20. 5. 1954

Dr. Beck, Julius, Egingen
geb. 21. 1. 1903, gest. 27. 5. 1954

ARZTEKAMMER WÜRTTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTTEMBERG-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 dreijährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandenen Staatsexamen.

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

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung als Facharzt 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 rauschgiftsüchtig ist oder war.

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

Außerdem ist ein kurzer Lebenslauf anzufügen, 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 Beschlußfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber DM 10.— zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Ge-

bühr (§ 45, Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie verfallen (§ 45, Abs. 3 und 4).

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

| | |
|-------------------------|-------------|
| Dunningen/Krs. Rottweil | prakt. Arzt |
| Riedlingen/Krs. Saulgau | prakt. Arzt |
| Waldsee/Krs. Ravensburg | prakt. Arzt |

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. Juli 1954, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Der Zulassungsausschuß für Ärzte
des Landes Württemberg-Hohenzollern

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der im Monat Mai 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Württ.-Hohenzollern

Bickel, Schussenried, 5; Bihlmeyer, Ravensburg, 20; Bernhard, Rottweil, 5; Brügger, Wangen i. Allg., 5; Cremer, Tuttlingen, 10; Dehler, Freudenstadt, 20; Dörenkamp, Ertingen, 10; Dorn, Bad Wurzach, 10; Dorn, Charlottenhöhe über Calmbach, 20; Ebner, Altshausen, 10; Engel, Schramberg, 50; Enslin, Tuttlingen, 15; Essig, Berta, Ravensburg, 10; Fischer, Undingen, 5; Fleischer, Biberach, 10; Fricker, Schömburg über Rottweil, 10; Gagel, Pauline, Schernfeld, 10; Härle, Waldsee, 10; Härle, Wangen i. Allg., 10; Heimberger, Reutlingen, 20; Hofmeister, Nagold, 100; Hopt, Spaichingen, 20; Huber, Pfäffingen, 10; Ilg, Biberach, 10; Kinkelin, Gönningen, 10; Klauer, Elisabeth, Buchau, 10; Kolb, Walddorf, 20; Kübler, Reutlingen, 20; Lieb, Biberach, 10; Mahler, Dornstetten, 30; Martin, Renate, Mekenbeuren, 20; Mathias, Wain, 15; Merkle, Simmersfeld, 15; Meuret, Tuttlingen, 10; Missmahl, Riedlingen, 10; Mutschler, Klosterreichenbach, 30; Obermaier, Ravensburg, 10; Polster, Altensteig, 20; Pross, Laupheim, 10; Rudolph, Leutkirch, 10; Schröder, Biberach, 10; Schroth, Tuttlingen, 10; Schuler, Ravensburg, 5; Schüle, Urach, 20; Schwab, Ebingen, 20; Seible, Reutlingen, 10; Seitz, Neuenbürg, 20; Sigel, Wilhelmsdorf, 25; Stiegele, Saulgau, 5; Stübler, Reutlingen, 20; Vesenmayer, Wildberg, 20; Vogt, Hedwig, Waldsee, 20; Wagenhäuser, Tübingen, 10; Wahl, Schömburg über Calw, 10; Weber, Langenau, 5; Weinhold, Leutkirch, 20; Wenninger, Dietenheim/Ilter, 10; Wertz, Wolfegg, 10; Wurm, Uttenweiler, 5; Zeh, Zwiefalten, 10; Zimmer, Deißlingen, 10. Gesamtbetrag: 930 DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:
Dr. Scherb

ÄRZTEKAMMER NORDBADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Douglasstr. 9 · Telefon 1144

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE NORDBADEN

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

25 Jahre Sanatorium Eberbach, Rockenau

Anlässlich des 25jährigen Bestehens des Sanatoriums Eberbach, Rockenau, fand am 30. April 1954 eine eindrucksvolle Feier statt, an die sich eine Besichtigung des Hauses anschloß. Herr Regierungspräsident Dr. Huber überbrachte die Wünsche der Landesregierung und überreichte dem Eigentümer und Chefarzt des Hauses, Herrn Dr. med. Kurt Schlapper, für seine Verdienste um die Tuberkulosebekämpfung die Urkunde über die Verleihung des Professor-Titels. An der Feierstunde nahmen zahlreiche Vertreter von Behörden und Organisationen teil. Im Auftrag der Ärztekammer Nordbaden und im Namen der Ärzteschaft Heidelberg würdigte der Vorsitzende der Ärzteschaft Heidelberg, Herr Dr. Wysocki, die Leistungen des Kollegen Schlapper und sprach die besten Wünsche für ein weiteres Gedeihen des Hauses aus.

