



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 3

MÜNCHEN, MÄRZ 1951

6. Jahrgang

Besinnung und Einkehr

Von Dr. Gustav Sondermann.

Eine Besinnung über die immer bedrohlicher werdende Lage der Ärzte kann nicht in der Form einer „Geschäftsbilanz“ vollzogen werden, sofern wir uns nicht als „Geschäftsleute“ betrachten, die sich freilich in der Rentabilität ihres einstens gewählten „Geschäftes“ verkalkuliert hatten. Auch kann sie nicht so geschehen, daß wir unsere Probleme als absolut und für sich allein bestehend betrachten, sind sie doch nur ein Teilausschnitt aus der Gesamtkatastrophe, die über Europa gekommen ist und von der wir noch nicht wissen, ob sie ein Finis Europae oder doch nur eine Wandlungsphase bedeutet, aus deren blutigen Stürmen einst ein neues Europa in neuen Formen hervorgeht und damit auch ein neuer Ärztestand.

Gleichgültig, wie nun dessen gewandelte Lebens- und Arbeitsbedingungen sein werden, zwei Fixpunkte werden auch dann wie die Brennpunkte einer Ellipse das ärztliche Denken und Tun bestimmen: Die Existenz des kranken Menschen und die Aufgabe, ihm zu helfen. Da es nicht so ist, als fiele die Form einer neuen Epoche plötzlich und ohne Vorbereitung den Menschen in den Schoß, sondern so, daß das Morgen sich schon in dem Heute vorgestaltet, so tragen wir auch heute schon Verantwortung dafür, wie und unter welchen Bedingungen morgen der Ärztestand dieser seiner Aufgabe nachzukommen vermag — eine Verantwortung, die uns sehr aktuell und praktisch mit unseren jungen Kollegen verbindet. Sie werden sich ja in großer Masse in die Zahl der praktizierenden Ärzte einreihen, und so wird es auch für sie von Wert und Nutzen sein, wenn an der Lage der praktizierenden Ärzte gezeigt wird: wie es nicht sein darf und welche Grundwerte neu gewonnen werden müssen, damit der Arzt wirklich seiner Aufgabe: Kranke zu heilen, gerecht werden kann.

In der Katastrophe der letzten Jahre konnten wir tausendfach das beobachten, was man „sozialen Abrutsch“ nennt: Menschen verlieren Stellung, Rang, Vermögen, Heimat und fristen ein kümmerliches Dasein. Entweder traf sie dies als Angehörige eines Standes, der durch die sozialen oder politischen Umschichtungen ausgemerzt wurde, oder als Angehörige einer politischen Überzeugung oder Institution. Mit solchem Abrutsch war jeweils auch eine Entfernung aus der beruflichen Arbeit und Verantwortung verbunden.

Wenn wir in diesem Zusammenhange das Schicksal unseres Berufes betrachten, so müssen wir uns einerseits gestehen, daß auch bei uns so etwas wie ein „sozialer Abrutsch“ stattgefunden hat, obwohl uns Arbeitslast und Verantwortung nicht nur geblieben, sondern noch in stärkerem Ausmaß zugefallen sind. Aus der Not der Zeit ist uns noch mehr Arbeit zugewachsen, und wegen der fortschrittlichen Wandlung der ärztlichen An-

schauung ist auch die Verantwortlichkeit unseres ärztlichen Handelns bedeutend gestiegen.

Diese im sozialen Geschehen wohl einmalige Entwicklung birgt die Gefahr in sich, daß wir unserer Berufsaufgabe auf die Dauer nicht mehr gerecht zu werden vermögen, weil unter den vulkanischen Eruptionen dieser Zeit eine Gleichgewichtsverschiebung innerhalb der Grundlagen unserer ärztlichen Existenz stattgefunden hat. Die Aufgabe: Kranke zu heilen, ist heute — zumal unter dem Aspekt der psychosomatischen Medizin — mehr denn je nicht ein bloßes Hantieren oder mechanisches Rezepte-Schreiben, sie setzt vielmehr voraus, daß der heilende Mensch, der Arzt, selbst aus einer gesunden, heilen, harmonischen Verfassung heraus zu handeln vermag. Aber wer in aller Welt kann heute bei uns Ärzten solch gesunde, harmonische Verfassung erwarten, wenn er auch nur eine geringe Ahnung hat von den Auswirkungen des sozialen Abrutsches, der unseren Stand betroffen hat?

Die Zeit, die wir für unsere Fortbildung, für unsere innere Vorbereitung auf unser ärztliches Tun brauchten, wird verzehrt von der kümmerlichen Jagd nach den Krankenscheinen, dem ganzen bürokratischen Schreibkram, dem Ärger über unsere eigene Organisation und den unfruchtbaren Auseinandersetzungen über diese Zustände. Dies alles könnte noch als individuelles Schicksal gewertet werden, wenn nicht zugleich die Volks-

Aus dem Inhalt

Sondermann: Besinnung und Einkehr	33
Weiler: Ein Weg aus der Not	37
Die deutsche Ärzteschaft und die Weltgesundheitsorganisation	42
Mitteilungen	43
Fortbildung: Ärtzl. Fortbildungskurs in Regensburg	44
Tagung d. Arb.-Gem. f. Hirntraumafragen	44
Vereinigung f. Ultraschallforschung	44
Lindauer Psychotherapiewoche	45
Kongreß- u. Fortbildungskalender	45
Aus der Fakultät / Personalialia / In memoriam	45
Auslandsnachrichten	46
Rundschau	46
Buchbesprechungen	47
Amtliches	48

gesundheit gefährdet wäre, da wir eben nicht mehr imstande sind, dem Leidenden in der gesunden, harmonischen Verfassung gegenüberzutreten, die zu seiner Heilung notwendig ist.

Hier ist die Erfüllung der ärztlichen Berufspflicht auf das äußerste gefährdet und daraus erwächst der Standesvertretung die ernste Aufgabe, alles zu tun, um weiteren Schaden abzuwenden und eine Sanierung unserer sozialen Stellung zu erreichen. Wenn wir in diesem Zusammenhang die Frage aufwerfen, welche soziale Stellung denn eigentlich der ärztliche Stand in der heutigen Struktur des Volksganzen einnimmt, so ergibt sich ein wenig erfreulicher Tatbestand, der sich vielleicht so umschreiben läßt: Wir sind den Kassen gegenüber vertraglich gebundene Gelegenheitsarbeiter, die durch Leistungsbescheinigungen die Art ihrer Arbeit ausweisen, wobei sie durch eben diesen Vertrag gebunden sind, folgendes zu dulden:

1. Keine fixe, gerichtlich einklagbare Rechnung, sondern „Honorarvorschläge“.
2. Davon nur eine x-%ige Auszahlung innerhalb einer Frist von bis dreieinhalb Monaten, bei monatlich gewährter Ratenzahlung, wobei die Höhe des auszubehaltenden Prozentsatzes unbestimmt ist.
3. Ungewißheit, wieviel von der geleisteten Arbeit wirklich anerkannt wird und wieviel durch eine Prüfstelle als nicht zu zahlen erklärt wird.
4. Ungewißheit, ob nicht von der endlich gewährten Bezahlung der Honorarvorschläge nach Ablauf von über einem Jahr Rückerstattung gefordert wird und dies unter dem Vorwurf vertragswidriger Handlungsweise.
5. Schwebt über uns seit einem Jahr die Drohung des Regelbetrags bei den RVO-Kassen, wobei gegenüber dieser massiven Drohung, die jeden von uns Hunderte von DM kosten kann, nur unbestimmte Beruhigungsworte zu hören sind, wie, das sei ja alles gar nicht so schlimm; dieses oder jenes falle heraus, man werde schon sehen, wie man die Sache abwenden könne, wenn eine Regreßforderung erfolge.
6. Dulden wir eine Reihe von Rechtsunklarheiten in der Kassenordnung, z. B. gegenüber der immer häufiger von den Patienten gestellten Forderung, es möchte dies oder jenes Rezept, diese oder jene Behandlung oder Sachleistung „privat“ erfolgen, wobei die Gefahr eines späteren Vorwurfs unrechtmäßigen Verhaltens jederzeit besteht.
7. Ist es bei den Kassen gebräuchlich, die von uns geleistete Arbeit, für die wir mit der Pauschale abgegolten werden, bei Unfall- und Haftpflichtpatienten von diesen Versicherungen in Form von Einzelleistungen zurückzufordern. Solche Beträge werden uns aber dann keineswegs ausbezahlt, sondern von den Kassen zurückbehalten. Ich bin nicht juristisch genügend gebildet, um für ein solches Verhalten den rechten Ausdruck zu finden. Diese sowohl rechtlich wie wirtschaftlich katastrophale Unsicherheit wird noch verschärft durch eine Art Maulkorbsystem, durch das man uns verbieten will, über diese Verhältnisse mit den Patienten zu sprechen. Ich wüßte keinen sonstigen Beruf zu nennen, der seine Arbeit unter solch grober Rechtsunsicherheit leisten müßte. Diese bringt in unsere Existenz einen Zug des Zigeunerhaften, Vaglerenden, des „In-den-Tag-Hinein-Lebens“.

Auf daß wir aber trotzdem ordentliche Staatsbürger bleiben, ist es die Sorge des Finanzamtes, daß wir eine kaufmännische Buchführung und eine kaufmännische Steuerveranlagung betreiben. Wir sollen also in einer Atmosphäre, in der weder ein solider Arbeitnehmer noch

ein solider Kaufmann auch nur eine Woche arbeiten möchte, eine kaufmännische Gebarung an den Tag legen. Nun ist ein Arzt von Natur aus kein Kaufmann und kann unter diesen Umständen kaufmännischen Bedingungen erst recht nicht gerecht werden. Aber der Staat fordert es von ihm, freilich nur hinsichtlich seiner steuerlichen Ausgaben. Hinsichtlich seiner Einnahmen hält er sich völlig desinteressiert. Da sehe der Arzt selbst zu, daß er zu dem Seinen komme. Aber wie soll er denn zu dem Seinen kommen, was soll er als das Seine in diesem Zusammenhang betrachten? Wir kommen hier in die Schwierigkeit, den Wert unserer Arbeit materiell zu fixieren. Wie hoch können wir das, was wir als Arbeit in das Volksganze hineingeben, materiell einschätzen? Für das Volksganze ist dies ja erst in letzter Zeit versucht worden. Ein sehr gewissenhafter Statistiker stellte fest, daß durch ärztliche Arbeit und die dadurch erreichte Verlängerung der für Arbeit ausnutzbaren Zeit des einzelnen Menschenlebens um 23 Jahre eine jährliche Ersparnis von 5½ Milliarden Mark erwirkt wurde (für 1933—34 berechnet, mindestens 10% des damaligen Nationaleinkommens). Für den einzelnen Arzt läßt sich freilich solches nicht fixieren, denn er gibt in seine vielleicht mechanisch und zeitlich meßbare Arbeit unbe-rechenbare immaterielle Werte hinein, und er erwirkt durch seine Arbeit ebensolche. Wir können also unseren materiellen Anspruch, den wir an das Leben haben, nicht von da aus berechnen, sondern wir müßten es von der Basis aus tun. Wir müssen uns klar darüber sein und auch die Öffentlichkeit darüber aufklären, daß von unserem Roheinkommen eine feste Summe dazu bestimmt sein muß, uns für unsere Berufsausübung „in Form zu halten“, also jene Summe, die der Beamte z. B. ohne weiteres für sich buchen kann (Alters- und Familienversorgung, Urlaub, Fortbildungsmöglichkeit usw.) und die für uns unabdingbare Berufsausgaben darstellt.

Wie die Dinge heute liegen, wagt man es fast nicht mehr, solche Forderungen zu stellen, aber wir müssen es trotzdem, auch auf die Gefahr hin tun, daß böswillige Gegner dies als materialistische Einstellung erklären. Wir Ärzte können und müssen für uns — bei aller notwendigen Selbstkritik — in Anspruch nehmen, daß die große Masse der Kollegen in anständiger Haltung beharrlich und verantwortungsvoll ihre Pflicht tut — trotz der wirtschaftlichen Misere und unangefochten von allen Versuchungen und Bitterkeiten, die uns aus der Atmosphäre der Rechtsunsicherheit und Aussichtslosigkeit bedrohen möchten. Freilich hat diese Bedrohung manchenorts einen Grad der Gefährlichkeit angenommen, der alle verantwortlichen Stellen zu schnellster Hilfeleistung aufrufen muß. Die Unruhe unter den Kollegen besonders gefährdeter Bezirke wächst von Tag zu Tag. Sie beobachten, wie sich in ihrer Stadt, ihrem Kreis immer neue Kollegen niederlassen. Sie können dies schon nach der gesetzlich garantierten Niederlassungsfreiheit nicht verhindern, sie vermögen zudem den in die Praxis nachdrängenden Kollegen das menschliche Verständnis dazu nicht zu verweigern, zumal viele dieser Neubeginnenden durch ein schweres Schicksal gegangen sind. So ist Unruhe, Bitterkeit, der Ruf nach befreienden Taten verständlich genug, und die Sorge bedrängt uns: es möchten aus unseren Reihen heraus Verzweiflungsschritte unternommen werden, die unsere Situation doch nur noch unhaltbarer machen. Ich sehe die Gefahr einer „Rettensich-wer-kann-Stimmung“, die aber wie bei jedem Schiffsuntergang weder den einzelnen rettet, noch vernünftige Rettungsaktionen ermöglicht.

