

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1954

12 (1.12.1954)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

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

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

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

HEFT 12 .

STUTT GART, DEZEMBER 1954

9. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Nach der Abstimmung, von Dr. med. Ritzmann	253	Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft	265
Was die andern sagen — Um die Frage der Altersversorgung	256	Kurznachrichten	265
Ist die Errichtung kommunaler Gesundheitsämter in Baden-Württemberg zweckmäßig und rechtlich möglich? von Med. Rat Dr. Schulz	257	Buchbesprechungen	266
Die Landes- und Wirtschaftsbank des Arztes	260	Bekanntmachungen	268
Aktuelle Steuerfragen, von Dr. jur. Cordes	261	Nord-Württemberg	269
Eingesandt	263	Württemberg-Hohenzollern	275
		Südbaden	276
		Abseits	276
		Neue Arzneimittel	276

Nach der Abstimmung

Von Dr. med. H. Ritzmann, Haslach i. K.

Nachdem einige Monate vergangen sind seit der Abstimmung über die Frage der Einbeziehung des ganzen Landes Baden-Württemberg in das Tübinger Versorgungssystem, muß man leider feststellen, daß auf diesem Wege eine Entscheidung nicht erreicht wurde und die auf Versorgung wartenden alten Ärzte und ihre Angehörigen keinesfalls einen schnelleren Erfolg erwarten können.

Es ist nach letzten Meldungen ein Zustand eingetreten, wo guter Rat teuer ist, so teuer, daß sogar die Opposition um Hilfe angerufen wird.

Anscheinend ist die Situation hervorgerufen durch die Tatsache, daß der Landtag oder wer sonst mit Befehlsgewalt ausgestattet die Entscheidung zu treffen hat, sich auf Grund des Abstimmungsergebnisses nicht für berechtigt hält, einen Zwang auf die gesamte Ärzteschaft in der Richtung auszuüben, wie er nur von weniger als der Hälfte gewünscht wird.

Von offizieller Seite ist zwar ein Sieg des Tübinger Systems herausgerechnet worden, im wesentlichen unter der Begründung, daß der Teil der ausdrücklich Zustimmenden etwas größer war als der der ausdrücklich Ablehnenden, und von einer Seite aus wurde kurz festgestellt: 0 : 1 für Tübingen.

Die für die Beurteilung der drei Entscheidungen — Zustimmung, Ablehnung und Stimmenthaltung — von offizieller Seite gegebenen Erklärungen scheinen den Landtag nicht oder noch nicht überzeugt zu haben. Man hatte, wie erinnerlich, diejenigen, die sich ablehnend ausgesprochen hatten, kurzerhand als die ewigen Nörgler bezeichnet, die immer nur verneinten und mit denen man rechnen müsse, diejenigen, die sich der Stimme enthielten, als uninteressiert an wichtigen An-

gelegenheiten des Standes und gleichgültig gegenüber den so sehr berechtigten Forderungen der Alten. Nur die Zustimmenden lobte man und stellte sie, wie üblich, als den „überwiegenden Teil“ der Ärzteschaft hin, ohne daß man den Nachweis dafür erbringen konnte. Das alles ist nicht so sehr verwunderlich und in einem System, das den Totalitätsanspruch erhebt, stets zu beobachten.

Bei genauerem Zusehen verdienen meines Erachtens diejenigen, die sich der Stimme enthielten, die größte Anerkennung, weil sie sich damit außerstande erklärten, der Verallgemeinerung eines noch immer sehr umstrittenen Systems zuzustimmen und weil sie zudem ohne genaue Kenntnis der einschlägigen Verhältnisse nicht wissen konnten, inwieweit sich dieses System von Tübingen auch für die anderen Landesteile eignet.

Die beiden andern Gruppen, zustimmende und ablehnende, haben sich meines Erachtens auch nicht auf Grund ihrer Kenntnisse der wichtigsten Voraussetzungen zu ihrer Stellungnahme entschieden, sondern mehr gefühlsmäßig geurteilt, wobei die Zustimmenden mehr Mitgefühl für die Alten hatten, die Ablehnenden dagegen mehr für den großen Teil derjenigen Beitragszahler, deren Lebensführung ohnehin schon äußerst kümmerlich ist und die eine so große Belastung sozialer Art nicht mehr vertragen können.

Es ist klar, daß das Problem der Altersversorgung aus verschiedener Sicht ganz verschieden aussieht. Selbstverständlich würden es die alten Ärzte sehr begrüßen, wenn sie sobald wie möglich statt ungefähr 100 DM Sozialrente oder Soforthilfe (neuerdings ist es wohl etwas mehr) nach Einführung einer Versorgung 300 DM erhalten würden für ein Ehepaar. Die Ärzte mit

auskömmlichem Einkommen betrachten mit Sorge die Tatsache, daß sie ein paar Jahrzehnte lang, besonders wenn sie jünger sind, jährlich mehr als 1000 DM bezahlen sollen, um dann, wenn ihre Arbeitsfähigkeit auf 20 % herabgesunken ist, eine Invalidenrente zu bekommen, so hoch wie die Pension eines Oberpostschaffners, der aber schon mit 65 Jahren und ohne Nachweis der Verringerung seiner Arbeitskraft den gleichen Betrag automatisch und ohne jede Auflage erhält. Die Schlechtverdienenden, insbesondere die von der Kassenpraxis ausgeschlossenen, sehen mit großer Besorgnis der Notwendigkeit der hohen Beitragszahlungen entgegen.

Man macht eben bei der Diskussion über das Problem fortgesetzt den gleichen Fehler, daß man nur die Alten und Rentenbedürftigen als notleidend bezeichnet, nicht aber auch die große Zahl der Standesgenossen, die nur theoretisch dem Berufe angehören, ihn praktisch aber nicht oder nur in kleinstem Umfange ausüben können. Beide Teile sind meines Erachtens gleich hilfsbedürftig und bedürfen der Berücksichtigung in einem zu schaffenden Versorgungssystem, die einen auf der Nehmerseite und die andern auf der Geberseite. Wenn ich zum ersten Male und, soweit ich sehe, als einziger die Dinge in diesem Lichte betrachte, so fürchte ich den Vorwurf, ich würde etwas erwähnen, was es gar nicht gibt, oder würde zumindest übertreiben. Diesen Vorwurf könnte ich an sich schon durch die Tatsache widerlegen, daß ich die 70 längst überschritten habe und mein Vermögen und einen guten Arbeitsplatz im Osten restlos verloren habe und also mehr am Gegenteil interessiert sein müßte.

Es drängt sich aber geradezu bei dieser Gelegenheit die Notwendigkeit auf, einen Gleichgesinnten zu zitieren, dessen Worte infolge seiner Stellung ein viel größeres Gewicht haben als die meinen, und an die man unbedingt denken muß, wenn es um die Gründung einer Versorgungseinrichtung auf Kosten der gesamten Ärzteschaft geht. Anlaß zu dieser Stellungnahme war der Berliner Ärztetag vor zwei Jahren.

Er wurde, wie üblich, von den prominenten Persönlichkeiten begrüßt. Das vollzog sich in den gewohnten Formen. Man rühmte die Bedeutung des ärztlichen Standes und nahm auch Bezug auf die besonderen Umstände gerade von Berlin. Dann gab man alle diese Äußerungen mit Bild und Namenszug den Ärzten in der Zeitung bekannt, wohl in der Absicht, das Gesagte noch eindringlicher zu machen. Erfreulicherweise scheint dieser letztere Brauch seitdem in Rückbildung begriffen zu sein.

Erst einige Wochen später erfuhr man durch den Nachrichtenteil einer wissenschaftlichen Zeitung (Münchner Medizinische), daß noch ein weiteres Grußwort eingegangen war, ein Grußwort ganz anderer Art als die bebildert wiedergegebenen. Es enthielt eine ernste Mahnung an den Ärztetag, sogar ein Programm. Ich gebe den Bericht der Zeitung wieder: „Die heutige soziale Krisenhaftigkeit dieses Berufsstandes (gemeint sind wir) dürfe nicht bagatellisiert werden.“ Dann folgen Ausführungen der Begründung und schließlich die Aufforderung an den Ärztetag, sich mit diesem Zustande auseinanderzusetzen und ihn zu bewältigen.

Damit zerriß ein Grüßender die glänzende Fassade des Ärztetages und leuchtete mit seinen Worten hinter den Eisernen Vorhang, der quer durch den ganzen

Stand verläuft, zu dem Heere der Ärzte zweiter Klasse, die vom Ärztetag kaum angesprochen werden. Denn die Schweigepflicht, um die es ging, interessiert sie ja nicht, weil der, der keine Praxis hat, auch nichts zu verschweigen hat, und ebensowenig die Fortbildung; denn wer nichts verdient, braucht sich ja auch nicht fortzubilden.

Es ist das Grußwort eines Mannes, der, ein abgesagter Feind gespreizter Wichtigtuerei, die seltene Gabe hat, das Wesentliche nüchtern und überzeugend zu sagen.

Der Grüßende war kein Geringerer als unser allverehrter Herr Bundespräsident.

Seine Worte hätten das einzige Thema für einen ganzen Ärztetag bilden können, an dessen Ende man auch nicht in Verlegenheit gewesen wäre, wem man die Paracelsus-Medaille zuteilt.

Professor Heuss hätte sie bekommen müssen, weil er wie ein hervorragender Arzt die schwerste Krankheit unseres Standes erkannt und ihre Heilung in die Wege geleitet hat.

Geschehen ist seither nichts in diesem Sinne oder wenigstens nichts Wesentliches. Wenn man aber jetzt alles das, was über die Versorgung in Baden-Württemberg geschrieben worden ist, durchsieht, findet man nicht, daß damit aufgehört worden wäre zu bagatellisieren. Man hat sogar geflissentlich die Belange des Teiles der Berufsgenossen vernachlässigt, auf die in dem besagten Grußwort Bezug genommen ist. Wenn man weiter die Abstimmung in Baden-Württemberg samt ihren Ergebnissen und insbesondere die Frage prüft, ob es überhaupt gerade mit Rücksicht auf diese Gesichtspunkte möglich ist, das Tübinger System in den übrigen Landesteilen einzuführen, kommt man zu der Überzeugung, daß so etwas überhaupt ausgeschlossen ist und daß keine staatliche Macht einen diesbezüglichen Zwang ausüben könnte, weil dann entweder die Beiträge ins Unermeßliche steigen oder die Renten noch niedriger werden müßten.

Versichern und Versorgen sind nun einmal abhängig von der Mathematik und irgendwelchen gefühlsmäßigen Erwägungen nicht zugänglich. Ich will deswegen das eben Gesagte an Hand von Zahlen nachweisen:

In Südwürttemberg kamen nach der letzten statistischen Mitteilung auf 830 Ärzte 22, die keine Kassen hatten. Das Land stand damit in dieser Beziehung am besten da im ganzen Bundesgebiet (noch nicht 3% Nichtkassenärzte). Daraus ergibt sich die Tatsache, daß in diesem Bezirke das Berufseinkommen der Ärzte einigermaßen gleichmäßig ist, worauf schon das hohe Durchschnittskasseneinkommen hinweist. Spitzeneinkommen von mehr als dem Doppelten werden seltener sein und damit auch weniger von den Kassen gezahltes Honorar für die Prämienberechnung in Wegfall kommen.

In Südbaden sind nach der gleichen Statistik bei einer Gesamtzahl von 1300 Ärzten 272, die keinerlei Kassen haben. Das sind mehr als 20%. Südbaden steht damit am schlechtesten von allen Ländern der Bundesrepublik, wenn man von Hamburg absieht, wo aber, man braucht es kaum zu erwähnen, besondere Verhältnisse vorliegen. Woher dieser ungeheure Unterschied in zwei benachbarten Landesteilen zu erklären ist, soll hier unerörtert bleiben. Keinesfalls trägt die Schönheit des Schwarzwaldes die Schuld daran, wie einmal entschuldigend gesagt wurde. Denn wer in Not ist, nimmt wenig

Rücksicht auf die Umwelt und ihre Schönheit. Im übrigen ist der Schwarzwald in Freudenstadt nicht weniger schön als in Titisee.

Nordbaden steht in dieser Beziehung ein wenig besser als Südbaden, der Unterschied ist aber nicht bedeutend. Was ist nun die Folge dieses gewaltigen Unterschiedes zwischen Südwürttemberg und Südbaden in Hinsicht auf die Schaffung einer Versorgungseinrichtung?

In Südbaden wird das durchschnittliche Kasseneinkommen erheblich niedriger sein, um so größer dafür die Zahl der Spitzenverdiener, die ja aus dem Zustand mangelhafter Zulassung den Hauptnutzen ziehen. Es wird damit auch viel von den Zahlungen der Krankenkassen bei der Berechnung außer Betracht bleiben. Aus dem Umstande, daß die Bezüge der Ärzte so ungleichmäßig verteilt sind, wird die Tatsache resultieren, daß eine sehr große Zahl mit den Beiträgen oder wenigstens mit einem wesentlichen Teile derselben im Verzuge bleibt. Nun sagt ja zwar das Tübinger System, daß man auf diese schwachen Zahler Rücksicht nehmen und ihnen trotzdem die volle Rente garantieren; das geht aber allenfalls in Tübingen, wo sehr wenige in Betracht kommen, keinesfalls in Freiburg, wo bei einem solchen Verfahren wegen der großen Anzahl der schlechten Zahler das ganze System über den Haufen geworfen würde.

Man muß aber auch folgendes in Erwägung ziehen: Bei den Empfängern will man das bis jetzt gegebene Almosen in einen Anspruch verwandeln. Wenn man aber den schlecht gestellten Ärzten den Beitrag nachläßt oder vermindert, so heißt das nichts anderes, als das Almosen von der Empfänger- auf die Geberseite vorzulegen. Das ist aber von beiden das Schlimmere, denn jüngere Leute haben noch viel weniger Lust, sich etwas schenken zu lassen, als ältere, sie verlangen von ihrer Organisation Arbeit, sonst weiter nichts.

So betrachtet erübrigte sich die ganze Abstimmung, und der Tübinger Bezirk sollte froh sein, allein zu bleiben, da er mit den andern Gebieten einen höchst unerfreulichen Zuwachs erhalten hätte.

Was nun die Aufforderung anlangt, die Gegner der allgemeinen Einführung des Tübinger Systems sollten ihrerseits Vorschläge machen, so ist dazu folgendes zu bemerken: Einiges ist schon gelegentlich gesagt worden. Die wesentliche Tatsache ist die, daß man eben eine so große soziale Tat wie die Einbeziehung nicht oder nicht mehr versicherungsfähiger Ärzte ohne Beitragszahlung von vornherein in den Genuß der Rente, auf dem Wege über eine solche Zwangsabgabe und Zwangsbeteiligung nicht durchführen kann. Es würde nun meines Erachtens sehr falsch sein, wenn jetzt ein Vertreter der Opposition im einzelnen mit neuen Vorschlägen hervortreten würde. Die Folge wäre nur ein neuer Zeitungskrieg zwischen den beiden Seiten, bei dem am Ende die Bedürftigen keinen Vorteil erringen würden. Es muß vielmehr ein neues System erarbeitet werden unter Hinzuziehung von Vertretern verschiedener Meinung und insbesondere von unparteiischen Sachverständigen. Man braucht die letzteren ja nicht aus den vielgeschmähten Marmorpalästen zu holen. Wir haben ja die deutsche Ärzteversicherung, der man doch wohl die genügende Unparteilichkeit und Uneigennützigkeit zugestehen wird. Nebenbei gesagt sind ihre vergleichbaren Tarife zwar ein wenig niedriger als die der anderen Lebensversicherungen, aber nur gerade

um soviel, wie die wesentlich bequemere Werbung in einem einzigen Berufe ausmacht.

Im folgenden möchte ich von meinem Standpunkte aus einiges Grundsätzliche hervorheben, was bisher nur wenig oder gar nicht in Betracht gezogen worden ist:

1. Die Einrichtung einer Altersversorgung ist eine Angelegenheit des ganzen Standes, vom Universitätsprofessor (natürlich ohne Kassen) über gutverdienende Krankenhausärzte und Spezialisten, alle Gruppen der Kassenärzte, die beamteten Ärzte bis zu den nicht-zugelassenen, die vergeblich auf einen Kassennotfall warten, während ihre Frauen an der Schreibmaschine oder in einer Hotelküche den wesentlichen Unterhalt für ihre Familie verdienen.

2. Jede Bezugnahme auf Krankenkassen ist peinlich zu vermeiden. Die Worte kassenärztliche Einkommen oder Durchschnittseinkommen, Kassenärztliche Vereinigung, Wegfall der kassenärztlichen Tätigkeit dürfen nicht gebraucht werden. Wir alle streben doch danach, je eher desto besser, das heutige unwürdige System in der Regelung der Belange der Ärzte und Krankenkassen baldigst beendet zu sehen und dem freien Arzt den Weg zu bahnen, der nur mit seinen Kranken zu tun hat. Gesamtpauschale der Kassen, Scheinpauschale der Ärzte, Quoten und Verteilungsmaßstäbe sowie die ganze Kassenärztliche Vereinigung und die vielen Verwaltungskosten sollen doch nach Ansicht jedes, seinen Beruf liebenden Arztes ebenso schnell verschwinden wie die Zulassungen zu einzelnen Krankenkassen, weil sie Dinge sind, die kein zivilisiertes Land der Welt kennt. Wo Versuche dieser Art gemacht wurden, sind sie nur von kurzer Dauer gewesen.

3. Die Beiträge für die Versorgungseinrichtungen sind in einen individuellen und einen sozialen Teil zu teilen, von denen der erstere eine dem Alter entsprechende Höhe hat, etwa wie eine Lebensversicherung. Einzelne Altersklassen können unter Umständen zusammengefaßt werden. Ein Höchsteintrittsalter ist festzusetzen. Es lag meines Wissens bei der bayrischen Ärzteversicherung, derjenigen Einrichtung, die am häufigsten falsch zitiert wird, bei 40 Jahren. Das ist unter den heutigen Verhältnissen zu niedrig. Von der Beteiligung an dieser individuellen Versorgung können Festbesoldete, Mitglieder der Angestelltenversicherung und solche, die bereits eine genügend hohe Lebensversicherung haben, ganz, respektive teilweise befreit werden, je nach Maßgabe ihrer vorhandenen Sicherung.

Der soziale Teil umfaßt den Beitragsaufwand für diejenigen, die heute schon rentenbedürftig sind, oder es noch werden, ohne sich versichern zu können. Zur Leistung dieses Anteiles sind alle verpflichtet, z. B. auch die Amtsärzte, Universitätsprofessoren und mit Ruhegehaltsaussicht ausgestattete Krankenhausärzte. Wenn das Tübinger System diesen Kreis ausnimmt, so macht es sich eines bedauerlichen Widerspruchs schuldig, indem es den Festbesoldeten gegenüber das Ziel der Versorgung als einen Pensionsersatz bezeichnet, während es in Wirklichkeit in einem ganz erheblichen Umfange eine Sozialleistung ist.

Bei der Beitragserhebung für diesen sozialen Teil ist folgendes zu beachten:

Jede soziale Leistung, wo immer auch sie erfolgt, kann nicht schematisch gleichmäßig von allen Zahlungs-

pflichtigen erhoben werden, sondern ist unbedingt nach Maßgabe der Tragfähigkeit der Schultern des einzelnen zu verteilen. Es ist nach meinem Dafürhalten der größte Fehler der Tübinger Methode, daß gegen diesen Grundsatz verstoßen wird, ja daß sogar durch die schematische Erhebung vom Brutto-Durchschnittskasseneinkommen die Schlechtverdienenden benachteiligt werden. Das Verhältnis von brutto zu netto im Einkommen ist um so ungünstiger, je geringer der Verdienst ist, da das meiste, was die Werbungskosten ausmacht, für alle, die Gutverdienenden und die Schlechtverdienenden, gleich ist, beim Arzt die Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Praxiseinrichtung, Bedienung, Sprechstundenhilfe, Telefongebühren, Auto (Abschreibung), alle Versicherungen und vieles andere. Demgegenüber sind nur wenige laufende Ausgaben für die Gutverdienenden höher. Diese Ungerechtigkeit bei der Beitragserhebung, bei der man sich nur wundern kann, daß sie die Billigung der Aufsichtsbehörde gefunden hat, läßt sich vermeiden, wenn man nicht nach dem Bruttoeinkommen, auch nicht nach dem Nettoeinkommen, sondern nach der Einkommensteuer des einzelnen die Beiträge erhebt. Wir müssen mindestens ebenso sozial denken wie das Finanzamt in diesem Falle, welches unter gewissen Umständen bei außergewöhnlichen Belastungen die Steuer ermäßigt, beim Fehlen solcher Verpflichtungen sie aber erhöht. Das Verfahren ist nicht neu. Wir hatten es in Schlesien bereits vor dem Kriege. Jeder Arzt mußte seinen Einkommensteuerbescheid vorlegen, auf Grund dessen dann der Versorgungsbeitrag errechnet wurde. Die Methode hat außerdem den Vorteil, daß auch Einkommen, welches nicht aus Berufstätigkeit, sondern aus Privatvermögen resultiert, herangezogen wird. Es ist ja nicht einzusehen, warum ein älterer Arzt, der noch berufstätig ist und sein Vermögen und Besitz erhalten konnte, und es dadurch nicht mehr nötig hat,

viel Kassenpraxis zu betreiben, von einem jüngeren mit gutem Kasseneinkommen, was den sozialen Beitrag betrifft, entlastet wird.

4. Die individuellen Beiträge sind zu kontrollieren bez. ihrer Höhe. Ob an Stelle der Kapitalauszahlung eine Verrentung der fällig werdenden Beträge vorzunehmen ist, muß entschieden werden. Nach schlechten Erfahrungen auf diesem Gebiete halte ich es für besser, weil es des öfteren vorgekommen ist, daß z. B. Arztwitwen größere Versicherungsbeträge falsch verwendet haben und nach kurzer Zeit schon wieder notleidend wurden. Die sozialen Beiträge sind als Zuschläge zum Kammerbeitrag zu erheben, je nach Maßgabe des festgestellten Reineinkommens und auf Grund der Einkommensteuer. Wenn jemand die Kassenärztliche Vereinigung und ihre Verrechnungsstelle mit der Zahlung beauftragen will, so soll ihm das unbenommen bleiben. Ein Zwang in dieser Beziehung darf aber nicht ausgeübt werden.