Wir trauern um unsere Toten

Dr. med. Albert Weiss, Facharzt für Innere Medizin,
Heidelberg geb. 25. 5. 1890, gest. 4. 1. 1954
Med. Rat Dr. Wilhelm Möckel, Heidelberg
geb. 10. 3. 1887, gest. 23. 1. 1954
Dr. med. Rudolf Reinhardt, prakt. Arzt, Heidelberg
geb. 10. 3. 1889, gest. 15. 4. 1954

Richtigstellung

Die Mitteilungen der Ärztekammer Nordbaden wurden im Mai-Heft versehentlich unter der Rubrik der Landesärztekammer Baden (Freiburg) veröffentlicht.

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

| | |
|-----------------------|----------------------------------|
| Forbach/Kreis Rastatt | für einen praktischen Arzt |
| Radolfzell | für einen praktischen Arzt |
| Meersburg | für einen Facharzt für Chirurgie |

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

Die Bewerbung hat schriftlich bis spätestens 10. Juli 1954 bei dem Zulassungsausschuß für Ärzte im Regierungsbezirk Südbaden, Freiburg, Karlstr. 34, zu erfolgen. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden im Original oder in beglaubigter Abschrift beizufügen, soweit sie nicht bereits bei der Eintragung ins Arztregister vorgelegt worden sind:

1. Geburtsurkunde und ggfs. Heiratsurkunde,
2. Nachweis der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs 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.

Können die oben bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so sind die erforderlichen Nachweise auf andere Weise zu erbringen.

Außerdem ist der Nachweis über die Ableistung des Landvierteljahres und ein kurzgefaßter Lebenslauf mit Angaben über Staatsangehörigkeit, Familienstand, Konfession beizufügen sowie anzugeben, ob der Bewerber Schwerkriegsbeschädigter, Flüchtling, Spätheimkehrer ist oder eine andere Eigenschaft besitzt, die ihm nach den Auswahlbestimmungen einen Vorrang unter den Bewerbern gibt.

Bewerber, die in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses regelmäßige Einnahmen beziehen, haben diese bei der Bewerbung anzugeben.

Bei der Antragstellung hat der Bewerber eine Gebühr von DM 10.— an die Landesärztekammer Baden, Postscheckkonto 62696 beim Postscheckamt Karlsruhe, mit dem Vermerk „Zulassung“ zu entrichten.

Kassenärztliche Vereinigung
Landesstelle Südbaden

Besetzung des Zulassungs- und Berufungsausschusses für Ärzte im Regierungsbezirk Südbaden

(gemäß Zulassungsordnung für Ärzte vom 26. November 1953)

Zulassungsausschuß**Mitglieder****Vertreter der Ärzte:**

Dr. med. Fritz Edelmann, Steinen/Wiesental
Dr. med. Oskar Meroth, Donaueschingen

Dr. med. Dieter Schareck, Freiburg

Vertreter der Kassen:

Verwaltungsdirektor Carl Hahn, Landesverband der Bad. Betriebskrankenkassen, Emmendingen

Verwaltungsdirektor Richard Riegger, Allgemeine Ortskrankenkasse, Konstanz

Stellv. Geschäftsführer Josef Vogt, Verband der Ortskrankenkassen, Lahr/Schwarzwald

Stellvertreter**Vertreter der Ärzte:**

Dr. med. Hermann Müller, Waldshut

Dr. med. Egon Reimling, Freiburg

Dr. med. Bernhard Villingner, Freiburg

Vertreter der Kassen:

Verwaltungsdirektor Franz Coronini, Allgemeine Ortskrankenkasse, Überlingen

Vorstandsvorsitzender Arthur Knaisch, Kandern, Allgemeine Ortskrankenkasse Müllheim