Es ist nicht leicht, Menschen in solcher Situation zur Geduld zu ermahnen, doch gilt für die augenblickliche Not dennoch nur die eine Verhaltensmaßregel: Strengste Selbstdisziplin, peinlichste Beachtung der Standessitte

und ehrenhafte Kollegialität. Sonst kommen wir zu einem beschämenden Kampf aller gegen alle, in dem jeder Keim zur Rettung zertrampelt wird. So wird auch die Frage nach Kassenneuzulassung nicht zur Ruhe kommen und der Zulassungsausschuß wird hier immer wieder vor rechtlich wie menschlich außerordentlich schwere Entscheidungen gestellt werden. So müssen wir auf der einen Seite unser Brot immer wieder mit neuen Kollegen teilen, ein Brot, das aber von der anderen Seite immer mehr verkleinert wird durch stete Einengung unseres Tätigkeitsbereiches.

Ich bin überzeugt, daß die Mehrheit der Kollegen einen solchen Kampf ablehnt und der Forderung nach strengster Selbstdisziplin, nach ehrenhafter Kollegialität und Beachtung der Standessitte beitreten wird. Aber diese Mehrheit muß auch bereit sein, in einem kameradschaftlichen Zusammenhalten diese Voraussetzungen für eine Überwindung des augenblicklichen Notstandes zu verteidigen und Angriffe gegen diese Voraussetzungen aufs energischste zu bekämpfen. Eine solche Mehrheit muß auch bereit sein, sich für die aktive Standesarbeit ganz bestimmte standesethische Forderungen und Kampfparolen zu eigen zu machen. Ich meine nun nicht jene allgemeinen, uns Menschen alle bindenden hohen Ideale christlicher, humanitärer Weltanschauung, sondern Marschrichtungspunkte, nach denen wir unseren gemeinsamen Weg bestimmen können und an denen wir heute ermsen können, wie weit wir vom rechten Wege abgewichen. Um klarzulegen, wie ich solches verstehe, darf ich noch einmal auf jene fatale Art und Weise zurückgreifen, wie unsere „Honorarvorschläge“ behandelt werden. Sie werden geprüft, sagt man — d. h. es schaltet sich ein Dritter nachträglich in das Ich/Du-Verhältnis von Arzt und Patient ein — und stellt nach irgendwelchen statistischen Normen fest, ob im Sinne der Wirtschaftlichkeit richtig behandelt wurde. Hier erhebe ich nun die grundsätzliche Frage: Kann ein anderer wirklich prüfen, ob zuviel Behandlungsaufwand erfolgte? Läßt sich überhaupt unsere Tätigkeit vom Statistischen her kontrollieren? Ob ich eine Angina ein- oder drei- oder fünfmal besuche, hängt doch außer von dem körperlichen Krankheitsgeschehen noch von manchen Imponderabilien ab, die in mir selbst und im Patienten liegen. Wie kann man hier ein Schema festlegen? Es müßte denn sein, Krankenkassenpatienten stünden keine „Imponderabilien“ zu!

Gewiß, krank sein und den Arzt holen war immer eine schwere wirtschaftliche Belastung für arme Leute, und wir sind — trotz aller Schaufensterkulissen — ein armes Volk geworden. Es muß gespart werden, aber bitte am rechten Fleck! Man kann an der Arznei sparen — das ist sicher —, man kann sich da und dort behelfen — aber schon dieser Behelf hat seine Grenzen! Auf keinen Fall darf man aber dadurch sparen wollen, daß man in die Freiheit ärztlicher Gewissensentscheidung eingreift und diese einengt. Unsere Freiheit ist an dem empfindlichsten Punkte angegriffen, wenn wir bei unserem ärztlichen Handeln nach einer außerhalb des Arzt/Patient-Verhältnisses stehenden Instanz schielen müssen, die ärztliches Handeln nur nach ökonomischen, d. h. außer-ärztlichen Gesichtspunkten, beurteilt. Dagegen können und müssen wir uns wehren!

Wir können — wenigstens augenblicklich — nichts dagegen tun, wenn uns Abstriche gemacht werden. Gut und schlecht — es ist nicht mehr Geld da, also müssen Abstriche gemacht werden; aber dies dann nicht mit oft kümmerlichen medizinischen Begründungen, welche immer etwas Diskriminierendes an sich haben und uns zu unserem materiellen Verlust auch noch Kränkung zufügen, sondern mit der handfesten Begründung: es ist nicht mehr Geld da, also müssen die Teile, die auf jeden fallen, kleiner werden. Fällt aber die moralisch medizini-

sche Bemäntelung dieser Abstriche. so wird die Tatsache offenbar, daß wir Ärzte der einzige Stand sind, der seine Arbeit aus sozialer Indikation zum Teil verschenkt. Ich will nicht an den Schuster erinnern, der arm und reich für das Schuhbesohlen gleich viel abverlangt, wir sind keine Schuster. Aber wir sind Menschen wie diese und wollen von unserer Arbeit leben können — wir müssen auf dem Unseren bestehen, nicht nur aus Gründen der Selbsterhaltung, sondern ebenso sehr um unserer Arbeitsfähigkeit willen. Dann stellen diese Abstriche nicht mehr eine verächtliche Geste und eine Bestrafung für zuviel geleistete Arbeit dar, sondern ein von uns der Armut unseres Volkes gebrachtes Opfer.

Der Mensch vermag vieles zu ertragen — Not und Kummer — ohne daß er an innerer Substanz verliert. Gegen eines aber muß er sich wehren: gegen verächtliche Behandlung, denn durch Hinnahme einer solchen nimmt er Schaden an seiner Seele. Das gleiche trifft aber auch einen Stand, zumal einen Stand, der die Intaktheit seines Ansehens, die Achtung, die er genießt, zu einer unabdinglichen Voraussetzung seines beruflichen Handelns machen muß.

Damit bin ich zu dem entscheidenden Punkt gelangt, und ich möchte dringend wünschen, daß ich hierin verstanden und unterstützt werde. Unsere Not hat nicht in erster Linie materielle Ursachen, sie ist tiefer, im Geistigen begründet und kann nur von dort her behoben werden.

Die heutige Zeit neigt dazu, ihre heillose Zerfahrenheit und katastrophale Not vom Äußeren her zu erklären und bekämpfen zu wollen. So glaubt man z. B., die Europafrage dadurch lösen zu können, daß man Schlagbäume in jugendlichem Elan niederreißt, Organisationen aufmacht und gemeinsame Truppenkontingente formiert. All diese Maßnahmen werden nutzlose Kullissen bleiben, sofern hinter ihnen nicht eine gelstige Bewegung, eine geistige Bemühung steht, die um das tiefste Wesen dessen, was Europa bedeutet, ringt und sich dieses wieder aneignet.

So werden auch — fürchte ich — alle Bemühungen in unserem Standesleben vergebens sein und bleiben, sofern wir nur im Organisatorischen, Agitatorischen verharren und des notwendigen Tiefganges entbehren. Ein Schiff ohne Tiefgang bleibt ein hilfloses Spielzeug der Wellen, kein noch so geschickter Steuermann vermag ihm stete Fahrt zum Ziele zu geben. Unser Stand ist ein solches Schiff ohne den nötigen Tiefgang, und so wird es von den erregten Wellen dieser Zeit hin und her geworfen. Welch ein tragischer Anblick! Ein Berufsstand, dem das Wertvollste irdische Gut der Menschen, die Gesundheit, anvertraut ist, verzettelt sich in Kämpfen wider einander, im Feilschen um Tarife, in der Jagd nach Scheinen und vermag seiner Jugend nicht die Position zu verschaffen, die ihr nach Ausbildung und Arbeitsleistung zusteht.

Der Vertreter des Ministers für Arbeit und Wohlfahrt sagte bei der Wiedereinführung der ärztlichen Berufsgerichte im Saarland: Es sei Aufgabe des Ehrengerichtes, „darüber zu wachen, daß der Arzt sich der Achtung, die der Ärztestand erfordert, nicht unwürdig erweist. Nur so kann der Ärztestand im sozialen Gefüge unseres Volkes die Stelle einnehmen, die ihm seiner Bedeutung wegen zukommt“. Hier in diesem dürren Satz ist eine der Wurzeln unserer Not festgelegt: Ohne Achtung keine zukommende Stellung im sozialen Gefüge!

Überblicken wir von dieser Erkenntnis aus all das, was mit uns geschieht: das Schicksal der jungen Kollegen, das Spiel der Kassen, die Haltung der Ministerien, die Haltung des lieben Publikums — so melne ich nicht zuviel damit zu sagen, wenn ich feststelle: Dies alles kann

man nur mit einer Menschengruppe treiben, vor der man im Tiefsten keine Achtung mehr hat.

Wir haben doch alle ein warnendes Beispiel erlebt in dem Schicksal der deutschen Generale: Diese mächtigen Männer in Rot und Gold waren — aus eigener Schuld — schon vor dem 2. Weltkrieg der Achtung bei der Staatsführung verlustig gegangen und so konnte diese mit ihnen verfahren, wie eben mit solchen Menschen in der Welt verfahren wird: sie werden zum Spielball außenstehender Kräfte.

Unmöglich, hier dem tiefgreifenden Ursachenkomplex nachzugehen, der uns Ärzte in eine ähnliche Situation gebracht hat. Ganz gewiß sind hier auch Kräfte mit im Spiel, die schicksalhaft über uns hereinkamen. Aber eines ist gewiß: man verliert die Achtung nicht ohne eigene Schuld. Und so sei eine der Wurzeln dieser eigenen Schuld bloßgelegt. Wie können wir verlangen, daß die Außenstehenden Achtung vor uns haben, wenn wir sie uns innerhalb des eigenen Berufsstandes gegenseitig versagen, der Kollege dem Kollegen, die Alten den Jungen, die Jungen den Alten, die Wähler den Gewählten, die Gewählten den Wählern? Spricht nicht aus der Art der Behandlung unserer sog. „Honorarvorschläge“, dieser sog. „Prüfung“ ein Prinzip der Mißachtung, ja der Verachtung all der Kollegen, die in einem harten, aufreibenden Beruf ihre Arbeit getan und den ihnen zustehenden Lohn erhoffen und denen man ohne Verhandlung, ohne Verteidigung, ohne Begründung einfach einen Teil dieses Arbeitslohnes streitig macht, gerade so, als hielte man uns alle bei den Prüfstellen irgendwie für minderwertig, jederzeit bereit, durch kleinere oder größere Pffiffigkeit nur einen Happen mehr von dem gemeinsamen Brot zu erraffen.

Welch eine Grotteske der Sinnlosigkeit vollzieht sich hier! Wir bauen mit unserem Geld Prüfungsstellen auf, die in einer mühsamen und aufreibenden Tätigkeit das zum Teil zunichte machen, was wir uns in mühsamer und aufreibender Tätigkeit glauben erarbeitet zu haben! Wir haben hiermit vielleicht den Idealfall von Bürokratie erreicht, aber wir können weiß Gott nicht stolz darauf sein, sondern müßten alles tun, damit dieses Prinzip sobald als nur irgend möglich verschwindet. Nochmals sei es betont: Es geht nicht um die Abstriche an sich, also um ein finanzielles Problem, sondern um deren medizinische Tarnung und moralische Bemäntelung, deren Beseitigung für uns eine Frage der Selbstachtung ist, ein Ansatz dazu, wieder jene Achtung zu gewinnen, ohne welche der Ärztestand im sozialen Gefüge unseres Volkes die Stelle eben nicht einnehmen kann, die ihm seiner Bedeutung nach zukommt. Der erste Schritt dazu ist, daß wir uns selbst gegenseitig diese Achtung nicht versagen. Wir müssen unsere Haltung zueinander revidieren und müssen in gemeinsamer Abwehrfront alles von uns abwehren, was aus mangelnder Achtung gegen uns veranlaßt wird.