5. Es ist kaum anzunehmen, daß auf diese Weise ein Anspruch der heutigen Rentenempfänger in einigermaßen beachtlicher Höhe gesichert werden kann. Deswegen wird man auf Erwägungen bezüglich der Bedürftigkeit zunächst nicht verzichten können.

Ich will natürlich nicht in Anspruch nehmen, daß meine Vorschläge in jeder Beziehung das Bestmögliche darstellen. Es lag mir nur daran, nachdem ich als Gegner des Tübinger Systems und insbesondere in Anbetracht der Unmöglichkeit seiner Ausbreitung auf andere Bezirke mit schlechteren Bedingungen zur Stellungnahme aufgefordert bin, diesem Wunsche zu entsprechen.

Wenn sie darüber hinaus bei einer möglichst bald in Angriff zu nehmenden generellen Ordnung des Versorgungswesens Beachtung fänden, so wäre der Zweck meiner Ausführungen erfüllt.

Was die andern sagen

„Der rheinische Kassenarzt“ bringt in seiner Nr. 10 an erster Stelle folgende Ausführungen:

Um die Frage der Altersversorgung

Um die Frage der Altersversorgung ist es etwas stiller geworden. Diese Stille legt sich jetzt — die abgeklärte Ruhe wissenschaftlicher Gutachten zieht ein. Es ist nicht uninteressant zu verfolgen, wer diese Ölflut „abgeklärter“ Meinungen auf uns losläßt. Es handelt sich um jeweils dicke Hefte, die sich dem Umfang einer Broschüre nähern und die offenbar vom Verband der Lebensversicherungsunternehmen verbreitet werden. Wir teilen nicht die Ansicht, die uns gegenüber gelegentlich geäußert wurde, daß diese „Gutachten“ auf Bestellung und gegen Bezahlung erstattet worden wären. Das letzte Exemplar dieser Art nennt sich „Berufsständische Versorgungs-einrichtungen und Grundgesetz“. Es trägt die Bezeichnung „Rechtsgutachten“ und nennt als Verfasser Herrn Prof. Dr. Ulrich Scheuner — ordentlicher Professor des öffentlichen Rechts an der Universität Bonn — und ist signiert als Abdruck aus „Aktuelle Probleme der Versicherungswirtschaft vom Standpunkt der Versicherungswissenschaft betrachtet“.

Vor soviel Wissenschaft und Wirtschaft sollten wir eigentlich kapitulieren, zumal Kreise der Versicherungswirtschaft es offenbar für wirtschaftlich halten, die nicht unbeträchtlichen Kosten für die Verbreitung solcher Geistes- und Druckerzeugnisse zu übernehmen.

Aus der neuesten Schrift dieser Art, aus dem Rechtsgutachten des Herrn Professor Dr. Scheuner-Bonn, zitieren wir einige Sätze:

„Der Bundesgerichtshof definiert die Sozialversicherung dadurch, daß sie ihre Fürsorge auf ganz bestimmte Bevölkerungsschichten richtet, die wegen ihrer wirtschaftlichen Schwäche zu eigener Fürsorge nicht fähig sind und die eine Sicherung gegen die Wechselfälle des Lebens am nötigsten haben. Diese Merkmale treffen auf die berufsständische Zwangsversicherung durchaus zu. Daß es sich um eine Zwangsversicherung in öffentlich-rechtlicher Form handelt, ist nicht entscheidend, sondern daß diese Versicherung aus Gründen der sozialen Schwäche dieser Gruppe geschaffen werden soll, weil sie sich

selbst nicht aus eigener Kraft gegen die Wechselfälle des Lebens zu sichern imstande sein soll."

Nun wissen wir es also ganz genau! Wir Kassenärzte sind eine Gruppe mit sozialer Schwäche, weil wir uns selbst nicht aus eigener Kraft gegen die Wechselfälle des Lebens schützen können. Ein Witz; ein schlechter und kümmerlicher Witz, so wäre man geneigt zu glauben, wenn diese Sätze nicht in einem Rechtsgutachten stünden, das ein ordentlicher Professor des öffentlichen Rechts verfaßt hat.

Daß es uns Kassenärzten nicht gut geht, daß wir insbesondere zu keiner Rücklage, zu keinem Kapitalbesitz, zu keinem Hausbesitz (den alten Formen individueller Altersversorgung) kommen können, ist uns bewußt und allgemein bekannt, daß wir aber nun gleich eine Gruppe der „sozialen Schwäche“ sind, die sich selbst nicht aus eigener Kraft gegen die Wechselfälle zu sichern imstande wäre, das ist dann doch eine allzu sorgliche Beurteilung unserer Notlage!

Diese allzu sorgliche Deduktion hat nun auch gar nicht den Zweck, unsere behauptete „soziale Schwäche“ festzustellen, sondern hat nur den Zweck, vorsorglich (aber nicht für uns!) festzustellen, daß die berufsständische Eigensicherung mit der Sozialversicherung identisch ist, damit es zur gesetzgeberischen Kompetenz des Bundes gehört, weiter zu folgern, inwieweit schon bestehende und funktionierende Selbstsicherungen der Ärzteschaft in einigen Ländern dem Grundgesetz zuwiderlaufen.

Und damit kommen wir auf des Pudels Kern!

In diesem Gutachten sind diese, in anderen Gutachten andere Gründe bemüht! Es wird gegen den im Grundgesetz verankerten Grundsatz der „Gleichheit“ verstoßen, wenn wir unter uns, aus eigener Kraft und aus eigenen Mitteln für eine Mindestaltersversorgung vorsorgen, weil andere das nicht können oder tun! Zu bedenken ist folgendes: an den verschiedensten Stellen sind in der Diskussion der Ärzte untereinander die verschiedensten Gründe vorgetragen worden, die gegen eine Eigenversorgung der Ärzte aus eigener Kraft und Vorsicht sprechen sollen. Und diese Gegenargumente sind durchaus identisch mit jenen, die in den von den Lebensversicherern verbreiteten „Gutachten“ zu lesen stehen. Sollte das nicht die Gegner der Pläne einer Eigensicherung stutzig machen?

Und noch eines ist dazu zu sagen:

Die Lebensversicherer haben sich, als Pläne oder Eigeneinrichtungen zur Selbstsicherung der Ärzte auf-tauchen oder auch realisiert wurden, zunächst sehr massiv dagegen gewandt und das alte Prinzip der Lebens-

versicherung verfochten. Minister Schäfer hat ihnen dann empfohlen, „sich etwas Neues einfallen zu lassen“ (!).

Es fiel ihnen ein und sie boten an „Gruppenversicherungen“ mit technischer Durchschnittsprämie. Das Geschäft geht nur, wenn man einen Ausgleich schlechterer und besseren Risiken hat. Der Ausgleich ist nur zu schaffen unter zwei Voraussetzungen: Die versicherte Gruppe muß groß genug sein und muß vollständig erfaßt sein. — Um im Jargon zu bleiben: „Zwangsversicherung“ auch in diesem Angebot der Lebensversicherer. Uns lag ein Schreiben vor, in welchem man mehr kann als Goethes Zauberlehrling:

Die Geister, die ich rief
— die angeblich entgegenstehenden Bestimmungen des
Grundgesetzes —

die werde ich leicht los!

Dieser merkwürdige Wandel ist mündlich und schriftlich an mehr als einer Stelle bekundet worden. Wir stellen diesen Wandel den Kollegen gerne vor. Warum ist das Objekt für die Lebensversicherer so interessant?

Warum ist man bemüht, eine berufsständische Selbstsicherung der Ärzte zunächst mit tausend Gründen in Grund und Boden zu verdammen, um dann auf der Grundlage der „technischen Durchschnittsprämie“ etwas prinzipiell Gleiches anzubieten?

Daß man aus dem Gedankenkreis der Versicherer vorbringt, es seien andere Berechnungen und Deduktionen, die zu diesem ihrem Angebot führten, ist ziemlich belanglos.

Grundsätzlich ist das jetzige Angebot der Lebensversicherer identisch mit den ursprünglichen und stellenweise verwirklichten Konzeptionen der Ärzteschaft: Sie brauchen eine genügend große Gruppe, die vollständig einbezogen werden muß. Wenn man in dem Versuch, die Selbsthilfe der Ärzteschaft zu diskreditieren, nicht genug von „Zwang“ reden konnte — hier kehrt er auch im Angebot der Lebensversicherer wieder. Und ebenso kehren alle anderen Merkmale wieder, die der Selbstsicherung einer Gruppe aus ihrer eigenen Gestaltungskraft und Leistungsfähigkeit anhaften müssen.

Es muß doch ein sehr interessantes Geschäft sein, wenn man sich soviel Kosten mit Drucksachen aufbürdet und wenn man bereit ist, die eigenen früheren Argumente selbst auszuräumen. Es ist eine sehr uninteressante Überlegung, wie man versicherungstheoretisch zu solchem Angebot kommt. Uns interessiert die Frage: was zahlen wir, und was bekommen wir. Und ganz so billig wie in Eigenregie können die Lebensversicherer uns die erstrebte Lösung nicht anbieten!

Ist die Errichtung kommunaler Gesundheitsämter in Baden-Württemberg zweckmäßig und rechtlich möglich?

Von Medizinalrat Dr. Hans-Hermann Schulz, Ulm

Beim Verwaltungsaufbau des neuen Bundeslandes Baden-Württemberg wird sich der Landtag demnächst auch mit der Form der Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes beschäftigen. Da diese Frage nicht nur die Amtsärzte, sondern die gesamte Ärzteschaft betrifft, sollen die Vor- und Nachteile der Staats- bzw.

kommunalen Verwaltung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens kritisch untersucht werden.

Die geschichtliche Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden und Württemberg (s. Schulz, Südwestdeutsches Ärzteblatt, 7. Jahrg., S. 91) bis jetzt zeigt, daß die Gesundheitsverwaltung vom badischen

Bezirks- und württembergischen Oberamtsarzt bis zur Einrichtung der Gesundheitsämter stets vom Staat durchgeführt wurde. Als einzige Ausnahme wurden die Einrichtungen der Stadt Stuttgart auf dem Gebiet des Gesundheitswesens als kommunales Gesundheitsamt vom früheren Reichsminister des Innern unter bestimmten Bedingungen im Jahr 1935 anerkannt.

Die vielseitigen Dienstaufgaben der Gesundheitsämter, die im Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I, S. 531) mit seinen drei Durchführungsverordnungen aus dem Jahr 1935 festgelegt sind, kann man kurz zusammenfassen: Maßnahmen zur Bekämpfung und Verhütung übertragbarer Krankheiten, Fürsorge für Tuberkulose, Geschlechtskranke, körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige, Mütter- und Kinderberatung, Schulgesundheitspflege, amts- und gerichtsärztliche Tätigkeit. Die staatlichen Gesundheitsämter haben sich ebenso wie das Städt. Gesundheitsamt Stuttgart bei der Erfüllung der genannten Aufgaben in schwersten Notzeiten bis heute in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und den Kommunalbehörden durch ihre Leistungen für die Volksgesundheit gut bewährt. Besteht daher ein Grund, die bisherige Organisationsform zu ändern?

Von den Kreisen, die die Einrichtung von kommunalen Gesundheitsämtern wünschen, wird immer betont, daß die Kommunalverwaltung die volksnähere Verwaltung sei. Dabei werden bisweilen Anschauungen vertreten, denen man entnehmen könnte, daß zwischen der Staats- und der Kommunalverwaltung erhebliche und unversöhnliche Gegensätze bestünden. Staats- und Kommunalverwaltung sind jedoch nur zwei verschiedene Arten der Verwaltung, die je nach Art ihrer Aufgaben ihre Berechtigung und Vorzüge haben. Die staatliche Verwaltung leitet ebenso wie die Kommunalverwaltung ihre Stellung vom Volke ab. So wie die Kommunalverwaltung vom Kreis- bzw. Gemeinderat kontrolliert wird, ist auch die staatliche Verwaltung vom Landtag abhängig. Dieser hat jederzeit die Möglichkeit, besonders aber bei der Beratung des Staatshaushaltplans, der Regierung gegenüber Wünsche und Anregungen zum Ausdruck zu bringen. Da zahlreiche Dienstaufgaben der Gesundheitsämter überörtlicher Art sind, gehören die parlamentarischen Beratungen darüber in die Zuständigkeit des Landtags und deshalb auch die Ausführung der dort gefaßten Beschlüsse in den Bereich der staatlichen Gesundheitsverwaltung.

Bei der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Verwaltungen der Kreisstufe wird das Gesundheitsamt mit seinem Leiter, dem Amtsarzt, dem Landrats- bzw. Bürgermeisteramt unterstellt. Das Personal des kommunalen Gesundheitsamts wird vom Landrats- bzw. Bürgermeisteramt nach Entscheidung des Kreis- bzw. Gemeinderats angestellt. Die Dienstaufgaben erfüllen die kommunalen Gesundheitsämter als Auftragsangelegenheiten, d. h. daß sie hinsichtlich der amtlichen Aufgaben die Anweisung des Landrats bzw. Bürgermeisters zu befolgen haben, jedoch nicht verpflichtet sind, unmittelbar den an sie gerichteten Weisungen staatlicher Behörden zu entsprechen. Der Postein- und -auslauf des Gesundheitsamts geht durch die Hände des Landrats- bzw. Bürgermeisteramts, so daß eine Verzögerung des Geschäftsgangs entsteht, die gerade im Hinblick auf die Seuchenbekämpfung schwerwiegende Folgen haben kann. Außerdem ist bei diesem Verfahren die Wahrung

der ärztlichen Schweigepflicht gefährdet. Die Höhe der für die Durchführung des öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderlichen Haushaltsmittel wird durch den Kreis- bzw. Gemeinderat im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel je nach Verständnis für gesundheitliche Belange festgesetzt.

In der Begründung zu § 4 des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens heißt es: Die Gesundheitsämter durchweg als kommunale Gesundheitsämter aufzubauen, ist nicht möglich, weil viele der Aufgaben überörtlicher Art sind und weil viele Gemeinden trotz des Bedürfnisses hierfür nicht leistungsfähig sind und auch nicht über geeignetes Personal verfügen. Diese Gründe sollen im folgenden noch erläutert werden.

Da die übertragbaren Krankheiten nicht an Gemeinde- und Kreisgrenzen haltmachen, müssen die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung und Verhütung zentral geplant und geleitet werden. Hierzu gehört auch die Bereitstellung der dafür erforderlichen Haushaltsmittel. Die Durchführung der Seuchenbekämpfung und -verhütung muß überall in gleicher Weise erfolgen, da sie sonst zwecklos ist. Die Tuberkulose- und Geschlechtskrankenfürsorge ist als überörtliche Aufgabe besonders zu erwähnen. Auch die übrigen Dienstaufgaben, wie z. B. die Schulgesundheitspflege, die Fürsorge für körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige, die amts- und gerichtsärztliche Tätigkeit sind überörtlicher Natur.

Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Kommunalbehörden im allgemeinen für die Durchführung überörtlicher Aufgaben auf gesundheitlichem Gebiet trotz staatlicher Zuschüsse nicht leistungsfähig. Nach § 24 der Verordnung betr. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1721) sind die Gemeinden bzw. Gemeindeverbände nach näherer Anordnung der Gemeindeaufsichtsbehörde verpflichtet, diejenigen Einrichtungen zu schaffen und zu unterhalten, welche zur Bekämpfung und Verhütung übertragbarer Krankheiten notwendig sind. Die Gesundheitsämter müssen immer wieder feststellen, daß diese Verordnung nicht genügend beachtet wird, obwohl staatliche Zuschüsse hierfür gegeben werden. Dies beweist deutlich, daß der öffentliche Gesundheitsdienst staatlich verwaltet werden muß, weil die Kommunalverwaltung im allgemeinen nicht imstande ist, derartige Aufgaben ordnungsgemäß durchzuführen.

Die personelle Besetzung der Gesundheitsämter ist entscheidend für die Erledigung der Dienstaufgaben. Bei der Wahl des Amtsarztes für ein kommunales Gesundheitsamt werden vorwiegend örtliche und persönliche Rücksichten maßgebend sein, da eine selbständige fachliche Beurteilung der Bewerber durch Kreis- bzw. Gemeinderat und auch durch Landrat bzw. Oberbürgermeister nicht möglich ist. Voraussetzung für die Anstellung als Amtsarzt ist das Bestehen der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst. Auf diese Prüfung, die erst nach einer vielseitigen Ausbildung mehrere Jahre nach der Bestallung als Arzt abgelegt werden kann, darf bei der Anstellung von Amtsärzten nicht verzichtet werden. Es ist daher nicht möglich, daß beispielsweise Chefärzte von kleinen Kreiskrankenhäusern auf Grund von Sparmaßnahmen gleichzeitig als Amtsärzte gewählt werden, da ihnen dazu die notwendige Vorbildung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitsdienstes fehlt. Die kommunale Anstellungsbehörde kann auch leicht

in Schwierigkeiten kommen, wenn der gewählte Amtsarzt sich nicht bewährt oder andere Gründe einen Wechsel in der Leitung des Gesundheitsamts wünschenswert oder sogar notwendig erscheinen lassen. Wenn sich der gewählte Amtsarzt in solchem Fall weigert, sich um eine andere Stelle zu bewerben oder keine solche erhält, kann er nur durch ein Dienststrafverfahren entlassen werden. Hierzu müssen besonders schwere Verfehlungen vorliegen. Eine zwangsweise Versetzung kommt für einen kommunalen Amtsarzt praktisch nicht in Betracht. Es ist auch nicht möglich, bei Seuchengefahr einen Arzt eines kommunalen Gesundheitsamts zur Dienstleistung bei dem Gesundheitsamt des betroffenen Kreises abzuordnen, wie es bei Ärzten staatlicher Gesundheitsämter ohne weiteres möglich ist. Der Arzt, der die Laufbahn im öffentlichen Gesundheitsdienst anstrebt, beginnt seine Tätigkeit bei Amtsärzten, bei denen er medizinisch weitergebildet wird und die seine fachlichen und charakterlichen Fähigkeiten beobachten. Bei der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst, die vorwiegend von Mitgliedern der Dienstaufsichtsbehörde vorgenommen wird, gewinnt man ebenfalls einen Eindruck von dem beruflichen Können des künftigen Amtsarztes. Es werden daher bei der Besetzung von Amtsarztstellen nur solche Bewerber vorgeschlagen, die sich schon bisher im öffentlichen Gesundheitswesen bewährt und die gute Leistungen in der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst gezeigt haben. Die Auswahl der Bewerber kann daher beim Staat sorgfältig getroffen werden. Ein staatlicher Amtsarzt kann sich jederzeit um eine andere freiwerdende Stelle bewerben. Auf Grund der bisher mit ihm gemachten Erfahrungen wird seine Bewerbung behandelt. Wenn dringende dienstliche Gründe die Versetzung eines Amtsarztes notwendig erscheinen lassen, ist die Rechtslage bei der Staatsverwaltung einfacher als beim kommunalen Amtsarzt. Die Staatsverwaltung ist also in ihrer Personalpolitik viel freier als Kommunalverbände. Dies kommt nicht nur den Medizinalbeamten, sondern vor allem der Allgemeinheit zugute.

Die Stellung des Amtsarztes als objektiver Begutachter aller gesundheitlichen Belange seines Dienstbezirks, einschließlich seiner Tätigkeit als Gerichtsarzt, erfordert eine völlige Unabhängigkeit, die er als Kommunalbeamter nicht haben kann. Er kann nämlich als Kommunalbeamter leicht in eine Pflichtenkonkollision kommen, weil er auf örtliche Belange mehr als notwendig oder pflichtwidrig Rücksicht zu nehmen hat. Er muß beispielsweise beim Ausbruch übertragbarer Krankheiten Maßnahmen einleiten, die dem einzelnen oder einer Gemeinde nicht erwünscht sind, oder er hat die Einrichtung und den Betrieb eines Kreiskrankenhauses zu beurteilen, oder ein amtsärztliches Zeugnis für die Pensionierung eines kommunalen Beamten auszustellen. Die notwendige Unabhängigkeit hat er auch nicht als staatlicher Amtsarzt eines kommunalen Gesundheitsamts. Auch in diesem Fall müßte er befürchten, daß unerwünschte Maßnahmen, Berichte oder Zeugnisse, zu denen er nach pflichtmäßigem Ermessen auf Grund seiner ärztlichen Erfahrung und der gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet wäre, sich für das Gesundheitsamt in ungünstiger Weise auswirken könnten. Dies wird durch einen Bericht aus dem Lande Nordrhein-Westfalen bestätigt. Dort wurde im Jahr 1948 die Kommunalisierung der Gesundheitsämter angeordnet. Ein

Teil der Aufgaben des früheren unabhängigen staatlichen Amtsarztes mußte auf die Mittelinstanz verlagert werden (z. B. hygienische Kontrolle von Wasserwerken, Abwasserbeseitigungsanlagen, Krankenhäusern, Schulen usw., soweit sie Einrichtungen eines Stadt- oder Landkreises sind). Dadurch war eine Vermehrung der Medizinaldezernentenstellen in den Regierungsbezirken um das 2—3fache notwendig. Da das neue Bundesland eine möglichst sparsame Verwaltung haben soll, können die im Land Nordrhein-Westfalen gemachten Erfahrungen nur als Warnung dienen.