Geschäftsführer Werner Knaus, Landesverband der Bad. Betriebskrankenkassen, Emmendingen

Berufungsausschuß

Landgerichtsdirektor i. R. Dr. Wagner, Freiburg, unparteiischer
Vorsitzender

Mitglieder**Vertreter der Ärzte:**

Dr. med. Walter Haas, Überlingen

Dr. med. Christian Müller, Rastatt

Med. Rat Dr. Fritz Schott, Freiburg

Vertreter der Kassen:

Regierungsrat Karl Zapp, Verband der Ortskrankenkassen, Lahr

Verwaltungsdirektor Rudi Stübal, Allgemeine Ortskrankenkasse, Freiburg

Stellv. Geschäftsführer Karl-Ernst Pfistner, Landesverband der Bad. Betriebskrankenkassen, Emmendingen

Stellvertreter

Vertreter der Ärzte:

Dr. med. Karl Schwank, Offenburg

Dr. med. Walter Troidner, Achern

Dr. med. Hugo Steim, Freiburg

Vertreter der Kassen:

Vorstandsvorsitzender Breitenbach, Allgemeine Ortskrankenkasse Freiburg

Geschäftsführer Alfred Gebhard, Betriebskrankenkasse

Ramie A. G., Emmendingen

Stellv. Geschäftsführer Anton Trösch, Allgemeine Ortskrankenkasse Freiburg.

Abgeordneten-Versammlung der Landesärztekammer Baden

am 22. Mai 1954 in Freiburg/Br.

Die Versammlung wird eröffnet mit einer Gedenkminute für die seit der letzten Sitzung verstorbenen Kollegen.

Danach erstattet der Vorsitzende Bericht über die Arbeit des vorläufigen Kammer-Ausschusses Baden-Württemberg.

Nach Genehmigung der Wahlordnung seien die Neuwahlen überall in Vorbereitung. Für die Bezirks-Delegierten-Versammlung Freiburg sei der Wahltag voraussichtlich der 10. Juli.

Am Entwurf einer neuen, für das ganze Land gültigen Berufsgerichtsordnung werde gearbeitet.

Aufbau und Einrichtung der neuen Kammer in Stuttgart erfordere Mittel, die in einem vorläufigen Etat aufgestellt worden seien. Abschrift des Etats wird an die Abgeordneten verteilt. Die von den einzelnen Landesteilen geforderte Bevorschussung dieses Etats verlange eine Änderung des eigenen Haushaltsplanes, da ohne eine solche Änderung die von Stuttgart benötigten Mittel nur mittels einer Beitragserhöhung verfügbar gemacht werden können. Die Abgeordneten verschließen sich der Notwendigkeit einer Vorfinanzierung nicht, erheben aber wiederholt die Forderung nach äußerster Sparsamkeit. Einzelne Posten des vorläufigen Etats werden kritisiert.

Danach erfolgt Aussprache über das Ergebnis der Urabstimmung zur Versorgungsfrage. Allgemein kommt zum Ausdruck, daß 63 % Ja-Stimmen bei den südbadischen Ärzten die Verantwortlichen verpflichten, den Versorgungsgedanken weiterzutreiben und für den Fall, daß der Landtag eine Erstickung des Tübinger Systems ablehnt, unverzüglich neue Vorschläge für eine Altersversorgung zu machen. Es wurde zu diesem Zweck ein neuer Versorgungs-Ausschuß gebildet, der sich aus Ärzten aller Altersgruppen und Meinungsrichtungen zusammensetzt.

Als letzter Punkt der Tagesordnung wird die Bildung einer Südbadischen KV besprochen, die nach Konstituierung der neuen Landesärztekammer erforderlich wird. Die Absicht des Vorstandes, im Interesse einer Verbilligung die Wahlen zur KV mit den Wahlen zur Ärztekammer zu verbinden, wurde durch eine Reihe von Einwänden gegen die vorgelegte KV-Wahlordnung verhindert. Divergierende Einzelinteressen erfordern eine längere Vorbereitung der KV-Wahlen. Nachdem unter dem Punkt „Verschiedenes“ noch einige Einzelfragen besprochen waren, schließt Professor Kraske die Sitzung um 12.30 Uhr.