Wollen wir doch einmal diesen ersten Schritt tun! Es ist ein Akt geistiger Einsicht und moralischer Entscheidung, der jederzeit vollziehbar ist — im Gegensatz zu all den vielen anderen Vorschlägen und Wünschen, deren Durchführung und Erfüllung an der Härte schicksalsgefügteter Tatsachen scheitert. Wir können weder die Überfüllung unseres Standes ändern, noch die Lage und Bedrängnis unseres Volkes. Um diese Fragen wird auf höherer Ebene gerungen, aber wir können einander jene Achtung zubilligen, die uns die Möglichkeit eines guten und fruchtbaren Zusammenlebens und Arbeitens gibt. Wir können eifersüchtig und empfindlich jeglicher Achtungsminderung gegenüber reagieren, woher sie auch kommen mag. Solches aber fordert von uns allen eine aktive Arbeit an unseren Standesfragen. Der Arzt hat heute nichts mehr als seine Organisation, er hat von

keiner anderen Seite her Hilfe zu erwarten. Seine Organisation aber ist er selbst, sie lebt aus seinem Willen, aus seinem Opfer und wird ihm nur dann Hilfe und Rückhalt sein, wenn er jenem Denkfehler entsagt, in welchem heute noch die meisten der sog. Gebildeten verharren. Sie leben noch im neunzehnten Jahrhundert, im Zeitalter des Individualismus, d. h. aber, sie leben in Fiktionen, in den Begriffen einer vergangenen Welt. Mag diese schöner gewesen sein als die heutige, sie ist doch nur mehr Vergangenheit. Das Problem der Masse, des Sozialismus ist unterdessen über uns gekommen, und unsere Welt ist in einer Wandlung begriffen, tiefergehend als die Wandlungen der letzten Jahrhunderte. Es hieße sich einer verhängnisvollen Täuschung hingeben, zu glauben: Wir würden die alte, uns liebgewordene Form unserer Existenz durch das Chaos hinüberretten; sie wird sich wandeln, wie das Gesicht der Welt sich wandelt. Wohl wissen wir nicht, in welcher neuen Form unsere Existenz, die Existenz unseres Standes, ihre Prägung erhält. Zwei Werte sind wir aber gehalten unbedingt und unter allen Umständen zu bewahren, sonst können wir uns als Persönlichkeit wie als Stand nicht halten:

1. Wir müssen das Ich-Du-Verhältnis zwischen unseren Kranken und uns wieder freimachen und freihalten von jeder Einrede eines Dritten.

2. Dies wird aber nur möglich sein, wenn wir im sozialen Organismus unseres Volkes jene Achtung und jenes Vertrauen genießen, die uns eben die Freiheit der Entscheidung im ärztlichen Handeln garantieren.

Mag sich die Welt, Europa oder unser Volk in dem neuen Geschichtsabschnitt, der sich am blutigen Horizonte abhebt, wie immer konstituieren. Es wird immer Menschen in Krankheit und Not geben, und so wird die Welt immer des Arztes bedürfen. Mag sich die Form unserer Existenz wie immer auch gestalten. Um Arzt sein zu können, bedürfen wir der Achtung und der Freiheit. Ein Kuli kann kein Arzt sein. Aber arbeitet heute nicht schon eine große Anzahl von Ärzten um „Eine Handvoll Reis“ und sagt man nicht: Dies sei das Zeichen des Kuli? Also waren wir Ärzte schon — noch ehe sich eine neue Gestalt der Lebensmöglichkeit Europas und seiner Menschen deutlicher am düsteren Himmel des Geschehens abhebt — in einen Zustand gesunken, der eben jener zwei Voraussetzungen zum wahren Arzttum ermangelt, der Achtung und der Freiheit? Ich fürchte, wir können einem Kollegen, der diese Frage bitter und verzweifelt bejaht, wenig entgegenhalten, denn er wird uns fragen: wo ist die Freiheit ärztlichen Handelns, wenn wir außer der Sorge um Wohl und Wehe unserer Patienten zugleich an eine Instanz denken müssen, die diese Sorge und ihren Ausdruck im ärztlichen Handeln nach merkantilen Maßstäben beurteilt? Wo ist die uns zukommende Achtung, wenn unsere eigenen Vertreter sie uns vorenthalten zu können glauben? Was vermögen wir diesem also Fragenden entgegenzuhalten? Ich fürchte: nur ein betretenes Schweigen!

Wir können unseren Vertretern nicht zum Vorwurf machen, daß die Bezahlung ärztlicher Leistungen so jämmerlich ist. Wir müssen bedenken, daß — solange keine staatlichen Schiedsinstanzen bestehen — unsere Vertreter nur durch freiwillige Vereinbarungen etwas erreichen können, das heißt bei mangelndem Entgegenkommen des Vertragspartners eben nichts. Wir müssen bedenken, daß gesetzliche und vertragliche Bestimmungen — ehemals zweckmäßig und sinnvoll — heute durch den chaotischen Zusammenbruch sinnwidrig, zwecklos, ja in ihr Gegenteil verkehrt wurden, daß aber unsere Vertreter heute noch gesetzlich an sie gefesselt sind. Sie kommen daher in den — subjektiv natürlich falschen — Verdacht, eher die Geschäfte der Gegenseite zu besorgen, denn die unseren.

So ist die K.V. als Ausführungsorgan der RVO an gesetzliche Bestimmungen gebunden, die für uns unerträglich geworden sind. Es rächen sich heute verschiedene Denkfehler und Anschauungsweisen, aus denen die Verträge einst geschlossen wurden. Nie und nimmer hätte man die Honorierung eines ethisch und geistig so angestregten Tuns, wie es das ärztliche nun einmal ist und immer sein wird, auf die Basis des Ramsch- und Warenhausprinzips der Bagatellfälle, der 95-Pfennig-Tage und der Sommerausverkäufe stellen dürfen! Welch ein Nonsense, der sich heute dahingehend rächt, daß uns die „kleinen Fische“ davonschwimmen — in die Ambulatorien, zu den Werkärzten, in die Fürsorgestellen, zu den Durchgangärzten und wer weiß in welche Kanäle noch. Meint man wirklich, es mache jetzt einen achtunggebietenden Eindruck, wenn wir nun nach den kleinen Fischen schreien und verlangen, die Fischreusen müßten wieder anders gestellt werden? Man braucht kein Prophet zu sein, um vorauszusagen, daß diese Entwicklung sich noch verschärfen wird, daß uns immer mehr die langwierigen, zeitraubenden, Sorge und Arbeit beanspruchenden Kranken bleiben werden — und dies alles immer noch mehr nach dem einmal so profitlich gemeinten Klein-Fische-Prinzip: Großer Umsatz — kleiner Nutzen! Vom ärztlichen Denken aus gesehen, würde man an solcher Entwicklung nicht allzu viel auszusetzen haben, wenn uns nicht unsere wirtschaftliche Existenz untergraben würde, solange eben jene unter völlig anderen Voraussetzungen geschlossenen Verträge noch Gültigkeit haben.

So sehen wir unsere Vertreter gebunden an Verträge, die für uns untragbar geworden sind. Unsere Sache ist es, unsere Stimme zu erheben gegen diese uns lebensfeindlich gewordenen Zustände und empfindlich und stark zu reagieren gegen jegliche abschätzige Behandlung. Wir müssen fordern, daß unser Wort gehört wird, das wir im Ringen um unsere Existenz zu sagen haben. Die apathische Stimmung, in der wir dahintreiben, dieses „Da kann man doch nichts machen“, ist unsere größte Schuld. Sie verführt unsere Vertreter dazu, über unsere Köpfe hinweg zu handeln, schwächt ihre Position dem Partner gegenüber und stärkt den anderen in seiner

zynisch siegessicheren Haltung, aus der heraus er glaubt, mit uns ganz nach Belieben verfahren zu können. Sollte angesichts des chaotischen Zustandes, der nach Neuformung auch unseres Standes und seiner Einordnung in das soziale Gefüge des Volkes schreit, das Wort Dr. Böcklers, des Vorsitzenden der D.G.B. (19. I. 51) nicht auch für uns Devise und Kampfprud sein?

„Das soll jetzt anders werden. Die Arbeiter wollen dabei sein, wenn ihr Geschick geformt wird, die Zeit ist reif.“

Ich gestehe offen: Ich wäre froh, wenn ich die Devise tatsächlich für uns proklamieren könnte! Gewiß, wir Ärzte wollen dabei sein, wenn unser Geschick geformt wird. Das ist eines der primitivsten Menschenrechte, das uns aber gerade von den Kampf- und Gesinnungsgenossen Dr. Böcklers vorenthalten wird. Aber wir können leider noch nicht sagen: Die Zeit ist reif! Dem Kampfprud Böcklers leisten 95% der aufgerufenen Arbeiter Folge. 400 Mill. Streikgelder stehen bereits zur Verfügung. Es wird keine Strelkbrecher geben, man weiß, was man will. So ist die Zeit wirklich reif.

Wie ist es aber bei uns? Der Arbeiter ist uns in der Erkenntnis soziologischer Notwendigkeit, im Gruppengeist, im Stehen Schulter an Schulter, im Opfersinn für seine Organisation, meilenweit voraus. Wir stehen noch ganz weit hinten. Wir haben gar keine Aussicht, uns in den kommenden Kämpfen um die Neuprägung eines europäischen Lebens jene zwei Werte: Achtung und Freiheit zu bewahren, wenn wir uns nicht in diesen Fragen am deutschen Arbeiter ein Beispiel nehmen. Ihm, dem deutschen Arbeiter, ist nichts geschenkt worden. Glauben wir, uns wird etwas geschenkt werden? Wir leben nicht in einem Klima, in dem uns die reifen Früchte in den Schoß fallen. Sie müssen erarbeitet, erkämpft werden. Achtung und Freiheit im ärztlichen Handeln sind Früchte, um die zu kämpfen es sich lohnt, denn in ihnen liegt unsere ärztliche wie auch wirtschaftliche Existenz beschlossen.

Der Arzt hat nichts als seine Organisation, diese aber sind wir selbst, machen wir sie stark, dann werden wir stark sein und das Feld behaupten.

Anschrift des Verfassers: Erlangen, Obere Karlstr. 43.

Ein Weg aus der Not

Ein Vorschlag von Dr. Karl Weiler

Die außerordentliche wirtschaftliche Bedrängnis weitester Ärztekreise gab Anlaß zu an sich zwar durchaus verständlichen Presseartikeln, die jedoch den Anschein erwecken konnten, als sei der Arzt seiner Sendung, uneigennütziger Helfer des kranken Menschen zu sein, untreu geworden und wende sein ganzes Sinnen und Trachten der Sicherung eigenen Wohlergehens zu. Derartige keineswegs berechnete Meinungsbildungen entstanden besonders unter dem Eindruck unmutvoller ärztlicher Kundgebungen, die sich mit der Bezahlung kassenärztlicher Leistungen befaßten.

Eine solche mißverständliche Deutung läßt die von den Grundsätzen echten Arztiums getragene Stellungnahme Sondermanns in „Besinnung und Einkehr“ zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Zwangskrankenversicherung nicht befürchten. Seine sachliche Kritik antisozialer Folgen dieses Zweiges der sozialen Gesetzgebung und die Herausstellung der für die unerträglich gewordene wirtschaftliche Lage der Ärzteschaft wirklich bedeutsamen Einflüsse dürften auch die Fehlannahme ausschließen, daß eine unkontrollierte Beteiligung aller approbierten, freiberuflich tätigen Ärzte an der Behandlung der Zwangsversicherten tunlich sei ohne eine

grundlegende Änderung der bisherigen Krankenversicherungsgesetzgebung. Es darf daher erwartet werden, daß die Darlegungen Sondermanns von denen, die es angeht, richtig verstanden und gewürdigt werden.

Seine gefühlsbetonte Schilderung der Bedrängnis des praktisch tätigen Kassenarztes bestätigt die Berechtigung meiner auf Beobachtungen während eines halben Jahrhunderts gestützten Auffassung, die ich wiederholt in einer nicht durch eigene kassenärztliche Erlebnisse gefühlsbeeinflußten Form bekannt gab. In der Erwartung, daß unsere übereinstimmenden Ansichten grundsätzlich auch von einer überwältigenden Mehrheit der bayer. Ärzteschaft, deren Interessenvertretung mir als ihrem nach den Bestimmungen des Bayer. Ärztegesetzes gewählten Beauftragten obliegt, geteilt werden, fasse ich die Ergebnisse der einschlägigen Feststellungen und Erfahrungen zusammen und ziehe daraus sich ergebende Schlußfolgerungen.

Da die der Sicherung der Volksgesundheit dienenden Einrichtungen den von der Ärzteschaft aller Kulturländer vertretenen Grundsätzen ärztlicher Berufsausübung Rechnung tragen müssen, sei zunächst erinnert an die

Grundbedingungen der Krankenbehandlung.