Die Besetzung der Gesundheitsämter entsprechend der Größe und Bevölkerungszahl ihres Bezirks mit Hilfsärzten, Gesundheitspflegerinnen, Gesundheitsaufsehern, technischen Assistentinnen und Bürokräften, sowie die Bereitstellung der notwendigen Haushaltmittel für die Gesundheitsämter kann von der Kreis- oder Stadtverwaltung nicht beurteilt werden, weil dazu Vergleiche notwendig sind, die nicht schematisch angestellt werden dürfen, sondern ärztlich und verwaltungstechnisch ausgewertet werden müssen. Dies ist nur bei der fachlichen Dienstaufsichtsbehörde möglich. Der Landrat bzw. Oberbürgermeister kann aber die Dienstaufsicht über das kommunale Gesundheitsamt nicht führen, da ihm hierzu die nötigen Voraussetzungen fehlen. Sie müßte nach wie vor durch die entsprechende staatliche Stelle, d. h. durch den Medizinalreferenten beim Regierungspräsidium ausgeübt werden. Es käme also zu einer Teilung der Aufsicht über die Gesundheitsämter. Hierbei könnten leicht Reibungen zwischen den beiden Aufsichtsstellen entstehen und den Amtsarzt unter Umständen in eine sehr heikle und für eine sachdienliche Zusammenarbeit ausgesprochen ungünstige Lage bringen.

Bei einer Kommunalisierung der Gesundheitsämter werden die Kreisverbände bzw. kreisfreien Städte für den personellen und sachlichen Aufwand der Gesundheitsämter als Gegenleistung selbstverständlich die Zuweisung entsprechender Einnahmen durch den Finanzausgleich verlangen. Da aber mit der Kommunalisierung der Gesundheitsämter gleichzeitig eine Vermehrung der Medizinalreferentenstellen bei der staatlichen Mittelinstanz notwendig wird, wie die Erfahrungen im Lande Nordrhein-Westfalen gelehrt haben, wird der dem Staat entstehende Aufwand größer werden als er bisher war. Dem Steuerzahler aber ist es gleichgültig, wer den Aufwand für die Gesundheitsämter trägt. Für ihn ist nur wichtig, daß die Gesundheitsämter ihre Dienstaufgaben ordnungsgemäß zum Wohle der Volksgesundheit verrichten und keine unnötigen höheren Ausgaben erwachsen.

Aus den angegebenen Gründen über die Vor- und Nachteile der staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter geht eindeutig hervor, daß die Errichtung kommunaler Gesundheitsämter unzweckmäßig ist und daß die staatlichen Gesundheitsämter beibehalten werden müssen. Im gleichen Sinne haben sich auch die Vorstände des Medizinalbeamtenvereins in Baden-Württemberg sowie der Präsident des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Neuffer, klar geäußert.

Eine allgemeine Kommunalisierung der Gesundheitsämter würde keinen Fortschritt, sondern einen Rückschritt in der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens bedeuten. Während man

heute bei allen Völkern versucht, die Seuchen über die Ländergrenzen hinweg mit Hilfe der Weltgesundheitsorganisation zu bekämpfen, ist es unerklärlich, daß in Deutschland Gemeinden und Kreisverbände derartige Aufgaben übernehmen wollen. Man kann sich dabei des Eindrucks nicht erwehren, daß für die Personen, die für die Kommunalisierung der Gesundheitsämter eintreten, ein gewisses Machtstreben maßgebend ist. Derartige Erwägungen müssen aber ausscheiden, wenn es um die Erhaltung der Volksgesundheit geht!

Die rechtlichen Grundlagen für die Errichtung von kommunalen Gesundheitsämtern sind bisher nicht behandelt worden. Sie sind bundesverfassungsrechtlicher Natur und sollen zum Abschluß noch kurz dargelegt werden:

In den §§ 4 bis 6 und 11 des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I S. 531) und in § 20 der Ersten Durchführungsverordnung hierzu vom 6. Februar 1935 (RGBl. I S. 177) ist bestimmt, daß die Gesundheitsämter staatliche Einrichtungen sind und daß an ihrer Stelle Einrichtungen der Stadt- und Landkreise als kommunale Gesundheitsämter vom Reichsminister des Innern nach Anhören der obersten Landesbehörde anerkannt werden konnten, wenn sie vor dem 1. April 1935 gewisse ärztliche Aufgaben erfüllt hatten und nach Personalbestand und Ausgestaltung hierfür geeignet waren. Diese Vorschriften sind nach Art. 125 Ziff. 1 des Grundgesetzes vom 23. Mai 1949 (Bundesgesetzblatt S. 1) in Verbindung mit Art. 74 Ziff. 7 (öffentliche Fürsorge, hierzu gehört auch die Gesundheitsfürsorge), Ziff. 19 (Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten beim Menschen, Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften) und Ziff. 20 (Schutz beim Verkehr mit Lebens- und Genußmitteln) fortgeltendes Bundesrecht

geworden. Es ist daher sicher, daß die Bundesregierung eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nach § 126 des Grundgesetzes herbeiführen wird, falls von einem Lande jetzt versucht wird, die Bestimmungen des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu ändern. Dies war nur vor Inkrafttreten des Grundgesetzes möglich. Eine Kommunalisierung der Gesundheitsämter im Lande Baden-Württemberg kann daher bei dieser Rechtslage jetzt nicht durchgeführt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Errichtung von kommunalen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg — abgesehen vom Städt. Gesundheitsamt Stuttgart, das eine Sonderstellung einnimmt und sich in dieser bewährt hat — nicht zweckmäßig ist, weil

1. die Dienstaufgaben der Gesundheitsämter vorwiegend überörtlicher Natur sind,
2. die Durchführung der Dienstaufgaben zentral geplant und gelenkt werden muß und von örtlichen Stellen nicht übersehen werden kann,
3. die Stellung des Amtsarztes unabhängig sein muß von örtlichen Interessen,
4. der Aufwand für die staatlichen Gesundheitsämter geringer ist, da bei kommunalen Gesundheitsämtern die Stellenzahl der Medizinalreferenten bei der fachlichen Dienstaufsichtsbehörde auf das 2—3fache erhöht werden muß.

Außerdem wurde zu erläutern versucht, daß auch bundesverfassungsrechtliche Bedenken gegen die Einrichtung von kommunalen Gesundheitsämtern geltend gemacht werden können.

Die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg hoffen, daß die staatlichen Gesundheitsämter wie bisher bestehen bleiben und in guter Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zum Wohl der Volksgesundheit beitragen können!

Westdeutsche Apothekerbank e.G.m.b.H. — Bank für das Gesundheitswesen — Düsseldorf, Königsallee 38/40

Die Standes- und Wirtschaftsbank des Arztes

Die Möglichkeiten des gesamten Berufsstandes an einem Beispiel demonstriert

Ein Rückblick auf die beachtenswerte Entwicklung der Westdeutschen Apothekerbank gibt uns das Vertrauen, weiterhin das Ziel einer Geschäftsausweitung zum Nutzen aller Beteiligten zu verfolgen und alle sich bietenden Möglichkeiten auf ihre Verwendbarkeit zu prüfen — hier besonders den einzelnen Arzt anzusprechen.

Die bisherige spiralenförmige Vergrößerung der Bank für das Gesundheitswesen fordert auch weiterhin in maßvoller Abgewogenheit, die Idee der organischen Zusammenfassung aller drei Berufsstände (Ärzte, Apotheker und Zahnärzte) in Betracht zu ziehen, da die dreigeteilte ständische Basis in ihrer Gesamtheit das tragende Fundament für die Standesbank darstellt. Wir haben in der Vergangenheit Wesentliches schon erreicht, aber uns allen erwachsen in einer gediegenen Konzentration hohe Verpflichtungen und große Aufgaben für die Zukunft, wenn wir alle interessierten Kreise zu einer engen und konstruktiven Mitarbeit aufrufen.

Denn gerade auf ärztlichem Gebiet mußte man bisher die Erfahrung machen, daß im Prinzip die Interessen des einzelnen zwar anerkannt sind, die Wahrung

aber ohne erhebliche Resonanz geblieben ist, weil der einzelne Arzt — cum grano salis — materiell und wirtschaftlich irgendwie eingeeengt blieb.

Aus jeder Bedrängnis aber führt schließlich ein Weg. Es sind nicht allein die zwingenden Umstände des Augenblicks, die ihn finden müssen, sondern vielmehr alle Probleme des Arztes, die es in der Zukunft zu bewältigen gibt. Die Altersversorgung ist ein Beispiel. Sie soll nur angedeutet sein.

Welche Möglichkeiten die organische Zusammenfassung nur eines Berufsstandes in sich schließt, hat in anschaulicher Weise eine genossenschaftliche Bank als Selbsthilfeeinrichtung des Beamtenstandes demonstriert. Es handelt sich um die Badische Beamtenbank e.G.m.b.H., Karlsruhe. Obwohl sich in dieser Bank nur ein Berufsstand auf regionaler Basis zusammengeschlossen hat, ist hier der Gedanke der wirtschaftlichen Selbsthilfe in einem einzigartigen Ausmaß verwirklicht worden.

Uns liegt der Geschäftsbericht für die Jahre seit der Währungsreform bis 1953 vor, dem wir einige bemerkenswerte Ziffern entnehmen möchten:

Die Bilanzsumme dieser Bank beträgt per 31. Dezember 1953 rd. 68,4 Millionen DM. Mit 72 000 Mitgliedern ist die Badische Beamtenbank heute die größte deutsche Kreditgenossenschaft. Vergessen wir nicht, daß sie ein regionales Unternehmen, nur dem badischen Beamtenkreis zugewandt, ist.

Unsere Basis ist das gesamte Bundesgebiet und die schließliche Zielsetzung liegt darin, alle Berufsangehörigen für eine konstruktive und nutzbringende Zusammenarbeit zu gewinnen. Diese Aufgabenstellung hat durch intensive Arbeit ein bestimmtes Volumen erreicht, kann aber nicht ohne aufgeschlossene und aktive Mitwirkung aller Angehörigen der drei Berufsstände verwirklicht werden. Sie, sehr geehrte Ärzte, sind doch maßgeblich daran interessiert, ohne Zögern eine festere Position in allen Verhandlungen zu Ihren Sozialpartnern zu gewinnen. In Ihrer Hand liegt es, eine berufliche Besserstellung des gesamten Ärztestandes zu schaffen. Schon heute sollten beispielsweise auch alle Gespräche über eine Altersversorgung der Ärzte unter Einbeziehung der Landesbank geführt werden.

Die Badische Beamtenbank hat in der Gegenüberstellung zu diesem Gedanken sehr genau das Gebot der Stunde erkannt. Wenn wir bei diesem Vergleich einen Moment verweilen, ist es uns zur Pflicht gemacht, nachhaltig einem Zusammenwirken aller Kammern, Vereinigungen und Organisationen in der Landesbank das Wort zu reden. Zwar wollen wir nicht kopieren, sondern in einer mahnenden Appellation vor alle Standesangehörigen treten, die sich zu einer Geschäftsverbindung noch nicht entschließen konnten. Es sei uns gestattet, in diesem Zusammenhang auch auf die Gewerkschaftskreise zu verweisen, die in nüchternem Erkenntnis die machtvollen Gewerkschaftsbanken gründeten und organisierten und sich aus ihrer Existenz für den Kampf um die soziale Besserstellung der von ihnen betreuten Kreise ins Mittel legten.

Die Vertretung berechtigter Einzel- und Gruppeninteressen scheint ohnehin ohne einen starken finanzwirtschaftlichen Block nicht mehr gegeben zu sein. Es

Wichtiger Hinweis:

Wir möchten an die letztmalige Möglichkeit erinnern, bis zum 31. Dezember 1954 einen steuerbegünstigten Sparvertrag mit unserer Bank abzuschließen. Ein Sparvertrag mit festgelegten Sparraten bietet die Möglichkeit, steuerliche Vergünstigungen noch einschließlich bis zum Jahre 1957 in Anspruch zu nehmen. Wenden Sie sich bitte an Ihre Landesbank. Wir werden Sie fachkundig beraten und Ihnen helfen, ein Maximum an Steuern einzusparen.

ist an der Zeit, sich aus der lethargischen Umklammerung zu befreien und mit gesundem beruflichem Egoismus sich der Aufgabenstellung der Landesbank anzuschließen, deren ausschließliches Ziel die Wahrnehmung der Belange von Ärzten, Apothekern und Zahnärzten ist.

Es erscheint uns sehr wesentlich, daß sich jeder einzelne Berufsangehörige einmal mit den hier ausgeführten Gedankengängen beschäftigt, damit die Erkenntnis, welche Möglichkeiten und Chancen in einem eigenen Bankinstitut des Standes liegen, sich eine stetig breitere Basis verschafft. — Die vorliegenden Gedankengänge empfehlen wir daher ihrer Beurteilung und Schlußfolgerung.

Was den badischen Beamten zu ihrem eigenen materiellen Vorteil möglich gewesen ist, sollte für Ärzte ohne weiteres schon allein wegen der völlig anders gelagerten Einkommensverhältnisse erreichbar sein.

Über Ihre Zukunft entscheiden Sie in der Gegenwart.

Aktuelle Steuerfragen

Die bis Ende 1954 noch gegebenen Möglichkeiten, die Steuerlast zu senken

Von Dr. jur. Cordes, Vechta

Da mit dem Ablauf des Jahres 1954 zahlreiche Steuervergünstigungen des Einkommensteuergesetzes außer Kraft treten, sollte kein Steuerpflichtiger versäumen, die bis dahin noch gegebenen Möglichkeiten auszunutzen. So fällt ab 1. Januar 1955 die Zinssteuerbegünstigung des Kapitalmarktförderungsgesetzes für die nach diesem Datum ausgegebenen festverzinslichen Wertpapiere fort. Auch die Vorteile der Kapitalansammlungsverträge in Spareinlagen und festverzinslichen Wertpapieren werden, wenn sie überhaupt aufrechterhalten bleiben, dadurch eingeschränkt, daß die Sonderausgabengrenzen, in deren Rahmen nach § 10 EStG steuerbegünstigt gespart werden kann, herabgesetzt werden und daß die Sperrfristen, die bei diesen Verträgen einzuhalten sind, sich von 3 bis 4 Jahren auf 7 bis 10 Jahre wesentlich verlängern.

Eine Ausnahmeregelung besteht bei Sparverträgen mit festgelegten Sparraten. Diese Sparverträge gelten auch nach Ablauf des Jahres 1954 zu den bisherigen Bedingungen weiter, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 1954 abgeschlossen und mindestens die erste Einzahlung vor diesem Termin geleistet worden ist.

Ersparnis an Einkommensteuer — Notopfer — Kirchensteuer

Vom Gesamtbetrag der Einkünfte kann der Steuerpflichtige bis 31. Dezember 1954 als Sonderausgaben absetzen, d. h. sein steuerpflichtiges Einkommen erheblich vermindern und damit Steuern in Eigenkapital umwandeln:

Die nach dem Familienstand abgestuften Sonderausgaben-Höchstbeträge für den Steuerpflichtigen selbst jährlich 800 DM

für die Ehefrau und für jedes Kind des Steuerpflichtigen, für das ihm Kinderermäßigung zusteht oder gewährt wird, jährlich 400 DM

Bei veranlagten Steuerpflichtigen, die selbst oder deren Ehefrau spätestens am 31. August eines Jahres das 50. Lebensjahr vollendet haben und in deren Einkommen überwiegend, d. h. zu mehr als 50 %, Einkünfte aus selbständiger Arbeit im Sinne des Einkommensteuergesetzes (d. h. freie Berufe, wie Ärzte, Rechtsanwälte usw., nicht dagegen Gewerbetreibende, Land- und Forstwirte) oder aus nichtselbständiger Arbeit oder aus beiden Einkunftsarten enthalten sind, verdoppeln sich die Sonderausgabenfestbeträge auf jährlich 1600 DM bzw. jährlich 800 DM

Lohnsteuerpflichtige brauchen erst am 30. Dezember eines Jahres das 50. Lebensjahr vollendet zu haben, um den doppelten Sonderausgabenfestbetrag in Anspruch nehmen zu können.

Der Betrag der Sonderausgaben, der über die vorstehend genannten Höchstgrenzen hinausgeht, ist zur Hälfte abzugsfähig. Jedoch dürfen diese weiteren Sonderausgaben höchstens 15 v. H. des Gesamtbetrages der Einkünfte ausmachen.

Einziehung bestrittener Steuerforderungen

Im Gegensatz zum Zweiten Senat des Bundesfinanzhofs (Urteil vom 10. Februar 1954) hat der Dritte Senat in seinem Urteil vom 10. September 1954 (III 187/52 S) die Ansicht vertreten, daß zur Aussetzung der Einziehung bestrittener Steuerforderungen das Rechtsmittel nach der Rechtslage nicht unbedingt eine wohlbegründete Aussicht auf Erfolg haben müsse. Der Dritte Senat hat sich vielmehr in dem genannten Urteil zu einer für die Steuerpflichtigen wesentlich günstigeren Auffassung bekannt und folgende Rechtsgrundsätze aufgestellt:

Die Vollziehung eines Steuerbescheides ist auszusetzen, wenn die Möglichkeit zu seiner Aufhebung in dem Sinne besteht, daß die Rechtslage auf Grund gewichtiger Darlegungen des Steuerpflichtigen zweifelhaft ist. Hierbei ist das Gewicht der vom Steuerpflichtigen gemachten Rechtsausführungen nicht nach der — unveränderten — Rechtsauffassung der Behörde, sondern nach der ihnen für sich selbst und nach ihrer inneren Schlüssigkeit zukommenden Bedeutung zu beurteilen.

Außergewöhnliche Belastung jetzt bereits bei auswärtigem Studium nur eines Kindes

Bisher hatte der Bundesfinanzhof immer den Standpunkt vertreten, daß in der Regel das auswärtige Studium eines einzelnen Kindes, für das Kinderermäßigung gewährt wird, noch nicht als außergewöhnliche Belastung im Sinne des § 33 Einkommensteuergesetz (EStG) anzusprechen sei. Eine derartige Belastung sei dem Grunde nach nur ausnahmsweise gegeben, etwa dann, wenn ein Steuerpflichtiger mit kleinem Einkommen einen besonders begabten Sohn studieren lasse oder wenn eine Häufung von Belastungen, z. B. durch das gleichzeitige auswärtige Studium mehrerer Kinder, eintrete.

In einem neuen Urteil vom 1. Juli 1954 (IV 459/53 U) hat der Bundesfinanzhof diesen Grundsatz nicht mehr aufrechterhalten und im zur Entscheidung stehenden Falle dem Grunde nach eine außergewöhnliche Belastung durch das auswärtige Studium nur eines Sohnes anerkannt, obwohl das Einkommen der Eltern nach Abzug von 1094 DM Sonderausgaben noch rund 8000 DM betragen hatte.

Was die Höhe der Steuerermäßigung betrifft, hat der Bundesfinanzhof folgender Rechnung des Finanzgerichts zugestimmt. Das Finanzgericht erkannte eine außergewöhnliche Belastung von 1380 DM abzüglich der vom Steuerpflichtigen selbst zu tragenden Mindestbelastung von 396 DM, also eine außergewöhnliche Belastung von 984 DM an. Es ging danach von folgenden Überlegungen aus: Die Kosten für das auswärtige Studium des Sohnes seien dem Grunde nach eine außergewöhnliche Belastung. Für die Höhe der als außergewöhnliche Belastung zu berücksichtigenden Aufwendungen sei nach dem Gesetz von den Beträgen auszugehen, die dem Steuerpflichtigen zwangsläufig erwachsen.

Die üblichen Kosten der Ausbildung und des Unterhalts seien durch die vom Finanzamt zugebilligte im Gesetz vorgesehene Kinderermäßigung abgegolten. Damit seien auch grundsätzlich die Kosten für die Semestergebühren auszuschneiden. An Mehraufwendungen seien dagegen die Kosten für die Miete des Zimmers, die das Finanzgericht mit monatlich 40 DM, insgesamt also auf 480 DM schätzte, anzuerkennen. Von den Kosten des Unterhalts seien nur diejenigen zu berücksichtigen, die zusätzlich zu den Kosten, welche für den Unterhalt des Sohnes am Wohnsitz des Steuerpflichtigen entstanden sein würden, erwachsen seien. Dieser Mehrbetrag werde unter Berücksichtigung der Erfahrungen in ähnlichen Fällen auf monatlich 90 DM, insgesamt für 9 auswärtige Studienmonate auf 810 DM geschätzt. Für Fahrten seien schätzungsweise jährlich 90 DM anzusetzen. Das ergebe insgesamt die angesetzten 1380 DM.

gallo sanol

entlastet

165
DM

von Druckschmerz

30 Silberdragées

Eingesandt

Zum Regelbetrag

(Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel

im Südwestdeutschen Ärzteblatt Heft 9/1954, von Dr. med. P. Strotkötter, Mannheim)

von Dr. med. A. L a u b e, Facharzt für innere Krankheiten, Stuttgart

Die Ausführungen des Kollegen Strotkötter in Heft 9 des Südwestdeutschen Ärzteblattes sind zu begrüßen und zeigen deutlich, welchen Schwierigkeiten einerseits der Praktiker manchen Problemen der kassenwirtschaftlichen Verordnungsweise gegenübersteht, andererseits auch, welche Schwierigkeiten bei den prüfenden Instanzen vorhanden sind, eine einigermaßen gerechte Beurteilung der Verschreibungen zu gewährleisten.

Dabei ist auch entscheidend, von welcher Warte aus eine solche Beurteilung stattfindet. Kann der Allopath den Homöopathen beurteilen? Finden wir nicht immer wieder, daß der Homöopath der exakten Stiegeleschen Schule nur ein mitleidiges Lächeln für die Vertreter der Komplexhomöopathie aufbringt? Oder wie stellt sich der Beurteiler zur Spagyrik, zur Behandlung mit den Homöokatalysatoren etc. Ich für meine Person bin tolerant genug, hier nicht gleich zu allem ein entschiedenes Nein sagen zu wollen.