Nachruf

Am 19. Mai 1954 verstarb in Freiburg Dr. Karl Blank aus Heitersheim nach langer Krankheit im Alter von 74 Jahren.

Dr. Blank war seit dem Jahre 1906 in Heitersheim als praktischer Arzt und Spitalarzt tätig bis ihm im Juli 1952 eine schwere Erkrankung die Berufsausübung unmöglich machte. Den ersten Weltkrieg machte er 1914—1918 als Oberarzt d. L. mit; im zweiten Weltkrieg verlor er seine beiden Söhne. Von 1919 bis 1932 war er mit kurzen Unterbrechungen Vorsitzender des ärztlichen Kreisvereins des „Oberen Breisgaues“ und Leiter der Abrechnungsstelle Heitersheim.

Mit ihm verliert die Bezirksärztekammer Freiburg einen Kollegen von lauterer Gesinnung und vorbildlicher Berufsauffassung, dessen Verdienste um die Standesorganisation unvergessen bleiben werden.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

Abseits**Vollendung**

Nach Vollendung ringt das Leben,
Nach Vollendung ringt der Geist,
Unsrer Seele tiefstes Streben
Stetig zur Vollendung weist.
Glück und Qual im Erdenwallen
Wechseln sich einander ab.
Wenigen gelingt von allen
Die Vollendung vor dem Grab.
Selig, wer sich ohne Tadel
In dem ew'gen Kampf erhält.
Menschenwürde, Menschenadel
Sind das Höchste auf der Welt.
Schwer der Kampf mit den Geschicken,
Schwerer mit sich selbst der Streit!
Wem das letztere mag glücken,
Der wird stark für alle Zeit.
Zu den sel't'nen Menschheitsfürsten
Schauen wir mit Ehrfurcht auf.
Ihnen nachzueifern dürsten
Wir im schwachen Lebenslauf.
Soll vergeblich dieses Sehnen
Nach Vollendung in uns ruhn?
Ist sie uns ein leeres Wähnen? —
Gott wird auch das Seine tun!

Hans Hoss

Neue Arzneimittel**RESOLVEN (W. Z.)**

Zusammensetzung: Magnes.oleinic., Lecithin purum, β -Pyridin-Carbonsäure (PP-Faktor), Extr.allii sativi.

Indikation: Arteriosklerose, Hypertonie, Apoplexia cerebri, Coronarsklerose, Nephrosklerose, senile Demens.

Dosierung: 2 bis 3 Dragées nach den Mahlzeiten. Im übrigen nach ärztlicher Verordnung.

Packungen: 30 Dragées DM 1.95; 90 Dragées DM 4.25.

Literatur: Hartweger: Fortschr. d. Med. 70, 330 (1952);

Bereiter u. Hartweger: Dtsch. Med. J. 3, 19/20 : 496 (1952).

Hersteller: „CEKOS“ GmbH, Wiesbaden.

Rectiolen-Präparate für Erwachsene:

| | |
|------------------|-------------------|
| Antemeticum | Digitoxin |
| Atiasthmaticum | Digitoxin comp. |
| Antihämorrh. | Hypno-Analgeticum |
| Antirheumaticum | Theophyllin |
| Belladonna comp. | |

Rectiolen-Präparate für Kinder:

| | |
|-------------------|----------------------------|
| Aminophenazon | Hypno-Analgeticum pro inf. |
| Antineuralgicum | Papaverin comp. pro inf. |
| Calcium pro inf. | Phenobarbyl pro inf. |
| Glycerin pro inf. | |

Hersteller: Dr. Gerhard Mann, Arzneimittelfabrik, Berlin-Charlottenburg 2.

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Venostasin“; Ilon Chem. Industrie G. m. b. H., Freiburg/Br., über „Ilon-Präparate“; Upha Chem.-Pharm. Präp. G. m. b. H., Hamburg 20, über „Theocleran“; Dr. Rud. Reiss, Berlin, über „Reiss-Präparate“; J. R. Geigy A. G., Basel, über „Irgapyrin“; Merz & Co. Chem. Fabrik, Frankfurt a. M., über „Vasotonin“; „Placenta-Serol“, „Phebrocon“ und „Recto-Serol“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Kalzan - Kalzan D“.