1. Das Recht, Kranke, die seine Hilfe verlangen, zu behandeln, steht nur dem staatlich geprüften, approbierten Arzt zu, der das erforderliche medizinische Wissen besitzt und die zu dessen praktischer Anwendung notwendigen Fertigkeiten beherrscht.
2. Die besonders auch bei Krankheitszuständen bedeutungsvolle enge Verbindung von Leib und Seele macht den Erfolg ärztlicher Bemühungen noch von zusätzlichen Bedingungen abhängig, die dem Arzt das zu einer vollen Heilwirkung seiner Kunst unbedingt notwendige Vertrauen des Kranken sichern.
3. Nicht nur die Persönlichkeit des Arztes, sondern auch die Bedingungen, unter denen sich sein Werk vollzieht, müssen ihm eine Haltung ermöglichen, die den Kranken achtungsvoll zu ihm aufblicken und seiner Führung vertrauensvoll folgen läßt.
4. Eine der wesentlichsten Stützen dieses Vertrauensverhältnisses von Arzt und Krankem ist die uneingeschränkte Pflicht und das unanfechtbare Recht des Arztes, über alles ihm vom Kranken Anvertraute unverbrüchlich zu schweigen.
5. Dem Kranken muß das Recht zustehen, zu seinem Helfer den Arzt seines Vertrauens zu bestimmen und dem Arzt darf — außer in Notfällen — nicht der Zwang auferlegt werden, jeden Kranken zu behandeln.
6. Bei seiner Berufstätigkeit hat der Arzt die Regeln der ärztlichen Kunstausbildung gewissenhaft zu befolgen und die Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung zu beachten. Die Freiheit des ärztlichen Handelns darf nicht durch Einwirkungen Dritter beschränkt werden.
7. Der Arzt muß dem Kranken in seiner Not in uneigennütziger Weise beistehen und daher alles zu einer kunstgerechten und möglichst schnellen Beseitigung des Leidenszustandes Geeignete anwenden. Körper und Seele des kranken Menschen müssen ihm heilig sein. Demzufolge wird ein wirklicher Arzt nie etwas tun, was nicht zur Behandlung des Kranken angezeigt ist.
8. Bei der Verordnung von Heilmitteln und bei seinen sonstigen Maßnahmen muß der Arzt den gegebenen wirtschaftlichen Verhältnissen soweit Rechnung tragen, als der Erfolg seiner Bemühungen dadurch nicht in Frage gestellt wird. Sein ärztliches Vorgehen darf darüber hinaus nicht durch Fremdinteressen wirtschaftlicher Art behindert werden.
9. Erfordert der Zustand eines Kranken die Fortführung seiner Behandlung durch einen anderen Arzt oder in einem Krankenhause, so hat der erstbehandelnde Arzt den Kranken dementsprechend gewissenhaft zu beraten und die Wahl des neuen Arztes oder des Krankenhauses der freien Entscheidung des Kranken zu überlassen.
10. Die Honorierung ärztlicher Leistungen erfolgt im Rahmen der ärztlichen Gebührenordnung unter Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse des Kranken. Sie muß dem vollbeschäftigten Arzt einen Lebensstandard gewährleisten, der es ihm ermöglicht, eine Achtung gebietende Haltung und eine Wohlbehagen verbreitende Lebensharmonie d. h. Eigenschaften zu bewahren, deren Ausstrahlung dem

Kranken das zu seiner Gesundheit so notwendige Gefühl heilsamer Ruhe und sicherer Geborgenheit gibt.

Vergleichen wir nun mit diesen Grundsätzen die **Bedingungen der kassenärztlichen Tätigkeit.**

1. Die Behandlung der Zwangsversicherten ist nicht jedem approbierten Arzt freigestellt, vielmehr bleiben solche Ärzte, insbesondere jüngere in großer ständig wachsender Zahl von der Teilnahme an der kassenärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen, weil nach den gesetzlichen Bestimmungen für je 600 Versicherte nur ein Arzt zuzulassen ist.
2. Das für ein vollwertiges ärztliches Wirken ausschlaggebende Vertrauensverhältnis von Arzt und Kranken ist von vornherein beeinträchtigt, weil die kassenärztliche Behandlung nicht auf Grund des ungeschriebenen persönlichen Vertragsverhältnisses der Beteiligten erfolgt, sondern Kraft eines ohne jede persönliche Mitwirkung des einzelnen Arztes und Kranken von den Vertretern der Kassenärzteschaft mit denen der Krankenkassen geschlossenen Abkommens.
3. Die den Erfolg jeder ärztlichen Behandlung stark beeinflussende führende Haltung des Arztes wird durch ein mehr förderndes als angemessen bittendes Auftreten Zwangsversicherter erschwert, da diese leicht zu der Annahme neigen, mit ihren Beitragsleistungen die ärztliche Mühewaltung bereits im Voraus reichlich bezahlt zu haben.
4. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken wird schwer erschüttert durch die dem Kassenarzt auferlegte Verpflichtung zur Auskunftserteilung über das ihm bei der Behandlung des Zwangsversicherten von diesem Anvertraute.
5. Das dem Kranken an sich gebührende Recht, seine Behandlung einem Arzt seines Vertrauens zu übertragen, steht dem Zwangsversicherten trotz der Einrichtung der sog. freien Arztwahl nicht uneingeschränkt zu, da der ihm zusagende Arzt oft nicht zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen ist. Die weitgehende Verpflichtung des Kassenarztes, jeden seine Hilfe begehrenden Versicherten in Behandlung zu nehmen, schränkt die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung ein.
6. Die Freiheit der ärztlichen Behandlungsweise ist im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit nicht voll gewährleistet, da sie einengenden Vorschriften über den Verbrauch von Arzneimitteln, die Anwendung besonderer Heilverfahren und im Wesen der Zwangs-krankenversicherung begründeten Kontrolleinrichtungen unterliegt.
7. Die Erfüllung der Pflicht, dem Kranken in uneigennütziger Weise beizustehen, insbesondere nichts zu unternehmen, was nicht wirklich zur Feststellung und Bekämpfung der Krankheit angezeigt ist, stellt an den unter unerträglichen wirtschaftlichen Bedingungen arbeitenden Kassenarzt schier übermenschliche Anforderungen einer Opferbereitschaft, die ihm eine unzumutbare Hintansetzung seiner eigenen Lebensbedürfnisse aufzwingt.
8. Dem Zwangsversicherten steht zwar angeblich auch eine dem Stande der medizinischen Wissenschaft und Technik angepaßte ärztliche Behandlung zu, doch läuft der Kassenarzt Gefahr, bei einem dem entsprechenden Vorgehen für getätigte Leistungen keine Bezahlung zu erhalten und bei Überschreitungen des „Regelbetrages“ ersatzpflichtig zu werden.
9. Der nicht zuletzt auch auf eine unzureichende Entschädigung der Krankenhausträger für die bei der

Behandlung und Verpflegung Zwangsversicherter anfallenden Aufwendungen zurückzuführende ungenügende Einsatz ordnungsmäßig bezahlter ärztlicher Krankenhauskräfte beeinträchtigt eine den neuzeitlichen Forderungen entsprechende Anwendung ärztlicher Maßnahmen.

10. Die Ausrichtung der Honorierung der kassenärztlichen Leistungen nach Mindest- d. h. Armensätzen die seit dem Jahre 1815(!) unverändert blieben, gewährleistet auch dem vollbeschäftigten Kassenarzt keinen Lebensstandard, der den Bedingungen ärztlicher Haltung und Lebensharmonie entspricht, da die Einbeziehung weitester Bevölkerungskreise in die Zwangsversicherung einen Ausgleich der völlig ungenügenden Bezahlung der kassenärztlichen Tätigkeit durch eine bessere Honorierung des Arztes seitens einer entsprechenden Zahl zahlungsfähiger Nichtkassenmitglieder nicht mehr ermöglicht.

Die Gegenüberstellung der Grundbedingungen der Krankenbehandlung mit den Bedingungen der kassenärztlichen Tätigkeit gestattet eine begründete Stellungnahme zu den

Folgen einer Außerachtlassung der Grundgesetze des Arztiums.

1. Die im Wesen und im Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes beruhende Schädigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Kranken beeinträchtigt erheblich die Heilwirkung ärztlicher Bemühungen.
2. Dem erkrankten Zwangsversicherten erwachsen weitere Nachteile aus der Beschränkung der Freiheit des ärztlichen Handelns durch die Einflußnahme Dritter auf die Wahl und das Ausmaß ärztlicher Behandlungsmaßnahmen.
3. Die im Zusammenhang mit der Einschaltung eines für die Bezahlung der ärztlichen Bemühungen verantwortlichen Dritten stehende Störung des persönlichen Behandlungsverhältnisses fördert eine Begehrlichkeit Zwangsversicherter, deren Bekämpfung die behandelnde Tätigkeit des Arztes ungebührlich belastet.
4. Von nicht zu unterschätzender Tragweite ist die mit der Befreiung der Zwangsversicherten von der Last einer Vorsorge für den Erkrankungsfall verbundene Schwächung des Verantwortungsbewußtseins und die daraus erwachsende bedenkliche Gesundheitsgeissenlosigkeit.
5. Obwohl der Aufgabenkreis des freiberuflich tätigen Arztes nur die Beratung und Behandlung erkrankter oder sich krank wahnender Menschen umfaßt, wird er durch seine unmittelbare Einbeziehung in den Dienst der sozialen Gesetzgebung auch mit Angelegenheiten der Arbeitsfähigkeit der Zwangsversicherten befaßt. Diese Belastung des Arztes mit durchaus arztfremden Aufgaben beeinträchtigt seine Freiheit und gefährdet sein Ansehen.
6. Die unerhört schlechte Entlohnung der Arbeit des Kassenarztes, der beauftragt ist, die als höchstes Gut gepriesene Gesundheit zu sichern — dies soll ja doch der Zweck der Zwangsversicherung sein? — steht nicht nur in schroffstem Gegensatz zu dieser Bewertung der Gesundheit; sie gefährdet vielmehr zudem die Erhaltung einer ethisch hochstehenden Ärzteschaft und daher letztlich die Volksgesundheit.
7. Folgen der allein schon wegen der nachweislich sehr hohen wirtschaftlichen Bedeutung der ärztlichen Bemühungen um die Gesunderhaltung der Zwangsversicherten völlig unverständlichen und unwürdigen Unterbezahlung der kassenärztlichen Leistungen machen sich bereits in einer wirtschaftlichen Ver-

elendung nicht mehr kleiner Ärztekreise und in einer damit zusammenhängenden Mißachtung der Gebote ärztlicher Ethik geltend.

8. Die mittelbar mit der ungenügenden Entschädigung der Krankenanstalten für die Versorgung Zwangsversicherter in Verbindung stehende, verwerfliche Gewohnheit von Krankenhausträgern, einen erheblichen Teil der zur Krankenversorgung benötigten Ärzte eine angemessene Bezahlung vorzuenthalten, erschwert die praktische Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses in einem nicht weiterhin erträglichen Ausmaße.
9. Der Ausschluß einer sehr großen, ständig wachsenden Anzahl zur selbständigen Krankenbehandlung voll berechtigter approbierter Ärzte von der Beteiligung an der kassenärztlichen Tätigkeit ist für diese praktisch gleichbedeutend mit dem Entzug jeder Möglichkeit zu einer ehrlichen, gewinnbringenden Betätigung als freiberufliche Ärzte. Von allen sonstigen üblen und besonders auch die Gesundheit der Bevölkerung gefährdenden Folgen dieser Entwicklung abgesehen, muß ihr schon deshalb nachdrücklich entgegen gewirkt werden, weil die hohen Aufwendungen für die medizinische Ausbildung dieser Ärzte, insbesondere auch seitens des Staates, zunächst als vergeudet angesehen werden müssen.
10. Der mit demokratischen Rechtsgrundsätzen kaum zu vereinbarende, wenn auch wegen der diesen nicht angepaßten Eigenart der deutschen Krankenversicherungsgesetzgebung notwendige Ausschluß eines erheblichen Teiles der mit dem Erwerb der Approbation zur Krankenbehandlung uneingeschränkt berechtigten Ärzte vom Gebrauch dieses Rechtes hat eine Kluft innerhalb der Ärzteschaft aufgerissen. Nicht nur im Interesse des Ärztestandes, sondern ebenso sehr in dem der Erhaltung der Volksgesundheit muß diese Kluft geschlossen werden. Zur Begründung dieser Forderung soll hier nur hervorgehoben werden, daß die Sicherheit der Volksgesundheit unter den jetzt obwaltenden Zeitverhältnissen mehr noch als sonst mit von einer Zusammenfassung der ganzen Ärzteschaft und von der Einhaltung einer auf den Grundsätzen des Arztiums beruhenden Ordnung des ärztlichen Berufslebens abhängt. Auch die selbstverständliche Notwendigkeit einer geschlossenen Abwehrfront aller Ärzte gegen die ihnen von außen drohenden Gefahren darf in diesem Zusammenhang erwähnt werden.

Die Erkenntnis der tödlichen Bedrohung der Freiheit des ärztlichen Berufes durch die Entwicklung der Zwangskrankenversicherung verpflichtet zur Antithese:

Untergang der Freiheit des ärztlichen Berufes oder grundsätzliche Neuregelung der Krankenversicherungsgesetzgebung.

1. Dem Wesen des Arztiums entsprach die seit je geübte Gepflogenheit des Arztes, Unbemittelten in der Krankheitsnot seine volle Hilfe zu gewähren, ohne für seine Leistung mehr als ein Wort oder auch nur einen Blick des Dankes erwarten zu können. Schon zu Zeiten des Mittelalters führte diese soziale Einstellung des Arztes dazu, dem Stand der Ärzte als erstem soziale Verpflichtungen aufzuerlegen durch behördliche Anordnungen, Arme umsonst zu behandeln.
2. Das jedem wirklichen Arzt eigene soziale Empfinden fand ferner Ausdruck in der Anpassung seiner Honorarforderung an die wirtschaftlichen Verhältnisse

der zahlungsfähigen Kranken, zu der ihm auch in der späteren gesetzlichen Gebührenordnung Raum blieb. Die vom Arzt selbst betätigte soziale Regelung seiner geschäftlichen Beziehungen zum Kranken förderte ein den Grundbedingungen der Krankenbehandlung entsprechendes Verhältnis vom Kranken zum Arzt und sicherte diesem eine angemessene Lebenshaltung.