Herr Kollege Strotkötter denkt allerdings anders, wenn er klipp und klar schreibt, daß der einzelne Arzt bei der Verschreibung betr. Wirtschaftlichkeit auf sein eigenes kritisches Urteil angewiesen ist und fährt dann fort, „je mehr Fähigkeiten er zur Kritik von Universität und klinischer Ausbildung mitbringt, desto besser für ihn“. Da haben wir es also! Der Homöopath dürfte demnach diese eigene Kritik nicht besitzen, denn diese Wissenschaft wird auf Deutschlands hohen Schulen noch nicht gelehrt. Eine andere Schlußfolgerung ist meines Erachtens gar nicht möglich.

Bezüglich der Verschreibung der Tonica ist dem Kollegen im großen und ganzen zuzustimmen. Welch ein Unfug mit diesen Mitteln getrieben wird, ist jedem Arzt bekannt. Hierzu gehört u. a. auch die Traubenzuckerverschreibung. Sie ist, von Leberkranken abgesehen, meistens entbehrlich, andererseits wird es immer wieder Fälle geben, bei denen man nicht gänzlich darauf verzichten kann. Ich möchte aber hierzu bemerken, daß die Meinung völlig abwegig ist, Traubenzucker wäre u. a. auch ein vorzügliches Mittel zur Hebung des Appetits, sei es bei Kindern, sei es bei Erwachsenen. Das Gegenteil ist häufig der Fall, besonders wenn er in solchen Mengen zugeführt wird, wie es meistens dem Wunsche des Publikums entspricht. Dazu kommt noch, daß Traubenzucker, in größerer Menge zugeführt, als Vitaminräuber angesehen werden muß und dadurch Schädigungen sonstiger Art erzeugt werden können.

Ein Stein des Anstoßes scheint für Kollegen Strotkötter die Kombinationstherapie nicht nur der Allopathen, sondern auch der Homöopathen zu sein. Da heißt es also z. B. für einen Herzpatienten: „Entweder Strophanthin, sonst nichts, oder Digitalis, sonst nichts, oder Scilla, sonst nichts, oder — usw.“ Man kann darüber streiten, ob in der ambulanten Behandlung durch den Praktiker diese apodiktische Form der Behandlung Kranker zweckmäßig ist oder nicht. Für Krankenhausbehandlung mag das zutreffen. Warum soll ich nicht Strophanthin oder Digitalis mit oraler Medikation eines Scillapräparates kombinieren? Kombinierte Injektionsbehandlungen mit Strophanthin und einem Lanatpräparat haben sogar bessere Resultate ergeben als mit einem dieser beiden Mittel alleine. Oberstes Prinzip für jeden Praktiker ist es doch, einen möglichst schnellen und anhaltenden Heilerfolg zu erzielen.

Warum soll ein homöopathischer Arzt nicht auch einmal neben seinen homöopathischen Spezialitäten zusätzlich Bellergal oder ein anderes Sedativum verschreiben? Der kranke Mensch verlangt nun einmal schnelle Heilung, und wenn es nur gelingt, durch vorübergehende Verabfolgung von Sedativa den Krankheitsablauf zu verkürzen, gut, dann tue ich das, und ich würde mich gegen ein solches einseitiges Vorgehen unserer Prüfungsinstanzen schärfstens verwahren. Selbstverständlich muß sich alles in einem erträglichen Rahmen abspielen, und wenn der angeführte Kollege so über sein Ziel hinauschießt, dann wird keiner etwas

gegen eine Maßregelung einzuwenden haben, und dies besonders dann nicht, wenn der Kollege mit den Verschreibungen eine durchschnittliche Höhe von 15 DM (statt Gruppendurchschnitt 6 DM) erreichte.

Apropos Gruppendurchschnitt! Es ist erstaunlich, mit wie wenig Arzneimittelsverschreibungen, im Durchschnitt genommen, manche Ärzte auskommen! Ich las irgendwo, daß es meistens solche Ärzte seien, die es verstanden, möglichst viele Bagatellfälle an sich zu ziehen. Ich halte diese Argumentation für recht vage, wenn nicht sogar kümmerlich. Ich möchte hierzu ein Beispiel geben: Patient mit hypotonen Kreislaufstörungen. Der eine Arzt verschreibt Sympatol, dies wochen- und monatelang. Der Patient ist damit mehr oder weniger zufrieden, geht Quartal für Quartal zu seinem Doktor, resigniert und hält sein Leiden für nicht mehr besserungsfähig und wird eventuell vorzeitig invalidiert. Der andere Arzt geht den Dingen schon mehr auf den Grund: Bestimmung von Calcium und Zucker im Blut bringt schon manchmal Klarheit, die Schellongische Kreislaufregulationsprüfung ergibt ein orthostatisches Darniederliegen des Kreislaufs. Manchmal ist eine vorhandene Magersucht ein Hinweis für das Vorliegen einer hypophysären Störung. Therapie: A. T. 10, Peripherin, Ephecor, Praeephyson, Cortison. Diese Dinge kosten schon mehr Geld, der Patient erholt sich aber schneller, wird wieder a. f., die Invalidität wird vermieden. Nun, dieser Arzt wird einen höheren Durchschnitt haben. Soll man ihn dafür bestrafen?

Das bis jetzt Gesagte wäre für mich noch kein Grund gewesen, Herrn Kollegen Str. zu erwidern. Äußerst befremdend wirkten für mich seine Ausführungen über das Pulsatillaweibchen und das Schwefelmännchen (wobei bemerkt werden muß, daß der Schreiber dieser Zeilen Allopath ist, dabei aber auch homöopathische Komplexmittel hinreichend Berücksichtigung finden). Und dann folgt ein Seitenhieb auf die Typeneinteilung, die auch in den „Hirnen einiger Ärzte“ herumpuckt! Armer Curry, er ist tot und kann Ihnen nicht mehr entgegen. Aber Lampert (Höxter) könnte es! Ob er es tut, ist fraglich. Diese Herren verlassen ja nach Ihrer Meinung das „wissenschaftliche Plateau“, und ihnen können Sie nach Ihren eigenen Worten nicht folgen. Wollen Sie darum aus dieser Ihrer Erkenntnis den Berechtigungsnachweis ableiten, gegen diejenigen Ärzte zu polemisieren, die die Typenlehre mit bestem Erfolg auch therapeutisch anzuwenden wissen? „Wunderheilungen“ sind auch von diesen Mitteln nicht zu erwarten, und ich teile keinesfalls die optimistischen Angaben des Kollegen Hartung, Mannheim, über das von Ihnen bespöttelte Typenmittel aus Carexarten (Polysan gelb — blau — grün). Aber ich darf Ihnen doch verraten, daß ich dieses Mittel in meiner Praxis nicht mehr missen möchte, man muß es aber auch richtig anzuwenden wissen! Das ist manchmal nicht leicht. Der „gelegentliche“ Gebrauch in Ihrer Praxis ist von vornherein zum Scheitern verurteilt gewesen. Daß Sie Sinn und Zweck dieser Methodik nicht erfaßt haben, dafür zeugt schon die mehr oder weniger mitleidige Bemerkung, der Initiator dieses Präparates habe sogar im „Hippokrates“ eine Arbeit über Geopathie veröffentlicht. Shocking! Aber nur für solche Ärzte, die auch heute noch auf dem schmalen Geleise der Hochschulinmedizin fahren und noch nicht gelernt haben, offene Augen und Ohren für die Grenzgebiete der Medizin zu haben. Diese Art von Ärzten hat uns doch die „Krise der Medizin“ eingebrockt, und diese sind es auch, welche die Sprechzimmer der Heilpraktiker füllen helfen. Das Beispiel der Chiropraxis ist ja kennzeichnend für die Einstellung eines Großteils der Ärzteschaft. Noch vor 2 Jahren als Kurpfuscherei gebrandmarkt, ist sie heute hoffähig geworden, nachdem der professorale Segen sich auf sie niedergesenkt hat. Heute beiläufig sich plötzlich jeder, nach kurzem Kursus in der Chiropraxis, auch diese Kunst am armen, gequälten Patienten zu exerzieren, leider oft auch mit höchst zweifelhaftem Erfolg. Man

nennt sich stolz Chiropraktiker, und renkt die Halswirbelsäule bei jeder Tendovaginitis am Unterarm ein! Und wie stellen Sie sich, Herr Kollege Str., zum Sekundenphänomen nach Huneke? Dafür ist auch noch keine wissenschaftliche Erklärung gefunden, ebenso — last, not least — für die von Ihnen angegriffene Frischzellentherapie nach Niehans. Die Beweisführung im Falle der beiden Patienten mit Bronchial-Ca. verrät einseitiges schulmedizinisches Denken. Der eine Patient wurde lobektomiert und wurde gesund, der andere verweigerte die Operation, erhielt von einem Werkarzt Frischzellen und — — — starb. O, si tacuisses — — — ! Niehans hat niemals behauptet, mit Frischzellen Krebs heilen zu können, also lag wohl der Fehler beim Werkarzt, nicht an den Frischzellen!

Im übrigen ist es nur erfreulich, wenn die Karlsruher Therapiewoche sich auch mit Methoden beschäftigt, die außerhalb akademischer Begrenztheit liegen. Es wundert mich nur, daß die Akupunktur nicht von Ihnen erwähnt wird — man kann damit ja viel Rezepte sparen! —, eine Methode, die ebenfalls keine wissenschaftliche Fundierung besitzt, deren Wert aber keinesfalls zu leugnen ist. Für die Kassen jedenfalls eine ideale Angelegenheit! Man sticht mit goldener oder silberner Nadel, der Patient wird gesund und die Kassen sparen die Ausgaben für Medikamente! Man sollte diese Methode bei allen Kassenärzten obligatorisch machen, das goldene bzw. silberne Zeitalter würde anbrechen, zwar nicht für uns Kassenärzte, aber für die Kassen! Dann könnte man das Heer der Kassenbeamten lustig weiter erhöhen. Kommen doch schon jetzt auf 100 Kassenärzte 110 Kassenbeamte. Wenn ich mir mit der Erwähnung dieser Tatsache einen kleinen „Seitensprung“, etwas abseits vom Thema, geleistet habe, so nur deshalb, weil wir Ärzte uns schon seit Jahren dagegen wehren, die Zahlmeister für den von den Krankenkassen aufgeblähten bürokratischen Wasserkopf zu sein. Wie lächerlich gering dürfte sich dagegen wohl eine — oftmals nur gelegentliche — Extravaganz in der Rezeptur des Praktikers auf den Gesamtetat der Kassen

auswirken! Ich betone aber nochmals: Rezeptprüfung und Überwachung ist selbstverständlich nötig, aber sie soll sinnvoll und frei von Spitzfindigkeiten sein.

Wenn die vorstehenden Ausführungen manchmal etwas scharf formuliert sind, so bin ich lediglich der Taktik des Kollegen Str. gefolgt, der leicht überheblich über gewisse, andersdenkende Ärzte zu urteilen glaubte und ihnen das wissenschaftliche Denken absprach. In diesem Sinne verstehe ich auch die von ihm zitierten Worte Hahns über die „romantischen Richtungen bei diversen Naturheilern“: „Wie niemand den Satz als beleidigend empfinden wird, daß jeder Mensch etwas neurotisch sei, so darf dabei auch die Vermutung eines Steckenbleibens in früheren Entwicklungsstadien als Ursache mancher irrationaler Heilbot-schaften Verständnis erhoffen.“

Wir Kassenärzte verwahren uns jedenfalls gegen diese Art von ärztlichen Rezeptprüfern, die mit Scheuklappen vor den Augen unsere Rezepte beanstanden, ohne die Befähigung aufzuweisen, der Denkungsart anderer Richtungen naturwissenschaftlicher Betrachtungsweise Verständnis entgegenzubringen.

Es harren unser noch viele Dinge, die wir wissenschaftlich nicht exakt erfassen können. Sie zu leugnen, wäre ein Verbrechen und hieße, die Wissenschaft zum Dogma zu erheben. Ich möchte daher schließen, nicht ohne vorher I. B. Rhine aus seinem Buche über „Die Reichweite des menschlichen Geistes“, Deutsche Verlagsanstalt Stuttgart, anlässlich der Besprechung des parapsychologischen Problems des Vorwissens, S. 102, zu zitieren: „Wenn die Beweise für ein Phänomen stark genug werden, dann muß der Rahmen des Wissens und der Theorie geändert werden, damit er die neue Entdeckung mit einschließen kann. Mag sie nach den Gesetzen der Logik auch noch so unwahrscheinlich, früherem Wissen widersprechend oder unschmackhaft erscheinen, so kann doch billigerweise nicht, was als eine Tatsache erwiesen wurde, vom Wissenschaftler übersehen oder gezeugnet werden.“

Bemerkungen

zu Dr. Strotkötters Aufsatz „Zum Regelbetrag“ im Südwestdeutschen Ärzteblatt vom September 1954 (Heft 9 S. 188 ff.)

1. Einem Prüfartz ist es selbstverständlich unbenommen, über seine Tätigkeit als solcher und über den „Regelbetrag“ zu schreiben. Ebenso steht es ihm frei, seine wissenschaftlichen Auffassungen im allgemeinen und seine Meinung über bestimmte Medikamente im besonderen als Privatperson zu veröffentlichen. Bedenklich wird die Sache erst, wenn ein Prüfartz beides in einem Aufsatz so verquickt, daß der bestimmte Eindruck entsteht, der Prüfartz wolle in dieser seiner Funktion seine höchst subjektiven medizinischen Auffassungen den Ärzten seines Bezirkes aufzwingen, also vorschreiben, was verordnet werden darf oder nicht. Einem solchen Vorgehen muß mit aller Entschiedenheit entgegengetreten werden, denn es überschreitet sowohl die Zuständigkeit wie auch die Befähigung eines jeden Prüfartzes.

2. Die Bestimmungen der RAM vom 24. August 1935 über das Verordnen neuer Arzneimittel übertragen die Entscheidung ausdrücklich dem „pflichtgemäßen Ermessen“ des Arztes. Dies mit Recht, denn der behandelnde Arzt trägt allein die Verantwortung für Wohl und Wehe seiner Patienten. Lediglich ein offenkundiges Negieren des Regelbetrages mag Beanstandungen rechtfertigen, keinesfalls aber die mehr oder minder anfechtbaren, subjektiven Auffassungen des jeweiligen Prüfartzes. Wenn der behandelnde Arzt z. B. ein homöopathisches Mittel verschreibt, weil er Erfolg damit hatte, kann der Prüfartz das nicht etwa beanstanden, weil er gegen die Homöopathie eingestellt ist. Die Homöopathie ist zwar umstritten wie vieles, wie auch die Allopathie im übrigen, aber sie ist eine Richtung, die zahllose Anhänger und Heilerfolge aufzuweisen hat. Das ist eine Tatsache, die der Prüfartz hinnehmen muß. Gleichgelagert ist der Fall, wenn ein Arzt ein neues Heilmittel für gut befindet und deshalb nach pflichtgemäßem Ermessen verordnet, besonders, wenn dieses Mittel sich nicht nur in seiner Praxis, sondern auch in anderen Praxen bestens bewährt hat. Der Prüfartz mißbraucht seine Stellung, wenn er das Verordnen eines solchen Mittels nur deshalb beanstandet, weil er auf Grund seiner subjektiven, möglicherweise rückständigen Einstellung etwa von vornherein nichts davon hält oder bestenfalls

nach oberflächlicher Prüfung (zu einer eingehenderen ist er meist gar nicht in der Lage) sagen zu dürfen glaubt, der Heilwert des Mittels sei gleich Null. Hier muß mit aller Entschiedenheit verlangt werden, daß der Prüfartz seine private Person aus dem Spiel läßt und sich allein an die Tatsachen hält.

3. Die Erfahrungsberichte des Dr. Hartung in der Erfahrungsheilkunde (nicht Hippokrates) über Polysan (Carexarten), die Dr. Strotkötter mit einer Handbewegung abtun zu können glaubt, sind eine solche Tatsache. Dr. Hartung ist ein vielbeschäftigter erfolgreicher Arzt, der die Berichte auf Grund langer Erfahrung mit dem Medikament erstattet hat. Das „Hirn“ des Dr. Hartung — um einen von Dr. Strotkötter benutzten Ausdruck zu gebrauchen — dürfte dem des Dr. Strotkötter wohl nicht nachstehen. Auch der Bericht des Dr. Bierer in der gleichen Zeitschrift ist eine Tatsache, ebenso der Hinweis Dennemarks in der „Konstitutionellen Medizin“.

Es ist auch eine Tatsache, daß Polysan erst nach jahrelanger Erprobung in zahlreichen Praxen in den Handel gekommen ist, und daß es in der Bundesrepublik, im Saargebiet und im Ausland von vielen Ärzten mit Erfolg angewendet wird. Die Belege hierfür kann Dr. Str. beim Hersteller einsehen, wenn ihm daran gelegen ist.

Schließlich ist zu fragen, ob die weite Verbreitung eines Heilmittels und seine wiederholt bestätigte Bewährung durch den Erfolg nicht wertvoller ist als ein klinisches Gutachten, das oft nach kurzfristiger Prüfung von einem Assistenten erstattet wird, wie auch Herrn Dr. Strotkötter bekannt sein dürfte. Und im übrigen — wie viele klinisch positiv begutachteten Mittel sind nicht schon nach kurzer Zeit vom Markt verschwunden, weil sie sich nicht bewährt haben?

4. Dr. Strotkötter spricht von „Illusionswert“. Ich finde es reichlich billig, den Erfolg eines Heilmittels allein mit Suggestion erklären zu wollen. „Polysan“ wird auch von Tierärzten mit Erfolg angewendet, und ich glaube nicht, daß die Tiere sich dabei etwas haben einreden lassen. Dr. Wolf in Frankfurt wird in Kürze hierüber einen Erfah-

rungsbericht veröffentlichen. Desgleichen kann nicht mehr von Illusionswert gesprochen werden, wenn ein Medikament die Ultrarotstrahlung des Menschen eindrucksvoll zu ändern und pathologische Meßwerte zu normalisieren vermag. Hierüber hat Dr. Schwamm bereits in einem Vortrag berichtet, die Veröffentlichung folgt.

5. Und nun noch einige Richtigstellungen. Ich habe nicht im „Hippokrates“ geschrieben, sondern in der „Erfahrungsheilkunde“. Die Karlsruher Klinik hat die Prüfung des Medikaments nicht abgelehnt, sondern nur wegen Überlastung zurückgestellt.

Der Tübinger Pharmakologe, von dem Dr. Str. eine Beurteilung erwartet, hat bereits gesprochen. Er hatte vom Hersteller den Auftrag, das Mittel den gesetzlichen Bestimmungen gemäß auf Ungefährlichkeit zu überprüfen. Weiter ging der Auftrag nicht. Nach dem Ergebnis ist das Heilmittel gesetzlich nicht zu beanstanden.

6. Ich brauche kaum zu betonen, daß ich mit diesen Bemerkungen keine Reklame für Polysan machen will. Ich hielt es lediglich für nötig, einen Übergriff zurückzuweisen.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. F. Hartmann, Eberbach am Neckar.

PRESSESTELLE DER SÜDWESTDEUTSCHEN ARZTESCHAFT

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

Erneute Herausforderung zur Richtigstellung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordbaden und Nordwürttemberg haben sich in einer Sondersitzung mit den auf der Vertreterversammlung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden gemachten Äußerungen befaßt.

Sie wenden sich mit Nachdruck gegen die irreführende Art der Darstellung des kassenärztlichen Einkommens, wie sie in der letzten Zeit immer wieder, so auch auf der Heidelberger Tagung am 5. November 1954, von Kassenseite erfolgte.

Die Einnahmen aus der kassenärztlichen Tätigkeit für die Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Krankenversicherung der Rentner lagen 1953 weder in Nordwürttemberg noch in Nordbaden in einer durchschnittlichen Höhe von DM 16 000,— pro Kassenarzt, wie dort behauptet wurde. Die Vertreter der Krankenkassen verschweigen bei derartigen Mitteilungen die von der gezahlten Gesamtvergütung an Kliniken und Krankenhäuser abzuführenden Beiträge für ambulante Sachleistungen. Es wird außerdem durch derartige Mitteilungen versucht, den Eindruck zu erwecken, als ob es sich bei den genannten Zahlen um die Durchschnittseinkommen der Ärzte handelt, während es in Wirklichkeit Umsatzzahlen sind.

Aus diesem Grunde haben sich die Kassenärztlichen Vereinigungen entschlossen, der Öffentlichkeit genaue Mitteilung über die tatsächlichen Honorarverhältnisse zu machen und die Behauptungen der Krankenkassen richtigzustellen.

Das Verhalten der Krankenkassen in dieser Frage erweckt den Eindruck, als wollten die Allgemeinen Ortskrankenkassen von vornherein die berechtigten Forderungen der Ärzte als unbegründet abtun. Sie verkennen dabei, daß es sich hier nicht nur um materielle Forderungen der Ärzte handelt. Vielmehr ist es dringend notwendig, die Situation der Kassenärzte den durch die Fortschritte der Medizin völlig veränderten Bedingungen im Interesse der Krankenversicherten anzupassen.

Die tatsächliche Höhe der durchschnittlichen Vergütung der Ortskrankenkassen betrug 1953 in Nordbaden pro Kassenarzt DM 13 538,—. Dieser Betrag stellt eine Roheinnahme, d. h. den Umsatz dar, der noch um 50% Praxisunkosten gekürzt werden muß. Damit verblieb als tatsächliche zu versteuernde Einnahme durchschnittlich DM 6769,—, d. h. DM 564,— monatlich. Für die einzelne Beratung erhielt der Kassenarzt in Nordbaden bei den Mitgliedern der Ortskrankenkassen DM —,98 und bei den Rentnern DM —,61, für den Besuch DM 1,96 bei den Mitgliedern und DM 1,22 bei den Rentnern. Wenn man bei diesen Beträgen die tatsächlichen Unkosten noch abzieht, so verbleiben z. B. für die Beratung bei den Mitgliedern der Ortskrankenkassen noch DM —,49 und bei den Rentnern noch DM —,30. Es ist hieraus ersichtlich, daß die einzelne ärztliche Leistung in einer unwürdigen Weise honoriert ist und daß nur eine Vielzahl von ärztlichen Verrichtungen das oben erwähnte Gesamthonorar ergeben. Die Ärzteschaft verlangt mit Nachdruck, daß die ihr nach den Mindestsätzen der amtlichen Gebührenordnung zustehenden Honorare ausbezahlt werden bzw. daß das von den Kassen entrichtete Gesamtpauschale so gestaltet wird, daß eine Bezahlung in der Höhe dieser Mindestsätze

* Nach Ausführungen auf einer Pressekonferenz der Pressestelle der südwestdeutschen Ärzteschaft am 13. November 1954 in Mannheim.

möglich wird. Zur Zeit erhalten die Kassenärzte nur rund 65,78% bzw. für die Behandlung der Rentner nur 40,7% dieser ihnen zustehenden Mindestsätze. Bei einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen dürfte auch die von der Ärzteschaft im Interesse der Kranken geforderte Mehrzulassung von Kassenärzten durchführbar sein.

Ärztliche Tätigkeit ist keine Ware

(Mitteilung der Pressestelle an Presse und Rundfunk)

Der Finanzausschuß des Bundesrates hat sich bei der Beratung der vom Bundestag beschlossenen Steuerreform u. a. auch gegen den Freibetrag von DM 1200,— für nicht nachweisbare Sonderausgaben der freiberuflich Tätigen gewandt. Der Freibetrag war für die Jahre 1953 und 1954 nach einem Beschluß des Bundestages aus wohlwollenden Gründen eingeräumt worden. Die südwestdeutsche Ärzteschaft hat mit Erstaunen davon Kenntnis genommen, daß diese Bestimmung gestrichen werden soll. Sie hofft, daß in diesem Punkte der Bundesrat in seiner Plenarsitzung am 3. Dezember vom Beschluß seines Finanzausschusses abrückt und darüber hinaus auch für die Ärzte die Umsatzsteuerbefreiung für umsatzsteuerpflichtige Einnahmen bis zu DM 12 000,— eintritt, wie sie für eine Reihe anderer freier Berufe vorgesehen ist. Ärztliche Tätigkeit ist keine Ware wie sie von der Umsatzsteuergesetzgebung beschrieben wird.

Kurznachrichten

Dürfen Ehemänner ihren Frauen Blut spenden?

Es erscheint naheliegend und als eine „selbstverständliche Pflicht“ in Notfällen, daß der Ehemann sich bereit erklärt, seiner verletzten Frau Blut zu spenden. Das Bundesgesundheitsamt weist jedoch darauf hin, daß wegen der Gefahr einer Erythroblastose bei Frauen im gebärfähigen Alter der Ehemann niemals Blut spenden sollte. DMI

Geschlechtsbestimmung durch mütterlichen Speichel

Immer wieder hört man von neuen Methoden, mit denen angeblich eine Vorausbestimmung des Geschlechts ungeborener Kinder möglich sein soll. Nach einem von den Forschern Rapp und Richardson entwickelten Verfahren soll zum Beispiel der Speichel der schwangeren Frau im 6. oder 7. Monat nur dann positiv reagieren, wenn später ein Knabe geboren wurde, der negative Ausfall zeige die Geburt eines Mädchens an. Die Behauptung, dieser Test sei zu 97,3% zuverlässig, wurde jedoch inzwischen durch Nachuntersuchungen an verschiedenen deutschen und amerikanischen Kliniken widerlegt. Das Haarlem Hospital in New York gibt die Genauigkeitsquote nur mit 62,5% an. Die Frauenklinik Hamburg-Altona sieht auch in der Methode selbst Möglichkeiten für Fehlerquellen und hält das Verfahren für den klinischen Gebrauch ungeeignet. Die Hoffnung auf eine Vorausbestimmung „Bub oder Mädel?“ ist also wieder enttäuscht worden. DMI

Beseitigung von Pigmentmälern ist nicht ungefährlich

Pigmentmäler — vor allem, wenn es sich um größere erst im Erwachsenenalter auftretende Herde in der Haut handelt — darf man auf keinen Fall — etwa aus kosmetischen Gründen — selbst zu entfernen versuchen. Besonders, wenn sie sich weiterentwickeln, sollte man einen erfahrenen Chirurgen

bzw. Facharzt für Hautkrankheiten aufsuchen, um sich eingehend beraten zu lassen. Durch unzureichende Untersuchung wird sonst eventuell übersehen, daß es sich mitunter um eine bösartige Geschwulst handeln kann, die sorgfältiger und fachgerechter Behandlung bedarf. In vielen anderen Fällen wird der Arzt aber dazu raten, die Pigmentmäler so zu belassen wie sie sind. Sitzen sie jedoch an Körperstellen, die dauernden Reizen ausgesetzt sind (z. B. Kragenrand, Hosenband, unter Hosenträgern, Bartgegend, Füße), so ist ihnen, wie Prof. Dr. W. Krantz, Schwalenberg/Lippe, mitteilt, der sich mit diesem Fragenbereich in der Zeitschrift „Der Landarzt“ eingehend befaßte, besondere Aufmerksamkeit zu widmen. DMI

Kann man sich bei schlechter Beleuchtung die Augen verderben?

Zu dieser oft gestellten Frage vertritt jetzt der Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn, Prof. Dr. J. K. Müller, in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift die Ansicht, daß durch mangelhafte Beleuchtung den Augen selbst kein Schaden zugefügt würde. Jedoch sei eine genügende Beleuchtung bei der Nahearbeit in jedem Fall dringend erwünscht, denn die Benützung der Augen bei schlechten Sichtverhältnissen führe zu einer Überbeanspruchung des gesamten Nervensystems. DMI

Bundesminister Dr. h. c. Lübke:

„In 3—5 Jahren tbc-freier Viehbestand“

Die Befreiung des deutschen Rinderbestandes von der Tuberkulose ist in sehr gutem Fortschreiten, erklärte Bundesernährungsminister Dr. h. c. Lübke in der Fragestunde des Bundestages vom 23. September dieses Jahres. Nach seiner Mitteilung kann vielleicht schon im Jahre 1955/56 die gesamte Trinkmilch für die Schulen und für die Bevölkerung

tbc-frei geliefert werden. Im großen und ganzen würde für das gesamte deutsche Bundesgebiet mit einem Zeitraum von etwa 3 bis 5 Jahren gerechnet werden müssen. DMI

Interview mit 108 Dicken

Amerikanische Ärzte befragten kürzlich 108 besonders korpulente Menschen danach, wie sie sich selbst ihre Fettleibigkeit erklärten. 50 % der Befragten gaben ohne weiteres zu, daß der Grund für ihre Fettsucht in übermäßigem Essen bestünde. Weitere 15 %, die in erster Linie andere Ursachen anführten, gaben — im Gegensatz zu früheren Befragungen — ebenfalls offen zu, daß sie zuviel aßen. 18 % sahen Drüsenstörungen, durchgemachte Schwangerschaft, Wechseljahre und Erbanlage als Ursache für ihren „vollschlanken“ Habitus an. DMI

Echte Butter oder Margarine?

Zu dieser viel erörterten Frage äußerte sich jetzt Prof. Dr. Kühnau vom Physiologisch-Chemischen Institut der Universität Hamburg in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift wie folgt:

Der Genuß von Butter ist zur Erhaltung voller Gesundheit nicht erforderlich. Alle Bestandteile der Butter, sowohl die energispensenden Neutralfette wie die fettlöslichen Vitamine und Provitamine können auch mit anderen Nahrungsmitteln zugeführt werden, ebenso wie die Butter als Hilfsmittel beim Braten und Backen durch andere Fette vertretbar ist. Die zeitweise vertretene Ansicht, daß gewisse nur in der Butter, aber nicht in anderen Fetten vorkommende Fettsäuren unentbehrliche Wachstumsfaktoren seien, hat sich nicht aufrecht erhalten lassen. Margarine guter Qualität, wie sie heute in verschiedenen Marken angeboten wird, ist sowohl als Fett wie als Vitaminträger der echten Butter gleichwertig und völlig unschädlich. DMI

Buchbesprechungen

Dr. med. Haferkamp: „Naturheilverfahren“, Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1953. 256 Seiten, 38 Abb., Preis: brosch. DM 12,50.

Einführung und Fortbildung lautet der Untertitel. Das war nicht nur die Bestimmung des Kurses, auf dem die 48 dargestellten Vorträge gehalten wurden, sondern kennzeichnet im übertragenen Sinne auch das Buch. Als Einführung kommen grundsätzliche Auffassung des Naturheilverfahrens in Brauchle: Leitlinien naturheilkundlicher Einstellung und Behandlung, Malten: Der Naturbegriff des Naturheilverfahrens, zum Ausdruck. Weiter werden einige Kapitel des — man muß heute schon schreiben — „klassischen“ Naturheilverfahrens dargestellt, das Fasten in Heun: Psychologische Grundlagen des Fastens, Buchinger: Zur Technik der Heilfastenkur, Bewegung und Massage in Kohlrausch: Bewegungstherapie des chronischen Rheumatismus, Storck: Einfluß der Massage auf den Rheumatismus, Wärme/Kälte in Groh: Anwendung und Wirkung der Sauna, Hautreiz in Bachmann: Die Schröpfkopf-Behandlung, Scharfbillig: Kantharidenblasenbehandlung, und Psychotherapie in Germer: Entspannung durch suggestive Gruppentherapie. Spezielle Krankenbehandlung in Malten: Angina pectoris / Neue Wege der Behandlung, und derselbe: Naturheilverfahren bei Diabetes, runden die Einführung in das Naturheilverfahren ab.

Die Fortentwicklung ist dadurch gekennzeichnet, daß durch den gegenwärtigen Wandel der sich ebenfalls weiterentwickelnden Lehrmedizin allenthalben wieder Berührungspunkte mit dem Naturheilverfahren entstehen. Dies wird in einer Reihe von Vorträgen aufgezeigt, teils allgemein u. a. von Grote: Anpassung der Therapie an das Lebensalter, Pfannenstiel: Über die unspezifische Reiztherapie, Heiß: Neuere Gesichtspunkte für eine Therapie durch Leibesübungen, teils in spezieller Krankenbehandlung u. a. Hauberisser: Naturgemäße Unterstützungsbehandlungen bei Krebskranken, Scholten: Fettsucht im Kindesalter, Mommsen: Das nervöse Kind, Haferkamp: Die Behandlung der Zervikal-Migräne, Völler: Ganzheitsbehandlung des Parkinsonismus.

Als Grenzgebiete des Naturheilverfahrens finden eingehende Würdigung die Homöopathie, psychosomatische Medizin, Phytotherapie (u. a. eingehend die Plenosolbehand-

lung), Segmenttherapie, Chiropraktik und Akupunktur. Das Buch gibt einen Überblick über das Naturheilverfahren, die Tendenzen seiner Weiterentwicklung und die Möglichkeiten, es in die Therapie speziell des praktischen Arztes einzufügen. Dr. Schlevogt

J. H. Schultz: „Organstörungen und Perversionen im Liebesleben“, Ernst Reinhardt Verlag, 1952, 270 Seiten, Preis: DM 9,50.

Es entspricht einem lange gehegten Wunsch seiner Kollegen und Schüler, wenn J. H. Schultz aus dem großen Erfahrungsgut seiner Praxis und Lehrtätigkeit die Ergebnisse seiner psychotherapeutischen Beschäftigung mit den funktionellen Störungen des sexuellen Vollzugs und den geschlechtlichen Triebabweichungen nunmehr zusammenfassend veröffentlicht hat. Wenn auch nicht in der erwarteten fachlichen Form, so doch mit einer Vielzahl eindrucksvoller Krankenberichte ausgestattet und mit kritischer Würdigung der seinen Themen zugehörigen Theorien hat Sch. die soziale und individuelle Bedeutung, die Entstehung, Behandlung und Verhütung jener Leiden in halbpopulärer Darstellung einer breiteren Leserschaft nahegebracht. Der Arzt, der während des medizinischen Studiums und seiner nachfolgenden Ausbildung, wie auch in den durchschnittlichen Periodika seines Fachs allzuwenig über die von Sch. beschriebenen pathologischen Vorgänge unterrichtet wird, ist in jenen größeren Interessentenkreis einbezogen. Wir sahen ferner das Buch gerne in den Händen von Juristen und Pädagogen, und es vermag darüber hinaus Männern und Frauen, die selbst an Hemmungen oder abwegigen Reaktionen ihres generativen Erlebens krank, zu sachlicher Information zu dienen, welche zur psychotherapeutischen Behandlung zu ermutigen vermag.

Verwahrung muß lediglich eingelegt werden gegen den Fehlgebrauch, welcher in Titel und Abschnittsweise von dem Begriff „Liebesleben“ gemacht worden ist. (Hat ihn der Verlag um des zu werbenden „recht weiten Kreises verantwortungsbewußter Leser“ willen dem Verf. abgenötigt?) Wohl ist in der Entstehungsgeschichte der geschilderten Störungen und Abirrungen durchweg ein tragischer Mangel an Eltern-, Kindes-, Geschwister- und Gattenliebe zu ersehen und weiterhin bleibt es das eigentliche Ziel der Behandlung, den neurotischen Menschen zu der ihm fehlenden Liebes-

fähigkeit zu erwecken. Die Ebene aber, auf welcher die sexuellen Funktionsausfälle und die Perversionen sich abspielen, ist nicht das Liebes-, sondern das Geschlechtsleben sensu proprio, und wesentlich hiervon ist der Inhalt des vorliegenden Buches bestimmt.

Dr. Gollner

J. H. S c h u l t z : „**Psychotherapie**“, Leben und Wirken großer Ärzte, Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie, Stuttgart, 180 Seiten, Preis: Gzln. DM 14,80.

Die Fülle von Neuerscheinungen auf dem Gebiet der medizinischen Psychologie und Psychotherapie, die selbst vom unmittelbar Interessierten kaum mehr bewältigt werden kann, wies dennoch bisher eine Lücke auf, welche nunmehr durch Schultz' wissenschaftsgeschichtliche Arbeit in sehr glücklicher Weise geschlossen ist. Liegen doch die biographischen Leistungsdarstellungen, die den Altmeistern der seelischen Heilkunde in deutscher Sprache gewidmet waren, um mehr als zwei Jahrzehnte zurück und ihre Berichterstattung bewegte sich fast nur in überschwenglichen oder in schroff ablehnenden Formen. Mit der zunehmenden zeitlichen Entfernung vom früheren Streit der fachlichen Meinungen wuchs aber das Bedürfnis nach einer überschauenden Klärung all dessen, was sich die Vorkämpfer der Psychotherapie schrittweise erarbeitet hatten, was davon heute Geltung besitzt und was zu weiterer Aufgabenstellung führen kann.

Selbst keiner engeren Schulmeinung verpflichtet, ist Schultz in besonderem Maße dazu befähigt, den historischen Werdegang der ärztlichen Bemühungen um jene Leiden zu schildern, die wir heute Neurosen nennen. Er tut dies, indem er mit achtungsvoll wertender Kritik die Entwicklung und Wirkung der einzelnen Forscherpersönlichkeiten beschreibt, wie sie von der Wende des 18. zum 19. Jahrhundert bis heute hervorgetreten sind. Dem Leser wird damit zugleich eine genetische Einführung in das Gebiet der Tiefenpsychologie geboten, die auf das angelegentlichste empfohlen sei.

Dr. Gollner

Statistisches Bundesamt: „**Gesundheitswesen — Statistische Ergebnisse 1952**“. Band 89. 168 Seiten — Din A 4 — Preis: kart. DM 6,—.

Mit Band 89 wird die laufende Veröffentlichung von Statistischen Ergebnissen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens fortgesetzt. Die sachliche Gliederung der früheren Quellenschriften ist weitgehend beibehalten worden. Der durch Schaubilder aufgelockerte Textteil enthält Ausführungen über Statistische Ergebnisse des Gesundheitswesens, die bereits in der Monatsschrift „Wirtschaft und Statistik“ oder in den „Statistischen Berichten“ veröffentlicht worden sind. Ein Quellennachweise über Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes und der Statistischen Landesämter schließt sich an.

Im Tabellenteil des Bandes werden die Todesursachen besonders ausführlich behandelt, da ab 1. Januar 1952 das von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagene Internationale Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen angewendet wird.

S i e b e c k, Richard: „**Medizin in Bewegung**“. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 2., verb. Auflage 1953, 496 Seiten, Preis: Gzln. DM 33,—.

Ein wunderbares Buch. Es ist kein eigentliches Lehrbuch, sondern ein „persönliches Bekenntnis“ eines großen Klinikers, in dem er seinen im Lauf seines Lebens erarbeiteten Standpunkt zur inneren Medizin zum Ausdruck bringt. Der Untertitel „Klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe“ kennzeichnet den Zweck des Buches. Wir finden eine umfassende Übersicht über alle Gebiete der Inneren Medizin, in der Siebeck in überzeugender und lebendiger Weise darlegt, daß die Medizin strenge und kritische Wissenschaft sein soll, die aber zugleich im praktischen Leben stehen muß, und wir finden, daß Siebeck immer persönlich Stellung bezieht. Und das macht das Buch so wertvoll. Es kommt aus der Feder eines Arztes, der zu allen Zeiten kritisch und doch aufgeschlossen für alle Neuerungen geblieben ist. Die nun vorliegende 2. Auflage ist auf den neuesten Stand gebracht und auch zum Teil sehr wesentlich umgearbeitet, wobei nur das aufgenommen ist, was bleibenden Wert zu haben verspricht.

Mögen viele Ärzte dieses Buch in die Hand nehmen und bei der Lektüre erkennen, wie ein großer Arzt „klinische Erkenntnisse und ärztliche Aufgabe“ für seine Kranken verbindet.

Dr. Hangleiter

Prof. Dr. B e r t r a m : „**Die Zuckerkrankheit**“, Leitfaden für Studierende und Ärzte. Vollkommen umgestaltete Auflage, 1953, 175 Seiten, 25 Abbildungen und 9 Tabellen, Preis: Ganzleinen DM 19,80.

Bertram hat 1934 erstmals seinen ausgezeichneten „Leitfaden“, wie B. diese übersichtliche Darstellung in bescheidener Weise bezeichnet, veröffentlicht. Inzwischen sind weitere Auflagen erschienen, die 3. 1947, die jetzige (4.) ist in mehreren Kapiteln entsprechend den neuesten Erkenntnissen der medizinischen Forschung umgearbeitet. Es sei besonders auf die Kapitel: Regulationen des Kohlehydratstoffwechsels, Gegenregulations-Diabetes, die pathologische Anatomie und die Insulinbehandlung hingewiesen. Diese Kapitel haben an Klarheit der Darstellung gewonnen. Alles Wichtige ist kurz und prägnant geschrieben, so daß auch der praktische Arzt sich, wenn er sich in die Materie etwas vertieft, leicht über die verschiedenen Formen der Zuckerkrankheit und ihrer Behandlung orientieren kann. Das Buch kann wärmstens empfohlen werden. Wenn sich die Kollegen an die Bertramsche Darstellung halten, dann sind „Diabetesberatungsstellen“, wie sie schon einzelne Länder des Bundesgebietes eingeführt haben, nicht notwendig.

Prof. Dr. Scharpff

Prof. Dr. K. T h i e l e m a n n und Dr. E. T h i e l e m a n n : „**Therapie der Herdkrankungen**“. Carl Hauser Verlag, München, 340 Seiten, Preis: DM 26,—.

Nach der Veröffentlichung „Diagnose von Herdkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Testverfahren“ folgt jetzt der Bericht der 3. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung in Bad Nauheim, April 1953, in dem die Vertreter sämtlicher Fachgebiete ihre Behandlungsmethoden und Erfahrungen bei Herdkrankungen niedergelegt haben. Bei aller Verschiedenheit der einzelnen Behandlungsmethoden ist die Forderung nach Früherkennung und Frühbehandlung gemeinsames Anliegen zur erfolgreichen Abwehr. Die Erkenntnis des Zusammenhangs von Streuherden und Störfeldern mit einem immer noch größer werdenden Gebiet von Krankheiten ist gesichert. Auch die kritische Einstellung zum Herdgeschehen muß ein passives Verhalten vermeiden, um dem erstrebten Ziel der Vorbeugung und Heilung zu dienen. Darum sind die in diesem Buch dargestellten Berichte aus berufenem Mund für jeden Arzt und Zahnarzt von besonderer Bedeutung.

Dr. Gerber

Josef R i e s e - W i e n : „**Gesundheit, Krankheit, Heilung**“. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie, Stuttgart 1953, 177 Seiten, 23 Abb., Preis: DM 7,80.

Erstaunlich, was sich hinter dem anspruchslosen Titel verbirgt! Gestützt auf 30jährige allgemein-ärztliche und chirurgische Erfahrung und auf profunde Kenntnisse der Relationspathologie wird hier meines Erachtens der erste umfassende Versuch geboten, das „Stufengesetz“ Gustav Rickers in der täglichen Sprechstunde zu verwerten. Wächst nicht mit jedem unserer Kongresse das Unbehagen, weil wir unsere Fortschritte mit der fatalen Spezialisierung erkaufen? Mit Recht ist dieses inhaltsreiche, leicht lesbare Buch dem Praktiker gewidmet. Seine Arbeit wird immer wichtiger. Von ihm zuallererst wird die Integration der Lehre und der Kunst erwartet.

An der Haut wie am Augenhintergrund beobachten wir, jederzeit ohne Experiment direkt nachprüfbar, wechselnde Durchblutung und ihre Folgen. Jedes Organ hat seine ihm eigentümliche Strombahn. Otfried Müller sah das Blut der Nagelfalzschnitten an den Zehen im Liegen doppelt, im Stehen achtmal so langsam fließen wie an den Fingern. Immer sind drei gleichrangige „Partner“ im Spiel: das stoffleitende System (Blut- und Lymphstrombahn), das reizleitende System (Nerv) und das Gewebe — Glieder einer Kette, durch untrennbare Relationen verbunden.