3. Die mit der industriellen Entwicklung verbundene Unbeständigkeit der Einkommensverhältnisse einer nicht unbeachtlichen Bevölkerungsschicht erlaubte deren Mitgliedern keine genügende wirtschaftliche Vorsorge für Wechselfälle des Lebens, insbesondere auch Erkrankungen. Die Erkenntnis dieser Not, mehr noch der daraus erwachsenen politischen Gefahren, gab Anlaß zu der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes vom Jahre 1883. Deutschland anerkannte mit diesem ersten Sozialgesetz der Welt das Naturrecht auch der Ärmsten auf Leben und Gesundheit. Obwohl man eine beratende Zuziehung der deutschen Ärzteschaft bei der Vorbereitung dieses tief in rein ärztliche Angelegenheiten eingreifenden Gesetzes nicht in Betracht gezogen hatte, fanden sich die Ärzte widerspruchslos damit ab, da die getroffene Regelung im Grunde ihrer altgewohnten Haltung gegenüber armen Volksgenossen entsprach.
4. Erst die Ausdehnung des Versicherungszwanges auf Volkskreise, die eines solchen Schutzes nicht bedürfen, veranlaßte die Ärzteschaft zur ablehnenden Stellungnahme. Dazu fühlte sie sich auch deshalb verpflichtet, weil die im Zusammenhang mit der sozialen Gesetzgebung entstandene Herabsetzung des eigenen Verantwortungsgefühls der Versicherten zu einer verbreiteten Gesundheitsgewissenlosigkeit und zu einer Erschwerung der Einhaltung der Grundgesetze jeder Krankenbehandlung geführt hatte. Den angestrebten Bemühungen der deutschen Ärzteschaft, den Gesetzgeber von einer weiteren gedanken- und bedenkenlosen Ausdehnung des Versicherungszwanges abzuhalten, blieb ein Erfolg versagt. Die soziale Gesetzgebung war zum Spielball der politischen Parteien geworden und damit dem Einfluß Sachverständiger entzogen.
5. Die rücksichtslose Mißachtung der von der Ärzteschaft der ganzen Kulturwelt hochgehaltenen Gesetze echten Arzttums bei der Weiterentwicklung der sozialen Gesetzgebung hat nun in Deutschland, dem Lande, dessen Pionierarbeit auf diesem Gebiet höchste Anerkennung fand, zu einer tödlichen Bedrohung der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung geführt. Ihren Untergang zu verhüten, ist das Gebot der Stunde und die Aufgabe der deutschen Ärzteschaft. Diese steht am Scheidewege. Sie muß sich entscheiden, ob sie den ihr von der derzeitigen Krankenversicherungsgesetzgebung gewiesenen Weg weitergehen und damit auf den Anspruch als Kulturträger geachtet zu werden, verzichten will oder ihre Kraft bis zum äußersten für eine Neugestaltung des Gesetzes einsetzen und unter gebührender Beachtung der voraussichtlichen kulturellen und zivilisatorischen Fortentwicklung einen Weg suchen will, auf dem sie der Volksgesundheit in Freiheit und Ansehen dienen kann.
6. Das unverkennbare Weltsicherheitsbestreben dürfte sich wahrscheinlich auch in Richtung einer allgemeinen Versicherung für den Krankheitsfall auswirken. Jedenfalls empfiehlt es sich, diese Möglichkeit bei der Beschäftigung mit den einschlägigen Fragen im Auge zu behalten. Eine Erfüllung der derzeitigen Bestrebungen, den Rahmen der Zwangsversicherung nochmals wesentlich zu erweitern, käme ja ohnehin fast einer Einbeziehung der ganzen Bevölkerung in diese gleich. Die Erfahrungen bei den vorausgegangenen Erweiterungen des Versicherungskreises berechtigen nicht zu der Erwartung einer besseren Bezahlung der kassenärztlichen Leistungen auf Grund der höheren Beitragszahlungen der wirtschaftlich bessergestellten Neuversicherten, zumal nur etwa ein Fünftel der Kasseneinnahmen zur Bezahlung ärztlicher Leistungen Verwendung findet.
7. Der mit einer Einbeziehung der ganzen Bevölkerung in die Zwangskrankenversicherung verbundene Wegfall jeder freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit könnte den Gesetzgeber veranlassen, allen Ärzten die Beteiligung an der Behandlung der Versicherten freizustellen. Zur Verhütung eines sonst sicher eintretenden wirtschaftlichen Zusammenbruchs der Krankenkassen würde er sich dann gezwungen sehen, entweder Bestimmungen zu einer mit den Grundsätzen der Krankenbehandlung überhaupt nicht mehr zu vereinbarenden Einschränkung der ärztlichen Behandlungsfreiheit zu erlassen oder eine sehr erhebliche Erhöhung der Beiträge festzusetzen. Beide Wege wären ungangbar, der erste im Interesse der Volksgesundheit abzulehnen, der zweite unter den obwaltenden wirtschaftlichen Verhältnissen überhaupt kaum zu erwägen.
8. Unter dem Zwang der äußerst bedrückenden, auch auf absehbare Zeit wohl kaum erheblich freier werdenden wirtschaftlichen Lage könnte der Gesetzgeber vielleicht auch Neigung verspüren, den von den Gewalthabern im deutschen Osten eingeschlagenen Weg zu betreten, unter weitestgehender Ausschaltung des Rechtes der Versicherten, den Arzt ihres Vertrauens mit der Behandlung zu betrauen, deren ärztliche Versorgung festangestellten Ärzten übertragen und durch die Errichtung von Ambulatorien usw. eine rationellere Art der Krankenbehandlung einführen. Vom rein wirtschaftlichen Standpunkt aus betrachtet, könnte ein solcher Plan nicht verworfen werden, doch würde er jedem westlichen Kulturempfinden geradezu ins Gesicht schlagen und den östlichen Kollektivbestrebungen die letzten Reste von Menschenwürde opfern.
9. Eine Einführung der Zwangsversichertenbehandlung durch festangestellte Ärzte würde übrigens die bisher zur kassenärztlichen Tätigkeit nicht zugelassenen Ärzte keineswegs zu der Erwartung berechtigen, endlich von der quälenden Sorge um ihre Existenz befreit zu werden. Die Zahl der angestellten Ärzte würde sich nach dem Bedarf richten. In Anbetracht des Überangebots ärztlicher Kräfte einerseits und der gebotenen Zurückhaltung bei der Verwendung öffentlicher Mittel andererseits bestände nur für einen dementsprechenden Teil der Ärzte Aussicht auf Beschäftigung. Alle übrigen würden, ohne jemals eine Chance der Bewährung erlangt zu haben, ihren Arztberuf aufgeben müssen, den ein wirklich zum Arzt Berufener wohl überhaupt nur ergriff, um ihn in Freiheit auszuüben.
10. Vielleicht könnte noch hier oder da der Hoffnung Raum gegeben werden, daß durch die eine oder andere Abwandlung einzelner Einrichtungen zur Durchführung der ärztlichen Betreuung der Zwangsversicherten eine wirkliche Besserung der Arztverhältnisse herbeizuführen sei oder auf dem Wege der bisher schon mit äußerster Gewandtheit, Zähigkeit und Ausdauer von den Vertretern der Ärzteschaft mit den Kassenvertretern geführten Verhandlungen eine gewichtige Erhöhung der Bezahlung kassenärztlicher Leistungen zu erzielen sei. Solche Erwartungen dürften nach den Ergebnissen aller derartigen, über viele Jahrzehnte hin geführten, um Pfennige feilschenden Verhandlungen unangebracht sein. Unsere

Feststellungen und Überlegungen lassen Hoffnungen, beim Weiterbestand der jetzigen Form der deutschen Krankenversicherungsgesetzgebung die schon schwer beeinträchtigte Freiheit der ärztlichen Berufstätigkeit wieder herzustellen oder wenigstens vor dem völligen Untergang zu bewahren, nicht begründet erscheinen. Diese Erkenntnis verpflichtet zur Suche nach anderen Wegen zur Erhaltung des Arztiums, deren Ziel eine zweckentsprechende Änderung der Krankenversicherungsgesetze sein muß.

Die Klage über Mißstände verpflichtet zur Erwägung von Maßnahmen zu ihrer Abstellung. Um jede mißverständliche Deutung meines nachstehenden bereits skizziert bekanntgegebenen Vorschlages¹⁾ von vornherein auszuschließen, sei hervorgehoben: Zweck des vorgetragenen Planes ist die Wiederherstellung und Erhaltung der Freiheit der ärztlichen Berufstätigkeit auch bei der Behandlung für den Krankheitsfall versicherter Personen unter Ablehnung der diese Freiheit schwerst beeinträchtigenden derzeitigen Form der Zwangskrankenversicherung, insbesondere auch schärfster Ablehnung jeder Ausdehnung einer solchen Krankenversicherung auf weitere Volkskreise.

Auf Grund eigener Überlegungen glaube ich nachfolgende Ausführungen bezeichnen zu dürfen als:

Ein Weg aus der Not.

1. Die Erkenntnis des ursächlichen Zusammenhanges der drohenden Vernichtung der ärztlichen Berufsfreiheit und der damit einhergehenden Gefährdung der Volksgesundheit mit bestimmten Auswirkungen der Zwangskrankenversicherung läßt eine dieser Sachlage Rechnung tragende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes geboten erscheinen.
2. Selbstredend müssen Vorschläge zur Änderung sozialer Einrichtungen deren sozialen Charakter, d. h. die grundsätzliche Bedingung einer Verteilung der notwendigen wirtschaftlichen Belastung entsprechend der Tragfähigkeit der einzelnen Mitglieder der erkrankten Gemeinschaft wahren.
3. Ziel der erforderlichen Änderung des Krankenversicherungsgesetzes muß die Wiederherstellung eines vom Einfluß Dritter freien Verhältnisses von Arzt und Krankem, die Wiederbelebung eines entsprechenden Selbstverantwortungsbewußtseins der Versicherten und eine Wiedererstarkung des geschwächten ethischen Hochstandes der Ärzteschaft sein.
4. Ein Vorschlag, die Zwangskrankenversicherung auf den Kreis der Personen zu beschränken, die eines Schutzes durch eine volle Übernahme der im Krankheitsfall notwendigen Aufwendungen durch den Versicherungsträger bedürfen, wäre gleichbedeutend mit einem Versuch, das Rad der Zeitentwicklung zurückdrehen zu wollen.
5. Jede Änderung der Form der jetzigen Krankenversicherung muß der Tatsache Rechnung tragen, daß eine nicht kleine Bevölkerungsschicht wegen der Benegtheit und insbesondere der Unsicherheit ihrer wirtschaftlichen Lage zur Selbsthilfe im Krankheitsfall nicht befähigt ist, demzufolge für diese Gruppe keine grundsätzlich anderen Bedingungen ihrer ärztlichen Versorgung in Vorschlag gebracht werden können.
6. Wesentlich anders liegen die Verhältnisse bei dem weitaus größeren Teil des jetzt bereits von der Zwangskrankenversicherung erfaßten Bevölkerungskreises, dessen weitere Ausdehnung bereits beantragt ist und schließlich zu einer Einbeziehung der ganzen Bevölkerung in das derzeitige System der Krankenversicherung führen würde. Da eine derartige Entwicklung die völlige Ausschaltung jeder tatsächlichen Freiheit ärztlicher Behandlungstätigkeit zur Folge hätte, muß ihr planmäßig mit allem Nachdruck entgegengewirkt werden.
7. Die Notwendigkeit der Anpassung einer der Erhaltung der Volksgesundheit dienenden Einrichtung an die von sozialen Grundsätzen getragene Gesellschaftsordnung macht das Bestreben, die dadurch entstehenden Lasten auf die Schultern des ganzen Volkes zu verteilen, verständlich. Die einschlägigen Gesetze müssen nicht nur einerseits die wirklichen Bedürfnisse und andererseits die wirtschaftlichen Gegebenheiten, sondern auch die Erfahrungen hinsichtlich der seelischen Auswirkungen dieses Zweiges der sozialen Gesetzgebung gebührend berücksichtigen.
8. Ebensowenig wie es einem Zweifel unterliegen kann, daß der größte Teil der Bevölkerung keineswegs einer unbeschränkten Sicherstellung für den Krankheitsfall durch Fremdhilfe bedarf, wie ihn die jetzige Form der Zwangskrankenversicherung durch Gewährung vollen Ersatzes der notwendig gewordenen Aufwendungen vorsieht, kann behauptet werden, daß die Beitragsleistungen zur Kostendeckung einer den Bedingungen neuzeitlicher Krankenbehandlung und einer dem Wert der ärztlichen Leistungen auch nur einigermaßen angepaßten Bezahlung kassenärztlicher Tätigkeit ausreichen.
9. Den festgestellten teils unzulänglichen, teils bedenklichen Auswirkungen der Zwangskrankenversicherung auf ärztlichem Gebiet kann durch eine Umstellung der bisherigen Gewährung ärztlicher Hilfe in natura in eine Zuschußleistung für die Begleichung der dann vom Arzt dem Zwangsversicherten in gleicher Weise wie den Nichtversicherten unter Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse des Behandelten zu stellenden Honorarforderung.
10. Voraussetzung für die Durchführbarkeit eines solchen Verfahrens ist zunächst eine Neuregelung der ärztlichen Gebührenordnung unter Anpassung auch der Mindestsätze an die Erfordernisse der Zeit; ferner eine Zugrundelegung dieser Mindestsätze bei der Rechnungsstellung für die Behandlung von Angehörigen der zur Selbsthilfe unfähigen, gesetzlich abzugrenzenden Bevölkerungsschicht; des weiteren Bemessung der Zuschußzahlungen an alle übrigen in die Zwangsversicherung Einbezogenen ebenfalls nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung ohne Rücksicht auf die nach dem Einkommen zu bemessende Beitragsleistung und endlich Zahlung des Zuschusses vom Versicherungsträger an den behandelnden Arzt unter Bestätigung auf der vom Versicherten vorgelegten Arztrechnung.
11. Ein solches Verfahren entspricht nicht nur den Grundsätzen jeder von wirklichem sozialen Geiste getragenen Einrichtung der Verteilung der Lasten nach der Tragfähigkeit der einzelnen Mitglieder der Gemeinschaft, sondern sichert auch dem Ärmsten eine durch den Überschuß aus den Mehrleistungen der Begüterten ermöglichte vollwertige und einigermaßen angemessen bezahlte ärztliche Behandlung.
12. Von wesentlicher Bedeutung für das ganze Arztwesen ist vor allem, die dann jedem zur Niederlassung als freiberuflich tätiger Arzt freizustellende Teilnahme an der Behandlung der Zwangsversicherten und die damit allen approbierten Ärzten gebotene Chance zur Bewährung in der selbständigen Berufsausübung; ferner die Wiederherstellung eines von Dritten nicht mehr gestörten Vertrauensverhältnisses von Arzt und Krankem; zudem der Wegfall einer Beeinflussung der ärztlichen Behandlungsweise durch Dritte und nicht zuletzt die Ermöglichung einer seiner Bedeutung angemessenen Lebenshaltung des Arztes.