Der Arzt kennt die Stadien der Erfrierung, des Dekubitus, des Schnupfens, des Furunkels. Vom Psychischen her sind uns freudige Rötze und Schreckensblässe des Gesichtes vertraut. Stigmatisierte bekommen Quaddeln, Hautblutungen, Schorfe. In seiner „terminalen Strombahn“ faßt Ricker Kapillare, Arteriole und Venula als Funktionseinheit zusammen. Enge und Weite der innervierten Strombahn ändern die Geschwindigkeit des Blutstromes und die unterschiedliche Fortbewegung der Blutzellen in der Mitte des

Stromes oder an seinen Ufern — bis zur Diapedese. Mit steil-Lähmung steht es still. Nicht Ischämie, sondern Stase von gewisser Dauer führt zur Nekrose, so am Sequester des Herzmuskels, am Magenculus. Mit sinkender Erregung aber fließt das Blut schneller im Krankheitsherd, der Eiter wird „serös“, Heilungsströmung führt zur Granulation.

Also soll die Therapie auf flotte Blutströmung und Erregungsänderung zielen, auf Reiz-Entzug, in deduktiver Anwendung des Stufengesetzes! Der freudig erregte Mensch erblüht. Die bläulich schimmernden Unterlider seiner „halonierten“ Augen entleeren ihre subpapillären Venenplexus. Wir gewinnen tieferes Verständnis für Altbewährtes wie Gymnastik, Massage, Atemtraining, Diuretica, Darmbad. Blutentzug wirkt lindernd, durch Hochlagerung des pleumonösen Armes, durch Aderlaß bei der portalen Stauung. Welche Erleichterung vermag die richtige Inzision zu bringen! Immer sind die drei Partner gleichrangig im Spiele. Ermunternder Zuspruch bewirkt Reiz-Entzug, wie die Segment-Blockade. Die Dosis ist wichtiger als das Mittel. Die Bettruhe wird jedoch zur Bett-Krankheit, wenn wir die Blutströmung in die peristatische Hyperämie absinken lassen. Vielen wird neu sein, daß der Verfasser zum zartesten Operieren auch die sparsame Verwendung von Klemme, Ligatur und Umstechung zählt. In den letzten 11 Jahren verlor er bei 33 000 Operationen nur drei schwerkranke, ältere Menschen an Embolie. Antithrombotica kamen gar nicht zur Anwendung!

Aber auch Reizzufuhr kann heilen: Heiße Packungen, Fieberstöße, Überwärmungsbäder. Die im Schüttelfrost ischämische Haut wird rosa und feucht, wenn der Kranke im warmen Bett mit heißem Tee gelabt wird. Zwischen Schonung und Übung liegt der Stein der Weisen. Wer die frappante Wirkung des Benzinumschlags, des blasenziehenden Pflasters, des künstlichen Abszesses erlebt hat, weiß, mit wie geringem Verbrauch von Medikamenten (!) sich manche Krankheit schnell zum Guten wenden läßt. Abgestufte Hautreize vermögen manches „innere“ Leiden erstaunlich zu bessern. Kurzer Schmerz, äußerlich zugeführt, kann langdauernden inneren Schmerz bannen. Prägnant formuliert findet der Leser die Technik des vielerfahrenen Autors beschrieben. Dazu mangelndem Reiz fließt das Blut langsamer, bei Konstriktoren-

ches kluge Wort über Zeitkrankheiten, über vegetative Dystonie, über die psychischen Korrelate der Strombahnenge.

Wer in unserer getriebenen, verworrenen Zeit eine verlässliche therapeutische Grundlehre sucht, ohne „Spezialisierung“, der prüfe selbst diese einfache, logische Anwendung des Rickerschen Stufengesetzes! Der Autor Josef Riese macht es dem Praktiker leicht, sein ärztliches Rüstzeug an einer Lehre zu bereichern, die die Berufenen allzulange ignoriert haben.
Dr. Natorp-Stuttgart

Martius: „Lehrbuch der Gynäkologie“. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 3., neubearb. Auflage, 1953, 414 Seiten, 446 Abb., Preis: Gzln. DM 49,80.

Lobesworte über Lehrbücher von Martius zu schreiben, ist heute schon ein schwieriges Unterfangen, da über diese Bücher bereits so viel Lobenswertes geschrieben ist.

In der vorliegenden 3. Auflage, die von den anderen Büchern von Martius einfach nicht mehr hinwegzudenken ist, sind einige Kapitel wieder neu bearbeitet. Vor allen Dingen wurde der Abschnitt über die neuro-vegetativen Störungen auf den modernsten Stand gebracht. Auch das Kapitel über die Frühdiagnose des Uterus-Carcinoms wurde mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung in den letzten Jahren neu gestaltet. Ebenso wurde der Abschnitt über die Therapie der Genital-Tuberkulose mit der Darstellung der modernen Chemotherapie wertvoll bereichert. Hiermit sind nur die wichtigsten Neuerungen angeführt. Es ist unmöglich, auch die vielen kleinen Änderungen und Hinweise in der 3. Auflage anzuführen, die uns mit den neuesten Errungenschaften vertraut machen. Besonders erwähnenswert ist die klare und immer unmißverständliche Sprache, die man nicht nur an den Büchern, sondern auch an den Reden von Martius so sehr schätzen gelernt hat. Die übersichtliche Anordnung der einzelnen Abschnitte wird es auch den jungen Gynäkologen ohne Schwierigkeit ermöglichen, Zusammenhänge in Diagnose und Therapie der Frauenkrankheiten klar zu erkennen.

Zum Schluß dürfen natürlich die hervorragenden Zeichnungen von Käthe Droyen wieder nicht unerwähnt bleiben.
Dr. Franz

Bekanntmachungen

Kongreßkalender

3.—7. Januar 1955

Fortbildungskurs für prakt. Elektrokardiographie und Funktionselektrokardiographie an der II. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten in Karlsruhe. Anmeldungen an das Sekretariat von Chefarzt Doz. Dr. Dr. Kienle, Karlsruhe, Moltkestr. 18.

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet folgende Fortbildungskurse:

12.—16. Januar 1955

Fortbildungskurs auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik.

23.—27. Februar 1955

Fortbildungskurs für Fachärzte der Kinderheilkunde.

6.—27. März 1955

Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde.

Auskunft, Prospekte und Anmeldung durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstr. 32 g.

Voraussichtliches Jahresprogramm der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Kongreßbüro

Fortbildungskurse für praktische Medizin:

1. Davos 14.—26. März 1955
2. Grado 6.—18. Juni 1955
3. Herbstkurs 5.—17. September 1955 (Ort ist noch nicht genannt)

Ärztliche Studienreisen:

1. Ägypten 5.—24. Februar 1955
2. Indien November 1955

Kongreßreisen:

1. Japan 24. März bis 22. April 1955 zum 14. japanisch-medizinischen Kongreß
2. Griechenland April 1955 zum internationalen Urologen-Kongreß.

Vorbestellung von Prospekten, die nach Erscheinen zugestellt werden, durch: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Str. 13, Telefon 5 86 31.

Einführungslehrgänge des Deutschen Sportärztebundes in den Wintersport 1955

Leitung: OMR Dr. Friedrich, München.

Kurs A: Einführungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes in den Wintersport — Obergurgl 10.—22. Januar 1955

Kurs B: Fortbildungskurs für Sportärzte — Kransjka gora/Jugoslawien (25 km südlich Villach) 27. Febr.—13. März 1955

Kurs C: Winterhohtourenkurs — Jamtalhütte/Silvrettaget 1.—13. Mai 1955.

Programme und Anmeldungen: Kongreßbüro, Bundesärztehaus, Köln, Brabanter Str. 13.

Die Einziehung von Tetanusseren

wird im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg, Nr. 92, Seite 4, vom 27. November 1954 bekanntgegeben.

Krankenakten der ehemaligen Zentralkliniken in Göppingen

Die Zentralkliniken in Göppingen wurden am 30. September 1953, die Abwicklungsstelle dieses Krankenhauses am 30. September 1954 aufgelöst. Die bei den Zentralkliniken geführten Krankenakten wurden wie folgt abgegeben:

Krankengeschichten von KB-Patienten an das Krankenschreiber des Landesversorgungsamts München, LVA-Patienten an die Heilstätte Schillerhöhe (der LVA Württemberg) Post Gerlingen, Kreis Leonberg, Patienten von Krankenkassen und Selbstzahler an das Kreiskrankenhaus Göppingen.

ÄRZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORD-WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 · Telefon 7 35 51 — 55

Wichtige Bekanntmachung!

Wahlen zu der Vertreter-Versammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg

Die vom Arbeitsministerium Baden-Württemberg am 8. November 1954 genehmigte Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg vom 5. November 1954 ist durch Aushang in der Geschäftsstelle am 15. November 1954 in Kraft getreten (§ 27 WO.). Mit Wahlrundschriften Nr. 1 vom 20. November 1954 wurde sie den Mitgliedern der KV Nord-Württemberg zugesandt. Sie ist außerdem in diesem Heft des Südwestdeutschen Arzteblattes abgedruckt (S. 270).

Auf Grund von § 7 WO. hat der Bezirkswahlausschuß (§ 4 WO.) bestimmt, daß die **Wählerlisten vom 10. bis 19. Dezember 1954** in der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32 (Neubau, Zimmer 18) und bei den Vorsitzenden der Kreisärzteschaften zur **Einsichtnahme aufliegen**. Die Anschriften der Vorsitzenden der Kreisärzteschaften, die zugleich Vorsitzende der Kreiswahlausschüsse und Kreiswahlleiter sind, werden nachstehend bekanntgegeben.

Einsprüche gegen Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Wählerliste müssen spätestens **bis zum 22. Dezember 1954** beim Vorsitzenden des zuständigen Kreiswahlausschusses erhoben werden (§ 7 Ziff. 4 WO.). Es wird dabei auf folgendes besonders aufmerksam gemacht:

1. Die nach Kreisen und nach ordentlichen Mitgliedern (§ 1 Ziff. 1 Abs. 2 WO.) und außerordentlichen Mitgliedern (§ 1 Ziff. 1 Abs. 3 WO.) getrennten Wählerlisten liegen bei den Vorsitzenden der jeweiligen Kreisärzteschaften auf.
2. Einsprüche der ordentlichen Mitglieder sind dem für den jeweiligen Wahlkreis zuständigen Vorsitzenden des Kreiswahlausschusses fristgemäß zuzuleiten (§ 3 Ziff. 2 WO.).
3. Zuständig für die Entgegennahme von Einsprüchen der außerordentlichen Mitglieder ist ausschließlich der Vorsitzende des Kreiswahlausschusses Stuttgart, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32 (§ 3 Ziff. 3 WO.).
4. Die nur für Ersatzkassen, Fürsorge, Bundesversorgung und Postbeamten-Krankenkasse beteiligten Ärzte sind im Sinne der Wahlordnung **außerordentliche Mitglieder**.
5. Ordentliche Mitglieder, die die kassenärztliche Tätigkeit noch nicht am Ort ihrer Zulassung aufgenommen haben, sind in der Wählerliste desjenigen Kreises aufgeführt, in dem der Kassenarztsitz liegt, für den sie zuletzt zugelassen worden sind. Sie sind auch in diesem Wahlkreis wahlberechtigt und wählbar.

Außerdem wird darauf hingewiesen, daß mit dem oben genannten Wahlrundschriften vom 20. November 1954 den

ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern der KV-Nord-Württemberg die Auflegungszeit für die Wählerlisten und die Einspruchsfrist sowie die Anschriften der Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse bekanntgegeben worden sind.

Mit Wahlrundschriften Nr. 2 werden zu gegebener Zeit Wahltag und Wahlvorschläge bekanntgegeben und die Wahlrundschriften übersandt (§ 9 WO.).

Letzter Tag für die Abgabe von Wahlvorschlägen ist der 9. Januar 1955 (§ 8 WO.).

Stuttgart-Degerloch, den 27. November 1954.

Der Bezirkswahlleiter
Prof. Dr. Neuffer

Wahlkreise:

	<i>Anschriften der Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse</i>
1. Aalen	Dr. Benz, Aalen, Friedrichstr. 31
2. Backnang	Dr. Schad, Backnang, Kreiskrankenhaus, Bau III (Stellv. Vorsitzender)
3. Böblingen	Dr. Bissinger, Sindelfingen, Wilhelm-Hörmann-Str. 5
4. Crailsheim	Dr. Kühner jr., Schrozberg, Neukreut 264
5. Eßlingen	Dr. Knospe, Eßlingen, Urbanstr. 5
6. Schwäb. Gmünd	Dr. Heim, Schwäb. Gmünd, Pfeiffergäßle 32
7. Göppingen	Dr. Mühlhäuser, Geislingen, Parkstr. 3
8. Schwäb. Hall	Dr. Kuch, Schwäb. Hall, Diakonissenanstalt, Röntgenabteilung
9. Heidenheim	Dr. Clement, Heidenheim, Martinstr. 48
10. Heilbronn	Dr. Spohr, Heilbronn/N., Cäcilienstr. 58
11. Künzelsau	Dr. Pregizer, Künzelsau, Austr. 3
12. Leonberg	Dr. Friedr. Frey, Renningen, Alte Bahnhofstr.
13. Ludwigsburg	Dr. Haege, Ludwigsburg, Wilhelmsplatz 7
14. Mergentheim	Dr. Willert, Mergentheim, Theodor-Klotzbücher-Str. 3
15. Nürtingen	Dr. Oskar Maier, Nürtingen, Marktstr. 17
16. Öhringen	Dr. Leder, Öhringen, Poststr. 71
17. Ulm/D.	Dr. Busch, Ulm/D., Paradiesgasse 5
18. Vaihingen/E.	Dr. Schmitt, Oberderdingen, Amthof 101
19. Waiblingen	Dr. Schwoerer, Waiblingen, Kreiskrankenhaus
20. Stuttgart	Prof. Dr. Reisner, Stgt.-Degerloch, Jahnstr. 32 (Geschäftsstelle der Kreisärzteschaft)



Bronchicum

Elixir · Tropfen · vegetabile ·  NATTERMANN

1,55

1,15

1,55

WAHLORDNUNG der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg

vom 5. November 1954

Abgeordnetenversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg sind aus Wahlen hervorgegangen, die im August 1948 durchgeführt wurden. Die an sich längst fälligen Neuwahlen mußten immer wieder zurückgestellt werden, weil damit zu rechnen war, daß das schon seit einigen Jahren schwebende Gesetz zur Neueregung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen vom Bundestag verabschiedet werden und damit eine Neuwahl notwendig sein würde. Mit Rücksicht auf die außergewöhnlich lange Verzögerung dieses Gesetzes haben Vorstand und Abgeordnetenversammlung bereits im Dezember 1953 beschlossen, mit tunlicher Beschleunigung Neuwahlen durchzuführen. Nach wiederholten Verhandlungen mit dem Arbeitsministerium kann den Mitgliedern der KV Nord-Württemberg nunmehr eine vom Arbeitsministerium genehmigte Wahlordnung vorgelegt werden. Sie wird hiermit veröffentlicht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg gibt sich auf Grund des Beschlusses ihrer Abgeordneten-Versammlung vom 12. Dezember 1953 und der Beschlüsse ihres Vorstandes vom 12. August 1954 und 26. Oktober 1954 für die Wahl ihrer Selbstverwaltungsorgane:

- a) der Vertreterversammlung
- b) des Vorstandes

folgende

Wahlordnung

A. Wahl der Vertreter-Versammlung

§ 1

Wahlberechtigung und Wählbarkeit

1. Wahlberechtigt und wählbar sind die ordentlichen Mitglieder (Gruppe A) und die außerordentlichen Mitglieder (Gruppe B) der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg.
Ordentliche Mitglieder (Gruppe A) sind: Alle zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen und an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte, soweit sich Zulassung oder Beteiligung auf die Pflichtkrankenkassen (Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) bezieht.
Außerordentliche Mitglieder (Gruppe B) sind: Alle im Arztregister für Nord-Württemberg eingetragenen, zu den Pflichtkrankenkassen nicht zugelassenen Ärzte, die in Nord-Württemberg wohnen oder niedergelassen sind.
2. Nicht wahlberechtigt und nicht wählbar sind Mitglieder, die — abgesehen von den Fällen der §§ 24 ff. der Zulassungsordnung für Ärzte vom 26. November 1953 (Ruhe der Zulassung) — vorübergehend die kassenärztliche Tätigkeit nicht ausüben dürfen.
3. Ordentliche und außerordentliche Mitglieder besitzen Wahlrecht und Wählbarkeit jeweils in ihrer Gruppe.

§ 2

Wahlgebiet und seine Gliederung

1. Wahlbezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg ist der Regierungsbezirk Nord-Württemberg.
2. Für die Wahl der ordentlichen Mitglieder wird der Wahlbezirk in folgende Wahlkreise mit den dabei angegebenen Wahlorten eingeteilt:

Wahlkreis 1: Aalen	Wahlort: Aalen
Wahlkreis 2: Backnang	Wahlort: Backnang
Wahlkreis 3: Böblingen	Wahlort: Sindelfingen
Wahlkreis 4: Crailsheim	Wahlort: Schrozberg
Wahlkreis 5: Eßlingen	Wahlort: Eßlingen
Wahlkreis 6: Schwäb. Gmünd	Wahlort: Schwäb. Gmünd
Wahlkreis 7: Göppingen	Wahlort: Geislingen
Wahlkreis 8: Schwäb. Hall	Wahlort: Schwäb. Hall
Wahlkreis 9: Heidenheim	Wahlort: Heidenheim
Wahlkreis 10: Heilbronn	Wahlort: Heilbronn

Wahlkreis 11: Künzelsau	Wahlort: Künzelsau
Wahlkreis 12: Leonberg	Wahlort: Renningen
Wahlkreis 13: Ludwigsburg	Wahlort: Ludwigsburg
Wahlkreis 14: Mergentheim	Wahlort: Mergentheim
Wahlkreis 15: Nürtingen	Wahlort: Nürtingen
Wahlkreis 16: Ohringen	Wahlort: Ohringen
Wahlkreis 17: Stuttgart	Wahlort: Stgt.-Degerloch
Wahlkreis 18: Ulm	Wahlort: Ulm
Wahlkreis 19: Vaihingen/E.	Wahlort: Oberderdingen
Wahlkreis 20: Waiblingen	Wahlort: Waiblingen

Der Wahlkreis deckt sich räumlich mit dem Bereich der jeweiligen Kreisärzteschaft.

3. Für die Wahl der außerordentlichen Mitglieder ist der Wahlbezirk gleichzeitig Wahlkreis.

§ 3

Wahlausschüsse

Zur Durchführung und Überwachung der Wahl werden gebildet:

1. Ein Bezirks-Wahlausschuß am Sitz der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, zuständig für die Wahlen der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder;
2. für die Wahl der ordentlichen Mitglieder in jedem Wahlkreis ein Kreis-Wahlausschuß.
3. Für die Wahl der außerordentlichen Mitglieder ist der für die Wahl der ordentlichen Mitglieder zuständige Kreiswahlausschuß Stuttgart zuständiger Kreiswahlausschuß.

§ 4

Bezirkswahlausschuß

1. Der Bezirkswahlausschuß besteht aus dem derzeitigen 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg als Bezirkswahlleiter und Vorsitzendem und vier von ihm aus der Zahl der wahlberechtigten Ärzte zu bestellenden Beisitzern.
2. Drei Beisitzer müssen ordentliche Mitglieder, ein Beisitzer außerordentliches Mitglied sein.

§ 5

Kreiswahlausschüsse

1. Jeder Kreiswahlausschuß besteht aus dem Vorsitzenden der jeweiligen Kreisärzteschaft als Kreiswahlleiter und Vorsitzendem und vier von ihm aus den im Kreise wohnenden wahlberechtigten Ärzten zu bestellenden Beisitzern. Ein Beisitzer des Kreiswahlausschusses soll außerordentliches Mitglied sein; dem Kreiswahlausschuß Stuttgart muß ein außerordentliches Mitglied als Beisitzer angehören.
2. Mitglieder eines Kreiswahlausschusses können nicht gleichzeitig Mitglieder des Bezirkswahlausschusses sein.

§ 6

Zahl der zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner

Für die Vertreterversammlung sind zu wählen:

1. Von den ordentlichen Mitgliedern jedes Wahlkreises sind grundsätzlich für je 50 wahlberechtigte ordentliche Mitglieder eines Kreises 1 Vertreter und 2 Ersatzmänner zu wählen, mindestens aber, ohne Rücksicht auf die Zahl der wahlberechtigten ordentlichen Mitglieder, 1 Vertreter und 2 Ersatzmänner. Bleibt nach Teilung der Zahl der wahlberechtigten ordentlichen Mitglieder im einzelnen Wahlkreis durch 50 ein Rest von mehr als 30, so erhöht sich die Zahl der im Wahlkreis zu Wählenden um einen weiteren Vertreter und zwei Ersatzmänner.
2. Auf die außerordentlichen Mitglieder des gesamten Wahlbezirks entfallen insgesamt 3 Vertreter und 6 Ersatzmänner.

§ 7

Wählerlisten

(Aufstellung, Auflegung und Abschluß)

1. Auf Grund des Arztregisters stellt der Bezirkswahlausschuß je für die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder nach Kreisen getrennte Wählerlisten in zweifacher Fertigung auf.
2. Die Wählerlisten werden zehn Tage lang in der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg und bei den Vorsitzenden der Kreisärzte-

schaften, in Stuttgart in der Geschäftsstelle der Kreisärzteschaft, zur Einsichtnahme aufgelegt.