¹⁾ Dr. K. Weiler: Neue Zeiten — neu Formen. Bayer. Arztebl. 1/51.

13. Als sichere Folge einer solchen Umstellung ist eine erhebliche Festigung des eigenen Verantwortungsbewußtseins der nicht von einer Zahlungspflicht befreiten Versicherten zu erwarten und eine daraus sich ergebende Zügelung des Verlangens nach nicht zur Krankheitsfeststellung oder -behandlung wirklich angezeigten Maßnahmen. Der damit verbundenen und auch durch das wieder eingeführte freie Liquidationsrecht des Arztes voraussichtlich bewirkte Rückgang der Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfeleistung gestattet dem Arzt, sich auch wieder der seelischen Beeinflussung seiner Kranken zu widmen und damit dem zunehmenden Unwesen der Kurpfuscher und Scharlatane Einhalt zu gebieten. Die Befreiung des Arztes von dem Zwang zu einer seiner unwürdigen Massenbehandlung gestattet ihm, auch bei der Hilfeleistung für die zu den Mindestsätzen zu Behandelnden die vom Arzt grundsätzlich zu erwartende Haltung einzunehmen.
14. Der Schutz vor einem Mißbrauch der ärztlichen Behandlungsfreiheit ist Aufgabe der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung. Diese kann ihrer Pflicht, die Beachtung der gesetzlichen Berufsordnung zu sichern um so besser genügen, je geschlossener die Ärzteschaft ist. Die Neuordnung beseitigt die durch die ungleiche Rechtsstellung der Kassen- und der Nichtkassenärzte entstandene die Erhaltung der notwendigen Einigkeit der Ärzteschaft bedenklich gefährdende Kluft. Auch besteht kein Anlaß mehr zu einer doppelspurigen Vertretung ärztlicher Standesinteressen, die bisher immer wieder zu Mißverständnissen der Verantwortlichkeit der beiden Organisationen für den Ärzten unerwünschte, ihre Interessen bedrohende oder sogar schädigende Vorgänge Anlaß gab. Somit ist auch in dieser Beziehung eine günstige Auswirkung der Neuordnung zu erwarten.
15. „Ein Weg aus der Not.“ Diese Bezeichnung sollte zum Ausdruck bringen, daß der entwickelte Plan einer den Grundsätzen der Krankenbehandlung angepaßten Abänderung der Zwangskrankenversicherung nur den Anspruch erhebt, als einer der möglichen Wege zur Rettung des deutschen Arztes aus seiner unerträglichen wirtschaftlichen und auch seelischen Not beachtet zu werden. Anlaß zu seiner Herausstellung gab die Überzeugung, daß die Zeit dazu reif ist, weil die Schicksalsstunde der Freiheit des ärztlichen Berufes geschlagen hat. Möge die deutsche Ärzteschaft sie nicht ungenützt vorübergehen lassen!

Die deutsche Ärzteschaft und die Weltgesundheitsorganisation

„Die größte Herausforderung des 20. Jahrhunderts, besonders der nächsten 20 Jahre liegt nicht in den Ideologie- und Machtkonflikten, die heute die Schlagzeilen unserer Zeitungen füllen. Das echte Problem liegt in der Bevölkerung der Welt — den über 1600 Millionen — deren Armut, Krankheit, Hunger und Unsicherheit beseitigt werden müssen, wenn die Menschheit nicht bald vor neuen Katastrophen stehen soll.“

Trygve Lie, Generalsekretär der UN.

Was ist die Weltgesundheitsorganisation? Die WGO ist eine den Vereinten Nationen angeschlossene internationale Organisation mit Sitz in Genf, Palais des Nations. Bereits heute gehören ihr die Regierungen von 74 Ländern an. Obwohl die im Weltkrieg besiegten Länder bisher noch nicht zugelassen waren, hat Japan jetzt offiziell seine Aufnahme in die WGO beantragt. Auch die Regierung der westdeutschen Bundesrepublik hat mit ihr Verbindung aufgenommen.

Was will und was leistet die Weltgesundheitsorganisation?

Die WGO hat es sich in der Erkenntnis, daß die Gesundheit aller Völker eine der wesentlichsten Voraussetzungen für Frieden und Sicherheit darstellt, zur Aufgabe gemacht, die Fortschritte der Hygiene und der Heilkunst der ganzen Menschheit dienlich zu machen. Ihre Tätigkeit erstreckt sich daher auf fast alle Bereiche des menschlichen Daseins. Die WGO schaltet sich dementsprechend tätig überall dort ein, wo ihre Mitwirkung dringlich wird, so bei Verhütung und Bekämpfung von Seuchen, der Fürsorge für Mutter und Kind, der gesundheitlichen Betreuung der Flüchtlinge in aller Welt. Die WGO unterstützt die öffentlichen Gesundheitsdienststellen der einzelnen Länder durch materiellen Beistand (Subventionen, Medikamente, Entsendung besterfahrener Fachberater u. a. m.), durch laufende Unterrichtung über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens usw.

Hier soll und kann nicht im einzelnen auf die überaus reichhaltige Tätigkeit der Weltgesundheitsorganisation und ihrer Untergliederungen (Regional Offices) eingegangen werden. Einige kurze Hinweise auf ihr Wirken dürften aber schon eine nicht allzu unbestimmte Vor-

stellung von der Bedeutung und dem Nutzen der Tätigkeit dieser einmaligen internationalen Gesundheitsorganisation ermöglichen.

Die Malaria und eine Reihe anderer weitest verbreiteter Krankheiten bedrohten das menschliche Leben in Afrika in geradezu katastrophalem Ausmaße. Dank des Eingreifens der WGO gelang es nun, in gemeinsamen Beratungen der erfahrensten Sachverständigen Verfahrensrichtlinien aufzustellen, nach denen in diesem „dunklen Kontinent“ zielstrebig und mit durchschlagendem Erfolge gegen die Malaria vorgegangen wird.

In Haiti, Indonesien, Indien und vielen anderen Ländern werden zur Zeit umfangreiche Unternehmungen gegen die ungemein verbreiteten Geschlechtskrankheiten durchgeführt, wobei bestbewährte Fachkräfte der WGO, ausgerüstet mit allen neuzeitlichen Hilfsmitteln in engster Zusammenarbeit mit einheimischen Ärzten und Pflegekräften in unablässiger angestrengtester Arbeit bemüht sind, die Bevölkerung einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, die Erkrankten der Heilung zuzuführen und damit die Gefahr der Krankheitsverbreitung zu bannen.

Als die WGO die Betreuung der aus Palästina geflüchteten Araber übernahm, entstand daraus eine einmalige Anti-Trachom-Aktion größten Ausmaßes. Als im Vorjahre die Grippe in mehreren Ländern Europas bedrohliche Auswirkungen zeitigte, errichtete die WGO umgehend Zentralstellen in besonders gefährdeten Gegenden, um die Prüfung der Virusgruppen und eine erfolversprechende Regelung der Behandlungsmaßnahmen zu erleichtern. Als bekannt wurde, daß die zu ungezählten Tausenden aus Bulgarien flüchtenden Türken in der Türkei meist in völlig verwaarlostem Zustand eintrafen, stellte der Exekutivausschuß der Weltgesundheitsorganisation binnen kürzester Frist den Betrag von 55 000 Dollar zur gesundheitlichen Betreuung der Ärmsten zur Verfügung.

Im Mai dieses Jahres findet in Genf die vierte Vollversammlung der WGO statt. Zur Beratung und Beschlussfassung steht ein „Vierjahresplan der Gesundheit“ für die Zeit von 1952—1955. Als Hauptgegenstände der Verhandlung sind vorgesehen: Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes aller Länder, Verbesserung und Aus-

dehnung der Ausbildungsstätten für das Gesundheitspersonal jeder Art, Entwicklung eines weltumfassenden praktisch wirkungsvollen Dauergesundheitsdienstes einschließlich der Gesundheitsstatistik, Angleichung gesundheitsdienstlicher Vorschriften in den einzelnen Ländern, der Standardisierung von Medikamenten, der Übereinstimmung ihrer Kennzeichnungen u. a. m. Außerdem will die WGO ihre Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen weitgehend vertiefen.

Diese kurzen Hinweise dürften gezeigt haben, daß die WGO bereits als eine Weltmacht auf dem Gesundheitsgebiet anzusprechen ist. Diese Macht, deren Sitz sich in Genf in unserer unmittelbarsten Nähe befindet, verfügt über ein Jahresbudget von 7 Millionen Dollar, über eine unübersehbare Anzahl von Fachkräften, modernste Untersuchungsanstalten, reichste Veröffentlichungsmittel und endlich, doch keineswegs zuletzt über frische tatensfrohe Willens- und Antriebskraft.

Wie stellt sich die deutsche Ärzteschaft zur Weltgesundheitsorganisation?

Die Aufnahme der westdeutschen Bundesrepublik in die WGO wird für die deutsche Ärzteschaft von weittragender Bedeutung sein, da ihr dann wieder Gelegenheit geboten wird, ihre ehemalige bestbewährte und von aller Welt anerkannte segensreiche Mitarbeit bei der Gesundheitsfürsorge für die ganze Menschheit einzusetzen. Der deutsche Arzt ist freudigst bereit, an dem Werk der WGO unter Einsatz seiner ganzen Kraft mitzuwirken, sei es im Bereich der dem deutschen Menschen verbliebenen Wohngebiete, sei es irgendwo in der weiten Welt. So wenig Seuchen vor Ländergrenzen haltmachen, ebensowenig sinnvoll wäre es, die Kräfte der deutschen Ärzteschaft noch weiterhin von der Mitarbeit bei der gesundheitlichen Betreuung der Menschheit außerhalb der deutschen Wohngebiete auszuschließen. Dr. We/Kl.

MITTEILUNGEN

Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte e. V.

Nachstehend geben wir auszugsweise ein Rundschreiben der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte e. V. wieder, das an alle deutschen Naturforscher und Ärzte gerichtet ist:

Die Frage nach der Notwendigkeit einer alle naturwissenschaftlichen und medizinischen Fächer umfassenden Organisation, wie sie seit 1822 in der von Lorenz Oken gegründeten Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte besteht, wurde auch in unserer Zeit wiederholt gestellt und immer wieder bejaht.

In seiner Eröffnungsrede auf der Wiesbadener Tagung 1932 hat der damalige Vorsitzende der Gesellschaft, Ludwig Aschoff, den programmatischen Satz geprägt:

„Alle Versuche, die Ärzte von den Naturforschern zu trennen, sind gescheitert. Der Kampf um die Grundbegriffe des Lebens, der Entwicklung, der Vererbung, der Beziehungen zwischen Leib und Seele, Krankheit und Gesundheit und schließlich um den Aufbau des Weltalls geht immer wieder auf die Naturforscherversammlungen über und steigert uns je nach dem Ernst des geistigen Ringens zu Höhepunkten unseres naturwissenschaftlichen Lebens.“

Diese Zusammengehörigkeit von Naturwissenschaften und Medizin hat auch Alfred Kühn, der Vorsitzende der letzten Vorkriegstagung in Stuttgart 1938 in seiner Festansprache eindrucksvoll betont und die erste Nachkriegstagung in München 1950 war in ihrer Gestaltung ein einziges Bekenntnis zu dieser Überzeugung. Besonders schön kam dieser Gedanke in der richtungweisenden Begrüßungsrede des Herrn Bundespräsidenten Prof. Dr. Heuß zum Ausdruck.

An alle Fachgenossen beider Fakultäten aber richten wir den Ruf, unserer Gesellschaft als Mitglied beizutreten und damit an die Erfüllung ihrer Ziele mitzuwirken. Der jährliche Beitrag ist auf DM 5.— festgesetzt. In den Jahren, in denen Versammlungen stattfinden, wird er auf die Teilnehmergebühr angerechnet. In den Zwischenjahren werden dafür die „Verhandlungen“ der Tagung des vorhergegangenen Jahres geliefert. Die auf der Münchener Versammlung vom Oktober 1950 gehaltenen Vorträge liegen druckfertig vor. Allen Mitgliedern der Gesellschaft und denjenigen Kollegen, die bis Ende März ihren Beitritt zu unserer Gesellschaft erklären, werden die Verhandlungen in Form eines Sonderbandes ohne weitere Berechnung zur Verfügung gestellt.

Für Mitglieder der Ostzone beträgt der Beitrag DM 5.— Ost. Da dieser Betrag, der nur einer DM-West entspricht, nicht entfernt ausreicht, die anteiligen Kosten zu decken, werden diejenigen Mitglieder der Westzone,

die dazu in der Lage sind, gebeten, eine Patenschaft für Kollegen der Ostzone durch freiwillige Erhöhung ihres Beitrages zu übernehmen.

Den Mitgliedern der Gesellschaft wird von zwei Verlagen beim direkten Bezug naturwissenschaftlicher und medizinischer Zeitschriften ein erheblicher Rabatt gewährt, und zwar seitens der Firma Springer ein solcher von je 25% für die beiden Organe der Gesellschaft, „Die Naturwissenschaften“ und die „Klinische Wochenschrift“, sowie seitens der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft in Stuttgart ein solcher von 20% für die „Naturwissenschaftliche Rundschau“.

Der Vorstand der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte besteht gemäß Beschluß der Mitgliederversammlung vom 25. Oktober 1950 vom 1. Januar 1951 an aus den folgenden Herren:

Professor Buntenandt, Tübingen, 1. Vorsitzender;
Professor von Bergmann, München, 2. Vorsitzender;
Professor Büchner, Freiburg, 3. Vorsitzender;
Professor Hörlein, Eiberfeld, Schatzmeister
und den weiteren Vorstandsmitgliedern:

Prof. Hartmann, Hechingen, Prof. Heckmann, Hamburg, Prof. Katsch, Greifswald, Prof. von Laue, Göttingen, Prof. Randerath, Heidelberg, Prof. Rassow, Leipzig, Prof. Zange, Jena, sowie den Herren Prof. Oehlkers, Freiburg und Prof. Frey, München, als den Vorsitzenden der naturwissenschaftlichen und medizinischen Hauptgruppe.

Anmeldungen zur Gesellschaft werden an die Adresse der Geschäftsstelle: Wuppertal-Elberfeld, Friedrich-Ebert-Str. 217, erbeten, die Beitragszahlungen auf das Postscheckkonto Köln 71817.

Gebrauch von Badekuren ohne ärztliche Indikationsstellung

Aus einem Briefe des Kuramtes der Gemeinde Bad Wiessee an die Bayer. Landesärztekammer entnehmen wir folgendes:

„Jahrzehntelange Erfahrungen haben uns gezeigt, daß diejenigen Kurgäste, welche auf Grund eigener Initiative hierherkommen, zu einem gewissen Prozentsatz fehlgeleitet sind, d. h. nicht die richtige Indikation für unsere Quellen haben. Es ist außerordentlich schwer, einen solchen „Fehlgeleiteten“ in der Sprechstunde (es spricht jetzt der Kurarzt im Gemeinderat) davon zu überzeugen, daß die Quellen als solche für ihn nicht in Frage kommen, sondern nur medikamentöse oder diätetische Maßnahmen für ihn zweckmäßig sind. Wirtschaftliche Momente — Vorausbestellung von Quartier, vielleicht sogar für mehrere Familienmitglieder, Zeitbeschränkung in der Urlaubsfrage, die Tatsache, daß vielleicht der eine Ehepartner für die hiesigen Quellen sehr geeignet ist und

nicht allein bleiben will, kurz und gut alles Gründe, die letzten Endes gar nichts mit dem Leiden des Kurpatienten zu tun haben — bringen ihn dahin, nicht nur hier zu bleiben, sondern er erliegt trotz des Widerstands seines Kurarztes der Suggestion der Umgebung und gebraucht die Quellen — oft ohne Wissen seines Arztes, denn es besteht nur ein Arztzwang für den Gebrauch der Kohlensäure-Bäder. Die Folgen solcher „wilder Bädereien“ sind manchmal nicht besonders schlimm, oft aber geradezu verheerende. Für den Patienten können sie zu starken gesundheitlichen Schäden führen, die sich durchaus nicht immer sofort während des Badeaufenthaltes zu zeigen brauchen (wie bei Basedowkrankheiten) oder aber zu einem völlig verpuschten Aufenthalt durch sofortiges schlechtes Befinden. Für den Kurort als solchen sind solche „fehlgeleitete Bädereien“ fast immer ein furchtbarer Nackenschlag, denn dieser Patient erzählt zu Hause jedem, der es hören will, und auch anderen: „Mir hat dieser Kurort gar nichts genützt, im Gegenteil, er hat mir geschadet.“ Er erzählt aber nie, daß er seinen Hausarzt nicht gefragt hat, ob dieser Kurort für ihn geeignet sei, und er erzählt wohl auch nicht, daß ihn ein dortiger Kurarzt von der Kur zurückhalten wollte. Ein solcher Mißerfolg wiegt erfahrungsgemäß schwerer, als zehn Erfolge bei Patienten.“

Berufsmäßige Abtreibungen durch Ultraschallungen

Von der Fachabteilung Elektromedizin des Zentralverbandes der elektrotechnischen Industrie — Unterabtei-

lung Ultraschall — wird darüber Beschwerde geführt, daß aus dem in Nr. 8/1950 im Bayer. Ärzteblatt wiedergegebenen Brief der Eindruck entstehen könnte, als ob seriösen Firmen der indirekte Vorwurf der Beihilfe zu unlauteren Werbemethoden gemacht würde.

Es sei darum hiermit ausdrücklich festgestellt, daß ein derartiger Vorwurf in keiner Weise erhoben wurde, da niemand daran denken wird, das Geschäftsgebahren einiger gewissenloser Vertreter einer Firma zur Last zu legen. Die Bayer. Landesärztekammer kann aber nicht auf ihr Recht und auf ihre Pflicht verzichten, vor gemeingefährlichen Gesundheitsschädigungen, wie sie durch verbrecherische oder unvorsichtige Anwendung des Ultraschallgerätes möglich sind, die Kollegen zu warnen.

Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren

Im Februar 1951 wurde in Stuttgart der „Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren“ gegründet. Dieser Verband sieht seine Aufgabe darin, die Grundlehren und die Methodik der Naturheilkunde weiterzuentwickeln, wissenschaftlich zu fördern und sie in Lehrgängen den interessierten Kollegen zu vermitteln. Der Vorstand setzt sich zusammen aus:

1. Vors.: Professor Dr. Alfred Brauchle, Schönau.
2. Vors.: Dr. Hans Kusche, Murnau/Obb.
- Schriftführer: Dr. Adolf Hoff, Bad Wörishofen.
- Kassier: Frau Dr. Lisa Glaser, Türkheim/Schw.

Anmeldungen und Zuschriften sind zu richten an Dr. med. Adolf Hoff, Bad Wörishofen.

Ärztliche Fortbildung in Bayern im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer

VI. Ärztlicher Fortbildungskursus in Regensburg vom 4. mit 6. Mai 1951

Leitung: Prof. Dr. Dietrich Jahn

Programm

Donnerstag, den 3. Mai 1951: Festvortrag.

Prof. Dr. Diepgen, Direktor des Mediz.-Histor. Institutes der Universität Mainz, „Der Arzt und die Wissenschaft vor hundert Jahren“.

Freitag, den 4. Mai 1951

1. Hauptthema: Vegetatives Nervensystem.
1. Anatomische Grundlagen der Lehre vom vegetativen Nervensystem
Prof. Dr. Ph. Stöhr, Bonn a. Rh., Direktor des Anatom. Instituts der Universität
 2. Fortschritte in Physiologie und Pharmakologie des vegetativen Nervensystems
Prof. Dr. W. R. Holtz, Rostock, Pharmakolog. Institut der Universität
 3. Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems im Rahmen neurologischer Krankheitsbilder
Prof. Dr. Gagel, Nürnberg
 4. Derzeitiger Stand der Sympathikuschirurgie
Prof. Dr. Sunder-Plassmann, Münster/Westf., Direktor der Chirurg. Universitätsklinik
 5. Neuere Anschauungen über die Bedeutung des vegetativen Nervensystems bei inneren Erkrankungen
Prof. Dr. Bodechtel, Düsseldorf, Direktor der II. Med. Klinik der Akademie

Samstag, den 5. Mai 1951

2. Hauptthema: Bronchialerkrankungen.
1. Die pathologische Anatomie der Bronchialerkrankungen
Prof. Dr. Uehlinger, St. Gallen, Schweiz, Kantonsspital.

2. Die Bronchiallymphknotentuberkulose und ihre Differentialdiagnose
Prof. Dr. Catel, Mammolshöhe/Taunus, Chefarzt der Landeskinderheilstätte
3. Das klinische Bild des Bronchialcarcinoms
Prof. Dr. Stroebe, Bremen, Städt. Krankenhaus
4. Röntgendiagnostik und Therapie des Bronchialcarcinoms
Prof. Dr. Holthausen, Hamburg, Krankenhaus St. Georg
5. Indikationen und Erfolge der Lobektomie
Prof. Dr. Frey, München, Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik.

Sonntag, den 6. Mai 1951

3. Hauptthema: Infektionskrankheiten.
1. Hygienische Maßnahmen zur Verhütung von Epidemien
Prof. Dr. Knorr, Erlangen, Direktor d. Hygienischen Instituts
 2. Die Abwehrmaßnahmen des Körpers gegen Infekte und die Grundsätze der Infektionsbekämpfung
Prof. Dr. R. Bieling, Marburg/Lahn, Behringwerke
 3. Fortschritte in der Erkenntnis vom Wesen der Infektionskrankheiten
Prof. Dr. Höring, Worms, Stadtkrankenhaus
 4. Behandlung und Vorbeugung kindlicher Infekte
Prof. Dr. H. Kleinschmidt, Göttingen, Direktor der Universitäts-Kinderklinik
 5. Die infektiösen Darmerkrankungen in Diagnostik und Therapie
Prof. Dr. Grote, Wetzlar, Direktor der Inneren Abteilg. des Städt. Krankenhauses
- Anfragen und Anmeldung an das Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Dachauplatz 4/I. Tel. 3851/371.

Der 3. Sudetendeutsche Ärztetag

(veranstaltet vom „Verband der sudetendeutschen Ärzte e. V.“)

wurde aus technischen Gründen auf den Herbst 1951 verlegt.

Tagung

der Arbeitsgemeinschaft für Hirntraumafragen

(In der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater)

Im zeitlichen Zusammenhang mit dem am 21. und 22. April 1951 stattfindenden Kongress der nord- und nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen hält die Arbeitsgemeinschaft für Hirntraumafragen vom 18. bis 20. April in Bad Pyrmont ihre diesjährige 4. Tagung ab.

Rahmenthemata:

1. Tag: Die Neugestaltung der Versorgung und Fürsorge für Hirnverletzte nach dem Bundesversorgungsgesetz.

2. Tag: Vormittags: Forensische Beurteilung und Spezialfragen der Begutachtung Hirnverletzter.

Nachmittags: Hirntrauma und Spätblutung.

3. Tag: Traumatische Epilepsie (Fortsetzung der Arbeit der vorjährigen Tübinger Tagung).

Anfragen sind zu richten an Dr. Botho Wolff, Bad Pyrmont/Löwenstein, Hirnverletztenheim, Tel. 386.

Vereinigung für Ultraschallforschung

Die Wissenschaftliche Vereinigung für Ultraschallforschung e. V. hält ihre Mitgliederversammlung und Tagung am Donnerstag, den 5. April 1951, von 15—19 Uhr in Wiesbaden im Casino, Friedrichstraße 22/I, ab.