3. Beginn und Ende der Auflegungszeit werden vom Bezirkswahlausschuß bestimmt und von ihm durch Rundschreiben an alle wahlberechtigten Mitglieder und durch das Südwestdeutsche Ärzteblatt bekanntgegeben.
4. Einsprüche gegen Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Wählerliste müssen spätestens innerhalb von drei Tagen nach Ablauf der Auflegungsfrist beim Vorsitzenden des zuständigen Kreiswahlausschusses erhoben werden.
5. Der Vorsitzende des Kreiswahlausschusses schließt die Listen nach Ablauf der Auflegungsfrist mit einem urkundlichen Vermerk über die erfolgte Auflegung ab und übersendet sie und die etwa eingegangenen Einsprüche mit der Stellungnahme des Kreiswahlausschusses dem Bezirkswahlausschuß. Nach Entscheidung des Bezirkswahlausschusses über Einsprüche und darauf beruhende Berichtigungen werden die Wählerlisten vom Bezirkswahlausschuß abgeschlossen und vom Bezirkswahlleiter beurkundet.
6. Von den abgeschlossenen Wählerlisten wird je eine Fertigung den Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse als Unterlage für die Abstimmung übersandt.

§ 8

Wahlvorschläge

1. Innerhalb von 3 Wochen nach abgeschlossener Auflegung der Wählerlisten können für die Gruppe der ordentlichen Mitglieder beim zuständigen Kreiswahlausschuß Wahlvorschläge eingereicht werden. Die Vorgeslagenen müssen ordentliche Mitglieder aus dem jeweiligen Wahlkreis sein und mit Vor- und Zunamen und Wohnort genau bezeichnet werden. Vorschläge, die diesen Bedingungen entsprechen, sind gültig, wenn sie von mindestens 10 ordentlichen Mitgliedern des Wahlkreises unterschrieben sind.
2. Für die Gruppe der außerordentlichen Mitglieder gilt Entsprechendes. Sie reichen ihre Vorschlagslisten, innerhalb der gleichen Zeit und nach denselben Bedingungen aufgestellt, bei dem für sie zuständigen Kreiswahlausschuß Stuttgart ein.
3. Den Vorschlagslisten sind die schriftlichen Erklärungen der vorgeschlagenen Ärzte, daß sie mit ihrem Vorschlag einverstanden sind, beizufügen.
4. Die Vorschlagslisten sollen für Vertreter und Ersatzmänner je so viel Namen enthalten, wie im jeweiligen Wahlkreis zu wählen sind.

§ 9

Festsetzung des Wahltages

1. Nach Überprüfung der Wahlvorschläge und Feststellung ihrer Ordnungsmäßigkeit durch den Bezirkswahlausschuß beschließt der Bezirkswahlausschuß den Wahltag.
2. Wahltag und Wahlvorschläge sind mindestens 2 Wochen vor dem Wahltag durch Rundschreiben allen wahlberechtigten Mitgliedern beider Gruppen bekanntzugeben. Gleichzeitig sind die Stimmzettel zu versenden und dabei die Zahlen der im jeweiligen Wahlkreis zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner anzugeben.

§ 10

Wahl drucksachen

1. Für die Abgabe der Stimmen werden den Wahlberechtigten
 - Stimmzettel-Vordrucke
 - Stimmzettel-Umschläge und
 - Versand-Umschläge
 zur Verfügung gestellt. Bei Benutzung anderer als der amtlichen Stimmzettel-Vordrucke und Stimmzettel-Umschläge ist die abgegebene Stimme ungültig.
2. Die Stimmzettel-Vordrucke für ordentliche und außerordentliche Mitglieder enthalten im Aufdruck für die zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner je einen besonderen Eintragsraum.
3. Im übrigen sind die Stimmzettel-Vordrucke, Stimmzettel-Umschläge und Versand-Umschläge für ordentliche und außerordentliche Mitglieder durch Aufdruck und Farbe eindeutig zu unterscheiden.

§ 11

Wahlverfahren

1. Die Wahl erfolgt schriftlich in geheimer Form nach den Grundsätzen der Mehrheitswahl.
2. Auf den vom Bezirkswahlausschuß zur Verfügung gestellten Stimmzettelvordrucken sind in den dafür bestimmten Eintragsraum bis zur Höchstzahl der gemäß § 6 Ziff. 1 und 2 jeweils zu wählenden Vertreter und Ersatzmänner die Namen derjenigen wählbaren Ärzte aus dem jeweiligen Wahlkreis einzutragen, denen der Wahlberechtigte seine Stimme geben will, und zwar
 - in den Eintragsraum 1 für Vertreter und
 - in den Eintragsraum 2 für Ersatzmänner.
3. Der Wahlberechtigte ist bei Abgabe seiner Stimme an die bekanntgegebenen Wahlvorschläge nicht gebunden; er kann auch anderen wählbaren Ärzten seines Wahlkreises seine Stimme geben.
4. Die Eintragungen müssen so sein, daß über die Person, der die Stimme gegeben wird, keine Zweifel bestehen.
5. Der ausgefüllte Stimmzettel ist in den dafür vorgesehenen Stimmzettel-Umschlag zu legen, dieser ist zu verschließen und in dem verschlossenen Versand-Umschlag mit Absenderangabe durch Post oder Boten an die für den Empfang zuständige Stelle zu schicken.
6. Weder auf dem Stimmzettel noch auf dem Stimmzettel-Umschlag dürfen Absenderangaben und sonstige Vermerke angebracht werden. Der Stimmzettel-Umschlag darf nur den amtlichen Stimmzettel enthalten.
7. Die Stimmbriefe gelten als rechtzeitig abgegeben, wenn sie am Wahltag spätestens um 18 Uhr an der im Wahlrundschriften mitgeteilten Stelle eingetroffen sind.

§ 12

Feststellung des Wahlergebnisses

1. In den Wahlkreisen wird das Wahlergebnis durch die Kreiswahlausschüsse festgestellt. Dabei sind nur die rechtzeitig eingegangenen Stimmbriefe zu berücksichtigen.
2. In der Sitzung des Kreiswahlausschusses, die am Wahltag nach 18 Uhr stattfindet, entnimmt der Kreiswahlleiter oder ein damit beauftragter Beisitzer des Kreiswahlausschusses die Stimmzettel-Umschläge den äußeren Versand-Umschlägen, nachdem die Wahlberechtigung des auf dem äußeren Umschlag vermerkten Absenders geprüft und die erfolgte Stimmabgabe in der Wählerliste vermerkt worden ist. Die verschlossenen Stimmzettel-Umschläge werden alsdann in die Wahlurne gelegt.
3. Danach werden die Stimmzettel-Umschläge der Wahlurne entnommen, geöffnet und die Eintragungen auf den Stimmzetteln nach Prüfung in Zähl- und Gegenzähllisten festgehalten. Nach Abschluß und Abstimmung beider Listen wird das Wahlergebnis ermittelt.
4. Ungültig sind die Stimmzettel,
 - a) die sich nicht in dem vorgeschriebenen Stimmzettel-Umschlag befinden,
 - b) bei denen Zweifel über die benannte Person bestehen,
 - c) bei denen das Wahlgeheimnis nicht gewahrt ist,
 - d) Liegen mehr als 1 Stimmzettel in einem Stimmzettel-Umschlag, so sind, wenn alle gleich lauten, die überschüssigen, andernfalls alle ungültig.
5. Als Vertreter sind diejenigen wählbaren Ärzte gewählt, die durch Eintragung ihrer Namen in dem für Vertreter vorgesehenen Eintragsraum des Stimmzettels die meisten Stimmen erhalten haben, und zwar in der Reihenfolge der Stimmzahlen.
6. Als Ersatzmänner sind die wählbaren Ärzte gewählt, die — von den als Vertreter gewählten abgesehen — die meisten Stimmen als Vertreter und Ersatzmann zusammen erhalten haben.
7. Bei Stimmgleichheit entscheidet das vom Kreiswahlleiter gezogene Los.

§ 13

Wahl niederschrift

Über jede Sitzung des Kreiswahlausschusses ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Kreiswahlleiter und den Beisitzern des Kreiswahlausschusses unterschrieben wird. Die

Wahlniederschrift mit der Feststellung des Wahlergebnisses ist mit der Wählerliste, den gültigen und ungültigen Stimmzetteln und den Stimmzettel-Umschlägen sowie den verspätet eingegangenen, ungeöffneten und mit Eingangsvermerk versehenen Stimmbriefen unverzüglich dem Bezirkswahlleiter zu übersenden.

§ 14

Bekanntmachung des Wahlergebnisses und Benachrichtigung der Gewählten

1. Nach Überprüfung der eingesandten Wahlunterlagen durch den Bezirkswahlprüfungsausschuß und Feststellung des Wahlergebnisses für den Wahlbezirk wird das Wahlergebnis vom Bezirkswahlleiter allen Mitgliedern der KV Nord-Württemberg durch Rundschreiben bekanntgegeben und im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht.
2. Gleichzeitig setzt der Bezirkswahlleiter die Gewählten von ihrer Wahl in Kenntnis unter Hinweis darauf, daß sie zur Annahme und Vernehmung ihres Amtes verpflichtet sind. Einwendungen sind innerhalb einer Woche an den Bezirkswahlleiter zu richten.

§ 15

Wahlanfechtung

1. Einwendungen gegen die Gültigkeit der Wahl können von wahlberechtigten Mitgliedern binnen einer Woche nach der Verkündung des Wahlergebnisses beim Bezirkswahlprüfungsausschuß angebracht werden.
2. Über Einwendungen wird vom Bezirkswahlprüfungsausschuß entschieden.
3. Gegen die Entscheidungen ist binnen einer Ausschlussfrist von einer Woche Beschwerde an das Arbeitsministerium zulässig.

§ 16

Ungültigkeit der Wahl

1. Die Wahl ist in einem Wahlkreis ungültig, wenn wesentliche Vorschriften des Wahlverfahrens unbeachtet geblieben sind, eine nachträgliche Erfüllung dieser Vorschriften nicht möglich ist und nachgewiesen wird, daß durch die Nichtbeachtung von Wahlvorschriften das Ergebnis der Wahl beeinträchtigt wurde.
2. Außerdem ist die Wahl eines Gewählten ungültig, wenn dieser zur Zeit der Wahl nicht wählbar war.

§ 17

Anderungen des Wahlergebnisses

Anderungen des Wahlergebnisses, zu denen eine Entscheidung nach § 15 führt, werden in derselben Weise wie das Wahlergebnis bekanntgemacht.

§ 18

Neuwahl bei Ungültigkeit der Wahl

Wird eine Wahl für ungültig erklärt, so hat eine Neuwahl stattzufinden. Diese ist vom Bezirkswahlprüfungsausschuß innerhalb von 4 Wochen auszuschreiben.

B. Einberufung der Vertreterversammlung und Wahl des Vorstandes

§ 19

Zusammentreten der Vertreterversammlung

1. Spätestens 1 Monat nach Feststellung des Wahlergebnisses beruft der Bezirkswahlprüfungsausschuß die Vertreterversammlung ein.
2. Den Vorsitz bei der 1. Sitzung führt bis zur Wahl des 1. Vorsitzenden der älteste unter den gewählten Vertretern.

§ 20

Zahl der Vorstandsmitglieder

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg besteht aus dem 1. und dem 2. Vorsitzenden und 5 weiteren Vorstandsmitgliedern.

§ 21

Wahl der Vorsitzenden der Vereinigung

1. Der erste und der zweite Vorsitzende werden auf Grund von Wahlvorschlägen aus der Vertreterversammlung, die von mindestens 10 Vertretern unterstützt sein müssen, in

geheimer Wahl, und zwar in getrennten Wahlgängen mit absoluter Stimmenmehrheit gewählt.

2. Beide Vorsitzende müssen ordentliche Mitglieder der Vereinigung sein und der Vertreterversammlung angehören.
3. Erfolgt im ersten Wahlgang keine Entscheidung, so findet in geheimer Wahl eine Stichwahl zwischen den Ärzten statt, die die meisten Stimmen erhalten haben.
4. Bei Stimmengleichheit im zweiten Wahlgang entscheidet das Los.

§ 22

Wahl der übrigen Vorstandsmitglieder

1. Vier weitere Vorstandsmitglieder müssen ordentliche Mitglieder der Vereinigung sein. Ihre Wahl erfolgt auf Grund von Wahlvorschlägen aus der Vertreterversammlung mit einfacher Mehrheit in einem besonderen geheimen Wahlgang. Gewählt sind diejenigen Vertreter, welche die höchsten Stimmzahlen auf sich vereinigen.
2. Ein weiteres Mitglied des Vorstandes muß der Gruppe der außerordentlichen Mitglieder der Vereinigung angehören. Es wird auf Grund von Vorschlägen dieser Gruppe in der Vertreterversammlung mit einfacher Mehrheit in einem besonderen geheimen Wahlgang gewählt. Gewählt ist derjenige Vertreter, der die höchste Stimmzahl auf sich vereinigt.
3. Bei Stimmengleichheit findet erforderlichenfalls eine Stichwahl statt. Bei Stimmengleichheit im zweiten Wahlgang entscheidet das Los.

§ 23

Ersatzwahl

Beim Ausscheiden eines Vorstandsmitgliedes findet eine Ersatzwahl nach den Bestimmungen des § 21 oder 22 dieser Wahlordnung statt.

Schlußbestimmungen

§ 24

Aufbewahrung der Wahlakten

Die Wahlakten bleiben beim Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, der sie bis zum Beginn der nächsten Wahlperiode aufzubewahren hat.

§ 25

Wahlperiode

Die Wahlperiode beginnt mit der Feststellung des Wahlergebnisses durch den Bezirkswahlprüfungsausschuß. Ihre Dauer wird durch die neugewählte Vertreterversammlung bestimmt. Die Wahlperiode kann längstens 4 Jahre dauern.

§ 26

Gültigkeit der Wahlordnung

1. Diese Wahlordnung gilt für die konstituierende Wahl der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg.
2. Die endgültige Wahlordnung wird von der Vertreterversammlung beschlossen.

§ 27

Inkrafttreten der Wahlordnung

Diese Wahlordnung tritt mit ihrem Aushang in der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg in Stuttgart-Degerloch in Kraft. Sie wird innerhalb einer Woche nach Inkrafttreten den Kreiswahlleitern zugestellt und den Mitgliedern durch Rundschreiben bekanntgegeben.

Stuttgart-Degerloch, den 5. November 1954

Kassenärztliche Vereinigung
Nord-Württemberg
gez.: Prof. Dr. Neuffer
1. Vorsitzender

Nr. 4461. 3. 2/54

Die vorstehende Satzung wird hiermit genehmigt.
Stuttgart, den 8. November 1954.

Arbeitsministerium Baden-Württemberg
i. A. gez.: Kissel

Ausschreibung von Kassenarztstellen (7/54)

Der Zulassungsausschuß für die kassenärztliche Tätigkeit im Regierungsbezirk Nord-Württemberg gibt bekannt, daß in den nachstehend genannten Orten folgende Kassenarztstellen zu besetzen sind:

Sulzbach/Kocher Kreis Backnang	prakt. Arzt
Eglingen Kreis Heidenheim	prakt. Arzt
Leonberg-Eltingen Kreis Leonberg	prakt. Arzt
Ludwigsburg Kreis Ludwigsburg	prakt. Arzt
Stuttgart-W	Facharzt für Kinderkrankheiten
Stuttgart-Möhringen	prakt. Arzt

Um diese ausgeschriebenen Kassenarztstellen kann sich jeder in ein Arztregister des Landes Baden-Württemberg eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als drei dieser ausgeschriebenen Kassenarztstellen ist unzulässig.

Voraussetzung für die Zulassung eines Arztes ist die Erfüllung der Vorbereitungszeit nach Maßgabe des § 16 Abs. 1 der Zulassungsordnung vom 26. November 1953 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg Seite 199).

Vordrucke für die Bewerbungen können bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, angefordert werden. Urkunden oder beglaubigte Abschriften sind nach § 12 der Zulassungsordnung beizufügen, soweit sie nicht von früheren Bewerbungen bei der Geschäftsstelle noch vorliegen. Bei der Bewerbung ist anzugeben, für welche der ausgeschriebenen Stellen die Zulassung beantragt wird, ebenso ist die Nummer der ausgeschriebenen Stelle neben der Ortsbezeichnung zu vermerken.

Spätheimkehrer müssen eine beglaubigte Abschrift des Entlassungsscheines, Vertriebene und Flüchtlinge ihren Ausweis (§ 15 des BVFG) in beglaubigter Abschrift und Schwerbeschädigte einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

Nach § 35 der Zulassungsordnung geht der Beschlußfassung des Zulassungsausschusses eine mündliche Verhandlung voraus. Zu dieser werden die Beteiligten spätestens eine Woche vorher durch eingeschriebenen Brief geladen. Gleichzeitig mit der Bewerbung muß eine Gebühr von DM 10.— unter dem Vermerk „Bewerbungsgebühr für 7/54“ auf das Postscheckkonto Stuttgart Nr. 5006 der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg eingezahlt werden. Bei einer gleichzeitigen Bewerbung um mehrere Stellen ist diese Gebühr für jeden einzelnen Antrag zu entrichten.

Die Bewerbungen sind in doppelter Fertigung bis spätestens 10. Januar 1955 bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Ärztehaus, einzureichen.

Stuttgart, den 10. Dezember 1954

Der Zulassungsausschuß
für die kassenärztliche Tätigkeit
im Regierungsbezirk Nord-Württemberg

Bericht

über die 111. Sitzung des Vorstandes der KV Nord-Württemberg am 26. Oktober 1954 (19.15—23.45 Uhr)

1. Dr. Benz berichtet über die Beschlüsse des Zulassungsausschusses. Hierzu wird im einzelnen Stellung genommen.

2. Die Bearbeitung der Zulassungsanträge bei den Kreisärzteschaften soll so bleiben wie bisher.

3. Beratung zahlreicher Anträge auf Errichtung weiterer Kassenarztsitze.

4. Anträge auf Genehmigung von Vertretern und Assistenten.

5. Zulassungsordnung und Witwenvierteljahr nach dem Ableben von Kassenärzten: Der Vorstand würde es zur Vermeidung von Härten begrüßen, wenn die bisherige Übung weiter beibehalten werden könnte.

6. Der Entwurf der KV-Wahlordnung ist vom Arbeitsministerium mit Ergänzungsvorschlägen zurückgekehrt worden. Stellungnahme hierzu; teilweise Zustimmung, teilweise Abänderungswünsche. — Nochmalige Vorlage beim Arbeitsministerium. Dr. Hämmerle

Bericht

über die 112. Sitzung des Vorstandes der KV Nord-Württemberg am 2. November 1954 (19—23.45 Uhr)

1. Dr. Schwoerer und Dr. Knospe berichten über die KV-Arbeitstagung in Bad Kissingen. Erörtert wurden u. a. Probleme der Kentnerversicherung und der Beziehungen zu den Berufsgenossenschaften.

2. Sportklinik Prof. Dr. Heiss, Bad Cannstatt: Die Krankenkassen haben sich bereit erklärt, für dort aufgenommene Sportverletzte den vollen Verpflegungssatz zu gewähren. In diesem ist das ärztliche Honorar mitenthalten. — Neuerdings vorgebrachten Wünschen, die Klinik als Belegkrankenhaus anzuerkennen, kann nicht zugestimmt werden; in dem von Kassenseite hierher bezahlten Pauschale ist kein Betrag zur Honorierung der ärztlichen Leistungen der Sportklinik enthalten. Die KV kann sich über die bestehenden vertraglichen und gesetzlichen Regelungen nicht hinwegsetzen.

3. Ersatzkassen haben auf Grund von Sitzungsberichten des Südwestdeutschen Arzteblattes nähere Auskünfte über einzelne Disziplinarfälle erbeten. — Sofern rechtskräftige Beschlüsse vorliegen in Angelegenheiten, die auch das Ersatzkassenwesen betreffen, bestehen keine Bedenken, solche Auskünfte zu erteilen, wenn ein berechtigtes Interesse der Ersatzkassen vorliegt.

4. Gelegentlich werden von Krankenkassen die zur Abrechnung eingereichten Krankenscheine einzelner Ärzte bei der KV angefordert. Der Vorstand ist der Auffassung, daß derartigen Wünschen in besonders gelagerten Fällen entsprochen werden kann, wo auf seiten der KV ein Interesse an der Klärung gewisser Auffälligkeiten besteht (z. B. ungewöhnliche familienweise Häufung von Krankenscheinen u. ä.).

5. Der Entwurf eines Rundschreibens an die Kassenärzte wegen Durchführung des Geschlechtskrankengesetzes wird gebilligt. — Das nordwürttembergische Zählblatt wurde vom Bundesrat für den ganzen Bund übernommen.

6. Dr. Schwoerer: Sitzung des Beirats beim Arbeitsministerium am 15. Oktober 1954. Beratungsthemen: Vertrauensärztlicher Dienst. — Werksärzte-Forderung nach einem Lehrstuhl für Arbeitsmedizin. — Stellungnahme der Kassenärzte gegen Krankenbehandlung in Werksambulanz. — Jetziger Stand des Regelungsgesetzes. — Organisatorische Gliederung der KV in Baden-Württemberg.

7. Disziplinarangelegenheiten.

8. Die Rechnungsprüfung bei den Ersatzkassen hat zu Beschwerden Veranlassung gegeben, zu deren Sprecher sich Dr. Schwoerer macht. Dr. Speidel und Dr. Weik



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

legen das Verfahren und die Gesichtspunkte des Prüfungsgeschäftes dar und zeigen an Hand von Vergleichen mit anderen Abrechnungsstellen, daß bei uns durchaus im Rahmen des Vertrages verfahren wird. — Einige Kollegen überragen mit ihren diagnostischen Kosten sehr weit den Durchschnitt ihrer Fachgruppe; es sind regelmäßig in jedem Vierteljahr dieselben Kollegen. — Der Beschwerdeausschuß leistet angestrenzte Arbeit und gibt jedem Kollegen ausgiebig Gelegenheit, seine Gründe darzulegen. Im Durchschnitt dauert die Besprechung mit jedem einzelnen Beschwerdeführer ca. 1½ Stunden! Das erklärt die langen Fristen; die Mitglieder des Beschwerdeausschusses stehen selbst in der Praxis und opfern ihre freie Zeit für diese Arbeit. — Der Vorstand gewinnt nach längerer Aussprache den Eindruck, daß den Prüfärzten und dem Beschwerdeausschuß schwierige und verantwortungsvolle Aufgaben obliegen, um deren Erfüllung sich die Kollegen in den Ausschüssen mit Verständnis und Sachkunde bemühen.

9. Die Art der Abrechnung eines Chefarztes sprengt den üblichen Rahmen so sehr, daß ein Vorstandsmitglied gebeten wird, in persönlicher Rücksprache eine Klärung zu versuchen.

10. Dr. Benz berichtet über die Tagung der deutschen Bäderegesellschaft in Bad Ems. Minister Seebohm plädierte dafür, die Ferientermine mehr auseinanderzuziehen, damit in Ferienorten und Verkehrsmitteln die Ferienwelle flacher verlaufe zum Vorteile aller Beteiligten. — Der Vorstand würde eine solche Entwicklung auch vom ärztlichen Standpunkt aus begrüßen.

11. Dr. Benz berichtet über die KV-Arbeitstagung in Bad Salzuflen (Parallelveranstaltung zu Punkt 1).

12. Dr. Hämmerle: Auf Anordnung des Arbeitsministeriums wurde beim Landesversorgungsamt ein Beirat geschaffen. Konstituierende Sitzung am 1. Oktober 1954. — Vertreten sind: Verband der Kriegsbeschädigten, Fürsorgebehörden, Bund der Kriegsblinden, Landesverband der Ortskrankenkassen, Lehrer Verband der OKK, Verband der Heimkehrer, Bund der Hirnverletzten, Kassenärztliche Vereinigung. — Der Beirat hat keine willensbildende Funktion; er soll dem Landesversorgungsamt durch gemeinsame Aussprache über alle anfallenden Probleme seine Arbeit erleichtern zum Vorteile aller Beteiligten und Betreuten. — Das Landesversorgungsamt betreut 582 000 Beschädigte und Hinterbliebene (30. Juni 1954); im Jahre 1953 wurden 312 Millionen DM an Renten ausbezahlt.

13. Disziplinarangelegenheiten.

14. Verschiedenes.

Dr. Hämmerle

Bericht

über die 26. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 9. November 1954 (19—24.15 Uhr)

1. Prof. Dr. Neuffer: Zur Lage. — Ehrendes Gedenken an den verstorbenen Kollegen Dr. Gerhard, Eßlingen, der mehrere Jahre dem Vorstand der Ärztekammer angehört hat. — Der Landeswahlausschuß hat das endgültige Wahlergebnis festgestellt. Die konstituierende Sitzung der Landesärztekammer findet voraussichtlich am 15. Dezember 1954 statt. Sie wird die Satzung für die LÄK zu verabschieden haben. Erst nach Genehmigung der Satzung für die LÄK werden die Bezirksärztekammern konstituiert und die Vorstände gewählt. — Die Wahlordnung der KV ist jetzt in ihrer endgültigen Form vom Arbeitsministerium genehmigt worden. Die Vorbereitungen zur Wahl können beginnen. Die Wahllisten sind aufzustellen, der Bezirkswahlausschuß und Kreiswahlausschüsse zu bilden. Auch wenn alle notwendigen Termine kurzfristig eingehalten werden, kann die Wahl selbst frühestens Ende Januar stattfinden. Für je 50 Wahlberechtigte im Kreis sind 1 Vertreter und 2 Ersatzmänner, mindestens je Kreis aber 1 Vertreter und 2 Ersatzleute zu wählen. Wahlvorschläge müssen mindestens 10 Unterschriften tragen.

2. In einer Kreisärzteschaft sind vertraulich in einer erweiterten Vorstandssitzung besprochene Dinge vorzeitig an die ärztliche Öffentlichkeit getragen worden. Dies hat zu Mißhelligkeiten geführt; die bisherige vertrauensvolle und fruchtbare Zusammenarbeit ist gefährdet. — Dr. Dobler wird beauftragt, als Schlichter sich um eine Beilegung des Konflikts zu bemühen.

3. In letzter Zeit wurden von Kassenseite öffentlich Angaben über die kassenärztlichen Einnahmen gemacht, die ein schiefes Bild ergeben müssen. — Der Kammervorstand und die anwesenden Mitglieder des KV-Vorstandes beauftragen Dr. Benz und Dr. Schwoerer, an einer Besprechung mit dem Vorstand der ebenfalls betroffenen KV-Nordbaden teilzunehmen.

4. Dr. Knospe referiert über die Beschlüsse des Zulassungsausschusses vom 1. September 1954. — Stellungnahme hierzu.

5. Dr. Knospe schlägt vor, wie in den vergangenen Jahren aus dem Fürsorgefonds DM 30 000.— als Winterbeihilfe und DM 50 000.— als Weihnachtsbeihilfe zu verteilen. Der Vorstand stimmt zu. Dr. Hämmerle

Bericht

über die 113. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg am 16. November 1954 (17.20—20.25 Uhr)

Der Vorstand tagte unter Hinzuziehung eines zum Richteramt befähigten Juristen in seiner Eigenschaft als Berufungsinstanz für den Disziplinarausschuß auf Grund von § 8 der Satzung der KVD und der dazu ergangenen Durchführungsvorschriften. Der Beschuldigte, Dr. X, war anwesend und konnte zu allen vorgebrachten Beschuldigungen Stellung nehmen.

Nach eingehender Prüfung und Abwägung aller Umstände kam der Vorstand zu dem Beschluß, die vom Disziplinarausschuß gegen den Arzt ausgesprochene Maßregelung des dauernden Ausschlusses aus der Kassenpraxis aufrechtzuerhalten. Dem Beschuldigten waren schwerwiegende Verstöße gegen die kassenärztlichen Pflichten zum Vorwurf gemacht worden. St.

Württ. Ärztliche Unterstützungskasse

Liste der bei der Württ. Ärztlichen Unterstützungskasse im Monat September 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Dürr, Schw. Hall, 10.— DM; Fischer, Stuttgart-Sonnenberg, 5.— DM; Fritz, Stuttgart, 15.— DM; Glauner, Prof., Stuttgart, 20.— DM; Hezel, Schwieberdingen, 10.— DM; Lindner-Fischer, Stuttgart, 16.50 DM; Medved, Göppingen, 20.— DM; Müller, Sulzdorf a. K., 25.— DM; N. N., 30.— DM; Reuss, Kuchen, 15.— DM; Schütz, Emma, Stuttgart-Bad Cannstatt 100.— DM; Stübler, Stuttgart, 200.— DM; Widenmann, Ellwangen, 10 DM; Gesamtbetrag 476.50 DM.

Liste der im Monat Oktober 1954 eingegangenen Spenden aus dem Bezirk Nordwürttemberg:

Bauer, Nürtingen, 10.— DM; Beckmann, Prof., Stuttgart, 25.— DM; Dürr, Schw. Hall, 10.— DM; Graner, Obermed.Rat, Heilbronn, 15.— DM; Jourdan, Heubach, 20.— DM; Krause, Schw. Gmünd, 10.— DM; Neuffer, Prof., Stuttgart-Degerloch, 100.— DM; Schempp, Prof., Stuttgart, abgelehntes Honorar, 100.— DM; Usadel, Heilbronn, abgelehntes Honorar, 50.— DM; N. N. 2.— DM; Gesamtbetrag 342.— DM.

Herzlichen Dank!

Der Geschäftsführer:
Dr. Scherb

75. Geburtstag

Am 24. November 1954 feierte Herr Dr. med. Alois Anton Schreyer, Ulm, seinen 75. Geburtstag. Der Jubilar stammt aus der Oberpfalz, studierte in München, Würzburg und Erlangen und ließ sich im Jahr 1910 in Ulm nieder. Seither ist er als Facharzt (für innere Medizin, Haut- und Harnleiden) und als praktischer Arzt in Ulm tätig. In 43 Jahren unermüdlicher ärztlicher Arbeit hat er sich durch seine reiche Erfahrung und durch seine gütige Hilfsbereitschaft, vor allem auch während des zweiten Weltkrieges, großes Ansehen erworben. Kranke halber sah er sich im vergangenen Jahr gezwungen, seine Praxis abzugeben. Herr Dr. Schreyer verbringt jetzt in Ulm seinen Lebensabend in wohlverdienter Ruhe. Unsere herzlichsten Glückwünsche gelten dem Jubilar zu seinem Ehrentag.

Geburtstage

- Am 21. Dezember 1954
Med.Rat Dr. Ernst Haffner, Kirchheim/Teck, 80 Jahre,
Am 4. Januar 1955
Dr. Walter Pfeiffer, Stuttgart-O, 70 Jahre.
Am 8. Januar 1955
Dr. Johann Enders, Ulm/D., 70 Jahre.
Am 11. Januar 1955
Dr. Ernst Kommerell, Stuttgart-N, 70 Jahre.
Wir gratulieren den Jubilaren herzlichst!

Nachruf für Dr. med. Ostermayer, Stuttgart

Am 8. November 1954 wurde ein verdienter, langjähriger Kollege, Herr Dr. med. Ostermayer, zur letzten Ruhe gebettet. Er war der älteste praktizierende Arzt in dem großen Bezirk Stuttgart, wo er sich im Jahre 1898 niederließ und eine umfangreiche Praxis aufgebaut hat. In ihm finden wir das gute Vorbild des bewährten alten guten Hausarztes, den wir heute so oft vermissen müssen. In vielen Familien hat er in dieser Eigenschaft Generationen hindurch die Kranken betreut. Er war ein Arzt, der nur für seine Patienten lebte und ein treuer Helfer in allen Krankheitstagen. Tag und Nacht war er unterwegs, ohne Auto, ohne Straßenbahn, und es war ihm nichts zuviel in der guten Versorgung seiner Patienten. Er war ein bescheidener Arzt und für ihn gab es keinen Unterschied zwischen reich und arm. Oft forderte er gar kein Honorar. Auch bei den wechselvollen sonstigen Kümernissen des

Lebens war er seinen Leuten immer ein treuer Ratgeber, wenn nötig auch mit der Tat.

Neben dieser umfangreichen Tätigkeit fand er auch noch Zeit, in der Landesorganisation mitzuwirken, wo seine reichen Erfahrungen als langjähriger prakt. Arzt zum Besten des Arztstandes dankbar angenommen wurden. Viele Jahre war er Gesellschaftsarzt bei der Allianz. Auch den Kollegen gegenüber hat er immer ein gutes, liebes Wort gefunden. Den jüngeren Kollegen stand er gern als ärztlicher Freund helfend zur Seite und war ihnen immer ein kollegialer Arzt.

Wir alle hoffen, daß er noch für viele Ärzte ein leuchtendes Vorbild sein möchte.

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Weik

Wir trauern um unsere Toten:

- Dr. Kühner, Karl, Schrozberg
geb. 21. 4. 1877, gest. 28. 10. 1954
Dr. Ostermayer, Eduard, Stuttgart
geb. 24. 4. 1867, gest. 4. 11. 1954
Dr. Gerhard, Albrecht, Eßlingen
geb. 13. 10. 1896, gest. 6. 11. 1954
Dr. Espenschied, Robert, Ludwigsburg
geb. 17. 5. 1872, gest. 12. 11. 1954
Dr. Raff, Karl, Eßlingen
geb. 21. 5. 1886, gest. 23. 11. 1954
Dr. Huber, Fritz, Echterdingen
geb. 26. 5. 1886, gest. 27. 11. 1954

ÄRZTEKAMMER 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 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandem Staatsexamen.

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

1. Geburtsurkunde
2. Approbationsurkunde
3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte ärztl. Tätigkeit
4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung eines Facharztes bewirbt
5. Bescheinigung über die Eintragung ins Arztregister
6. Polizeiliches Führungszeugnis
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich, der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung
8. Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang in die Kassenpraxis
9. Eine Erklärung darüber, daß der Bewerber nicht 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 beizufügen, in dem Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben sind.

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

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

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

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Dornstetten, Krs. Freudenstadt prakt. Arzt
Winterlingen, Krs. Balingen prakt. Arzt

Die Bewerbungen für o. a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 5. Januar 1955, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Wilhelmstraße 106, einzureichen.

Cardenion

Convallaria, Crataegus, Khellin, Rutinon

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

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · Pharm. Abt. · HEIDELBERG

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

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

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Wolfach	1 prakt. Arzt
Schwenningen, Kreis Stockach	1 prakt. Arzt

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

Die Bewerbung hat schriftlich bis spätestens 10. Januar 1955 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 gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Nachweis der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland,
3. Bescheinigung über die seit Erteilung der Befugnis ausgeübte ärztliche 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 Land-

vierteljahres 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 626 96, Postscheckamt Karlsruhe, mit dem Vermerk „Zulassung“ zu entrichten. Kassenärztliche Vereinigung Landesstelle Südbaden

Nachruf

Am 23. Oktober 1954 starb unser Kollege Dr. Richard Kurtz aus Rust im Alter von 68 Jahren. Schon einige Jahre war er an einem schweren Leiden erkrankt und trotz dieser körperlichen und seelischen Belastung hat er bis drei Tage vor seinem Tode seine große Landpraxis noch ausgeübt, wie dies allgemein infolge der wirtschaftlichen Lage das Los der praktischen Ärzte ist. Nicht nur durch seine aufopfernde Tätigkeit als Arzt bei seinen Patienten, sondern auch in der ärztlichen Organisation war er eifrig tätig. Sein Rat war gesucht und oft gefragt. Er war lange Zeit Beirat der Bezirksärztekammer Offenburg und bis zu seinem Tode im Ehrensenat der Landesärztekammer Freiburg tätig. Man hörte von ihm stets Worte der Güte, der Klugheit und einer überreichen Erfahrung. Nicht ohne Grund sagte der Sprecher der Bezirksärztekammer an seinem Grabe: „Er war unser aller Hausarzt“. Für alle, die ihn kannten, wird er unvergessen sein.

Die Bezirksärztekammer Offenburg

Abseits

Volks-Medizin

Dank sei der Chemo-Industrie
Für uns're neue rote Liste,
Wir sehen es — sie ruhet nie
Und bleibt — auf des Fortschritts Piste.
D'rum bringt sie auch das „Hallo-Wach“,
Ach — Firmen — eifert dem doch nach,
Wählt Namen für des Volkes Mund
Und gegen den Gedächtnisschwund.
Dann könnt Ihr die Reklame sparen
Und trotzdem im 300 fahren!
„Oh-Schmerz-laß-nach“, treudeutsch und schlicht
Nennt die Tablette für die Gicht.
Als Mittel gegen die Sklerose:
„Kalk ries'le nicht mehr aus der Hose“.
Hast Du Mykosen an dem Bein,
Nimm die Tinktur: „Pilz gehe ein!“
Hast Du im Aug' den grauen Star,
Nimm einfach: „Linse-bleibe-klar!“
Ist Dir vom Gas im Darm nicht wohl,
So wende an: „Bonifu... ol“.
Und „Ar... ozapf“ bei Hämorrhoiden,
So ist dem Hintern Ruh beschieden.
Doch schläfst Du trotzdem manchmal schlecht,
Nimm: „Pst-schlaf-wohl!“, denn das ist recht.
So wird durch sinniges Bemüh'n
Ganz einfach einst die Medizin.
Ein jeder — sei er noch so dumm —
Wird Doktor ohne Studium.

P. Schneller-Pfullingen.

Dieses Heft enthält Prospekte der Firmen Klinge G. m. b. H., München 23, über „Arctuan“; Dr. Hommel's Chem. Werke u. Handelsges. m. b. H., Hamburg 6, über „Hicoseen“; „Atmose Fritzsche & Co., Viernheim/H., über „Bellaserp“; Gedora Arzneimittelabrik, Bad Godesberg, über „Thymodrosin“; Arzneimittelabrik Hüls, Dr. Albin Hense, Hüls bei Krefeld, über „Vipericin-forte-Salbe“; Richard Schöning, Berlin-Marienfelde, über „Solvomix“; Paulaner-Salvator-Thomasbräu A.G., München 9; Helopharm K. G., Arzneimittelabrik, Berlin N 20, über „Heloacid“; C. F. Asche & Co. A. G., Hamburg, über „Endrine, Aludrox, Belladonna-Taurosan, Plantulen“; Bauer & Cie., Düsseldorf, über „Solpyron“ jetzt auch Dragées.

Neue Arzneimittel

CORGUTTIN

Zusammensetzung:

Extr. Crataeg. 20,0, Tinct. Convallar. 10,0,
Tinct. Adon. 10,0, Camphor., Valerian., Rutin.

Pharmakologie:

Durch die Kombination verschiedener herzwirksamer Bestandteile ergeben sich folgende Effekte: Erweiterung der Coronargefäße, Regulierung der Reizbildung, Tonisierung der Herztätigkeit und Erhöhung des Schlagvolumens. Camphora wirkt auf das Vasomotoren- und Atemzentrum, Valeriana beruhigt, Rutin setzt die Permeabilität der Capillaren herab.

Indikationen:

Herzinsuffizienz leichten bis mittleren Grades, Kreislaufschwäche, Altersherz, Vasomotorenschwäche, Herzrhythmusstörungen; prophylaktisch bei fieberhaften Infektionskrankheiten und in der Rekonvaleszenz.

Vorteile:

Rascher Eintritt des Erfolges, keine Kumulationsgefahr.

Dosierung:

Wenn nicht anders verordnet, nehme man 2- bis 3mal täglich 10 bis 20 Tropfen auf Zucker oder in Wasser.

Handelsform und Preise:

Glas 20 ccm DM 1,70 o. U.

Herstellere:

BIKA Chem.-Pharm. Fabrik — Reinhardt & Schwandt, Stuttgart 13.

Betr. „Rosimon“ (Wz.)

Im Novemberheft wurde dieses Präparat besprochen. Durch ein technisches Versehen ist eine falsche Herstellerfirma genannt worden. Das Präparat wird von der Firma RAVENSBURG GmbH., Chemische Fabrik, Konstanz/Bodensee, hergestellt.

FISSAN OEL

Reines pflanzliches Oel

Besonders bewährt
in der Therapie der Ekzeme:
Bei subakuten und
abklingenden Ekzemen
sowie zur Nachbehandlung

Anwendungsgebiet des Oleum Zinci. Die hochfeine Suspension der FISSAN-Grundstoffe in pflanzlichem Oel verbürgt die außerordentliche Reizlosigkeit des Präparates. Die Erfahrungen aus Klinik und Praxis beweisen es immer wieder

- Dose 50 g DM 1.55 o.U.
- Klinikpackung 700 g

FA 13

DEUTSCHE MILCHWERKE ZWINGENBERG-BERGSTR

Für Autofahrt Norwegen-Schweden-Finnland
wird als vierter Reisekamerad
Ärztin gesucht.

Geringe Kosten, da meistens Camping. Bewährte, komfortable Ausrüstung vorhanden. Dauer ca. 6 Wochen
Mittsommer 1955.

Zuschriften erbeten unter Chiffre Nr. 499 a. d. Verlag



• Eine Überraschung für Sie! •

Echte jap. Nerz-Kolliers

4 große Felle (wie Bild)

Kollier nur 185 DM

Auch Sie werden begeistert sein

Fordern Sie noch heute ein Kollier
unverbindlich und franko

4 Tage zur Ansicht

Zahlbar in drei Monatsraten

P. Kayser - Elegante Pelze - Köln

Belfortstr. 13



ILON ABSZESS-SALBE
Neueste Literatur und Muster durch
ILON-FREIBURG-LITTENWEILER/BR

Geburtshilf. Instrumentar, fabrikneu, billig zu verkaufen.
Angeb. u. Chiffre Nr. 498 a. d. Verlag.

Gebr. med. Fachbibliothek, ca. 780 Bücher und Brochüren, zu verk., Standort Stgt., Katalog vorhanden.
Angeb. unter Chiffre Nr. 494 a. d. Verlag.

Chirurg.-orthopäd. Klinik
und Unfallkrankenhaus

Dr. Baumann

Stuttgart O, Alexanderstraße 5
Tel. 240851

Bei Unterfunktionen
der Schilddrüse

• **Thyreohorma**

standardisiertes Schilddrüsenhormon

30 Tabletten DM 2,86 o. U.

HORMONA-GmbH., Düsseldorf-GfBg. 5

Schwangerschaftsschnelldiagnose
(Froschtest), Med. diagn. Institut,
Dr. Albers, Stuttgart 5, Tübinger
Str. 19 b. Tel. 9 21 15.



Garagen und Hallen
ortsfest u. zerlegbar
liefert

J. Fauser-Bodelshausen/Wttbg.

TACHALGAN

i. v. u. i. m.

Labopharma Berlin W. 35

Lumbago, Ischias, Gallenblasenentzündung

3 Ampullen 5 ccm	1,90 DM
10 Tabletten	0,70 DM
20 Tabletten	1,15 DM

Drei Jahrzehnte bewährt



MBK-Neueinführung: Detensocompren

entspannt die Coronargefäße und lindert
Hochdruckbeschwerden

Zusammensetzung:

Theophyllin	45 mg
Erythroltetranitrat	5 mg
Phenyläethylbarbitursäure	30 mg
Rutin	50 mg

20 Compretten DM 1.80 o. U.

E. MERCK AG., DARMSTADT · C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GMBH, MANNHEIM · KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN / RH.

Belladonna-Exclud-Zäpfchen



enthalten nach dem resorptionsfördernden Exclud-Verfahren aufgeschlossene Belladonna-Droge in feinsten Verteilung.

Prompt wirkendes Spasmolytikum und Analgetikum.

INDIKATIONEN:

- Magen- u. Darmspasmen, Tenesmen u. Koliken, spastische Obstipation;
- Bei Spasmus u. Rigidität d. Muttermundes unter der Geburt sowie bei Krampfwehen.

Schachtel mit 6 Zäpfchen DM 1.90 o. U.
Schachtel mit 10 Zäpfchen DM 3.05 o. U.



DR. RUDOLF REISS · CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST
BADEN-BADEN MÜNCHEN

„Wir wollen sein ein einzig Volk von Brüdern...“

Landesbibliothek
Karlsruhe