Der Schriftführer: Dozent Dr. med. Dr. phil. U. Hintzelmann, Chefarzt d. Städt. Rheuma-Klinik Wiesbaden, Schloßplatz 3.

2. Lindauer Psychotherapiewoche vom 30. 4. mit 5. 5. 1951

In der Zeit vom 30. April mit 5. Mai 1951 findet die zweite Lindauer Psychotherapiewoche statt.

Themen:

1. Der Stand der Psychotherapie im westlichen Ausland. 2. Das psychosomatische Problem.

Dozenten (alphabetisch): Bjerre (Schweden): Die Psychosynthese. Bovet (Schweiz): Psychosomatik und der Begriff der Person. Bruel (Dänemark): Die Psychodynamik der Schizophrenie. Frankl (Österr.): Die Leib-Seele-Geist-Problematik vegetativer und endokriner Funktionsstörungen. Heyer (Wasserburg/Inn): Tiefenpsychologie als Grenzwissenschaft. Hoff (USA): Psychosomatische Behandlung gastro-intestinaler Störungen. Kihn (Erlangen): 1. Psychotherapie der Psychosen. 2. Der Tod als psychotherapeutisches Problem. Kolle (Frankfurt): Die Bildnerie in der Psychotherapie (mit Bildvorweisungen). Kretschmer (Tübingen): Die psychosomatischen Behandlungsformen (Grundlagen, Indikation, Methoden). Laforge (Frankreich): Das Scheitern im Leben der Menschen und Völker. Leibbrand (Erlangen): Geistesgeschichtliche Grundlagen der abendländischen Psychosomatik und Psychotherapie. Mailliet (Luxemburg): Psychosomatische Aspekte des habituellen Kopfschmerzes. Orelli von (Schweiz): Der anthropologische Ort der Psychologie C. G. Jungs. Schindler (England): Der Nutzen der Neurose. J. H. Schultz (Berlin): Neurosenformen. Teireich (Österr.): Die psychologische und medikamentöse Behandlung des Alkoholismus. Stokvis (Holland): Psychosomatik der Entspannung. In der Vorwoche (23. mit 28. April 1951) Praktische Kurse: J. H. Schultz: Autogenes Training. G. R. Heyer: Analytische Psychotherapie. Anfragen an das Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, Privatklinik Dr. Speer, Lindau (Bodensee).

Kongresse und Fortbildungskurse

März:

28.—31. in München: 58. Tagung d. Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie
28. 3.—1. 4. in Schwäbisch-Hall: Internation. Kongress für medizinische Anthroposophie
30. 3.—1. 4. in Bad Nauheim: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung

April:

2.—5. in München: zweijähr. Lehrgang für Krankengymnastik
2.—5. in Wiesbaden: 57. Tagung der Deutschen Gesellschaft f. Innere Medizin
4.—8. in Bad Pyrmont: Deutscher Kongress für Gynäkologie
16.—19. in Heidelberg: Kongress der Deutschen Anatom. Gesellschaft
30. 4.—5. 5. in Lindau: 2. Psychotherapiewoche

Mai:

1.—2. in Baden-Baden: 18. Tagung der Ges. Südwestdeutscher Tuberkuloseärzte
4.—5. in Nürnberg: Krüppelfürsorge-Kongress
4.—6. in Regensburg: 6. Äztl. Fortbildungskurs
8.—10. in Innsbruck: Krebstagung
10.—12. in Hamburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft der HNO-Ärzte
Pflingsten in Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtl. und soziale Medizin
15.—17. in Wien: Tagung für Unfallchirurgie
25.—27. in Konstanz: Südwestdeutscher Röntgenologenkongress

AUS DER FAKULTÄT

Würzburg:

Prof. Dr. med. Heinrich Scheiler, bisher Erlangen, hat die Berufung zur Übernahme der o. Professur für Psychiatrie und Neurologie angenommen und wird mit dem 1. 4. 1951 die Leitung der Universitäts-Nervenklinik übernehmen.

Dr. med. Rudolf Klauke wurde zum Privatdozenten für „Psychiatrie und Neurologie“ ernannt.

PERSONALIA

Prof. Dr. med. Alfred Marchionini, Direktor der Dermatol. Klinik München, wurde zum korrespondierenden Mitglied der „Schwedischen Dermatologischen Gesellschaft“ ernannt.

Prof. Dr. med. A. E. Lampé, Honorarprofessor f. Innere Medizin i. d. Med. Fakultät München, beging am 8. 2. 1951 seinen 65. Geburtstag.

Prof. Dr. med. Erich Grafe, früher o. Professor f. Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik Würzburg, beging am 24. 2. 1951 seinen 70. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Karl Ranke, * 7. 10. 1861, † 25. 1. 1951

Am 25. 1. 1951 ist in München Geheimer Sanitätsrat Dr. med. Karl Ranke einem langjährigen Leiden erlegen.

Ranke war seit Jahrzehnten eine führende Persönlichkeit im ärztlichen Leben Bayerns. Er studierte in Bonn, Leipzig und Würzburg. Ursprünglich wollte er Chirurg werden, wandte sich aber dann der Psychiatrie zu.

1888 kam er als Assistent zu Grashey nach München und war abwechselnd mit Dr. Snel als Leibarzt des Königs Otto in Fürstenried tätig.

Später gründete er zusammen mit Geheimrat v. Linde die Privatirrenanstalt in Obersendling, die unter seiner Leitung schnell emporblühte.

Ranke war mit Leib und Seele Arzt. Er betrachtete es als seine Hauptaufgabe, seine Patienten nicht allzu sehr an den Arzt zu ketten, sondern sie möglichst bald wieder auf eigene Füße zu stellen. Psychotherapie betrachtete er als eine Anleitung zur Selbsterziehung.

Eine umfassende Allgemeinbildung erlaubte ihm persönlichen Kontakt mit Patienten aus allen Gesellschaftsschichten und Berufskreisen. Die Wahrnehmung der Interessen seiner Patienten legte ihm nicht selten die Notwendigkeit rücksichtsloser Vertretung seiner Auffassung gegenüber politischen und behördlichen Einflüssen auf. So wandte er sich entschieden gegen die Sterilisierung und jede Form von Euthanasie. Diese ablehnende Haltung führte während des Dritten Reichs zu einer gewissen freiwilligen Vereinsamung. Er zog sich in seine Anstalt zurück, in der er ein wahrhaft patriarchalisches Regiment führte, unterstützt von der aufopfernden Treue seiner Mitarbeiter. So zeigte er in seinem Bereich den Weg zum sozialen Frieden auf eine höchst persönliche Weise.

Ranke war ein hervorragender Diagnostiker und Therapeut. Daneben verfügte er über eine ungewöhnliche organisatorische Begabung und Kunst in der Menschenbehandlung.

Er war eine breit angelegte, kraftvolle Natur, tief verwachsen mit dem Boden seiner Heimat, ein gütiger und fürsorglicher Mann von wahrhaft christlicher Gesinnung.

Sein klinischer Lehrer Gerhard wollte ihn für die akademische Laufbahn gewinnen. Ranke hat bewußt entsagt und ein Leben ärztlicher Hingabe an seine Kranken geführt.

Im 81. Lebensjahr zerstörte ihm der Krieg sein Werk, das er sich in jahrzehntelanger, hingebungsvoller Arbeit aufgebaut hatte. Die erzwungene Untätigkeit verdüsterte die letzten Jahre seines Lebens.

Ranke wird in der Erinnerung der bayer. Ärzteschaft als leuchtendes Vorbild ärztlicher Tugenden fortleben.

Dr. Max Mikorey

Dr. med. Daniel Helbig, * 16. 3. 1907, † 14. 2. 1951

1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins Südfranken

Durch einen tragischen Unglücksfall verlor der Ärztliche Bezirksverein Südfranken seinen 1. Vorsitzenden, Herrn Dr. med. Daniel Helbig, Facharzt für Chirurgie und Chefarzt des Kreiskrankenhauses Gunzenhausen. Auf einer Dienstreise zur Landesärztekammer ist er in den Morgenstunden des 14. Febr. 1951 durch einen Auto-unfall schwer verletzt worden und am selben Tage noch seinen Verletzungen erlegen.

Dr. Helbig war nach gediegener Fachausbildung in Nürnberg und Hamburg als Facharzt für Chirurgie 1939 ins Feld gerückt und hat sich dort seine chirurgischen Sporen in vorderen Sanitätseinheiten verdient. Mit dem EK I ausgezeichnet, kehrte er gegen Ende des Krieges in die Heimat zurück und war als Chirurg am Reserve-lazarett Hensoltshöhe in Gunzenhausen bis zum Kriegsende zur vollsten Zufriedenheit seiner Vorgesetzten und der vielen ihm anvertrauten Verwundeten tätig. Nach dem Zusammenbruch wurde er zum Chefarzt des Bezirkskrankenhauses Gunzenhausen gewählt und war dort als ein tüchtiger Chirurg und bei Schwestern und Patienten gleich beliebter Chefarzt, der seinem Kreis auch beim Erweiterungsbau seines Krankenhauses ein

wertvoller Berater war und als fürsorglicher Arzt weithin bekannt. So wurde er auch im Jahre 1947 durch das Vertrauen seiner südfränkischen Kollegen zu ihrem 1. Vorsitzenden gewählt und hat sich in dieser Stellung durch seine gerechte, ritterliche und auch für alle Notleidenden stets warm mitfühlende Geschäftsführung die Achtung und Anhänglichkeit seines Bezirksvereins erworben. Auch auf dem Bayer. Ärztetag hat er seinen Bezirksverein als Delegierter vertreten und dort in dem auf seine Initiative gegründeten Ausschuß für Krankenhausfragen wie auch sonst in allen Standesfragen tatkräftig mitgearbeitet. Die südfränkischen Kollegen wollen sein Andenken auch in Zukunft dadurch ehren, daß sie gleich gerecht, gleich ritterlich und gleich warmherzig, wie ihr verstorbener 1. Vorsitzender, ihre Standesangelegenheiten betreiben. Dr. Hermann Doerfler

Dr. med. Alfred P. Tiehl, * 13.8.1885, † 18.2.1951

Dr. med. Alfred Paul Tiehl, seit einigen Jahren prakt. Arzt in Eichstätt, wurde am 17. 2. 1951 auf der Heimfahrt von einer Sitzung des Ärztlichen Bezirksvereins Südfranken von einem Schlaganfall getroffen und starb in den frühen Morgenstunden des 18. Februar im Städt. Krankenhaus Eichstätt. Nach langjähriger Tätigkeit in Ratibor wurde er nach Ausweisung aus seinem schlesischen Heimatland, an dem er mit heißer Liebe hing, von treuen Freunden in echt christlicher Nächstenliebe in Eichstätt aufgenommen und hatte sich auch hier die Achtung und Anhänglichkeit seiner Patienten und die Freundschaft vieler Eichstätter sowie die Wertschätzung seiner Kollegen zu erwerben verstanden.

Dr. Hermann Doerfler

AUSLANDSNACHRICHTEN

Budget von 8 300 000 Dollar beantragt

Auf der zur Zeit tagenden Sitzung des Executiv- und Finanzausschusses der Weltgesundheitsorganisation beantragte der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Brock Chisholm zusätzliche Geldmittel zur Aktivierung und Ausdehnung der begonnenen Gesundheitsaktionen in aller Welt. Zur Erreichung der sich bereits klar abzeichnenden Ziele wird für das Jahr 1952 ein Budget von ca. 8 300 000 Dollar für notwendig erachtet. Obwohl allgemein die Durchführung der begonnenen Arbeiten für notwendig erachtet wurde, erhoben doch einige Mitglieder erhebliche Bedenken dagegen, die zur Zeit besonders belasteten Regierungen mit derartigen Sonderzuschüssen zu belasten. Sie sprachen sich dafür aus, es bei dem bisherigen Budget von 6—7 000 000 Dollar zu belassen. Vor allem Dr. Stampar (Jugoslawien) und Dr. Mackenzie (Großbritannien) erhoben Bedenken gegen ein zu hohes Budget.

Bei der Verteidigung seines Budgetvorschlages erklärte Dr. Chisholm, daß das Jahr 1952 für die WGO das entscheidende Jahr dafür sein würde, ob sich die WGO zu einem Führer in allen Gesundheitsproblemen der Welt entwickeln würde oder zu einem Parasiten. Da in nahezu allen Ländern der Welt große Gesundheitsaktionen im Gange sind, ist es vornehmste Aufgabe der WGO, die Koordinierung zu behalten und weiterhin antreibende Aktionsimpulse zu geben. Dr. Chisholms Ausführungen wurden lebhaft von Dr. A. HOJER (Schweden) und Dr. H. van Zile Hyde (USA) unterstützt. Letzterer erinnerte daran, daß die Vereinigten Staaten kürzlich durch Kongreßbeschuß in Würdigung der unschätzbaren Tätigkeit der WGO ihren Jahresbeitrag zu dieser Organisation von 2 920 000 Dollar auf 3 000 000 Dollar erhöht haben.

Da noch keine Einigung erzielt werden konnte, wurde beschlossen, für die Festsetzung des Jahresbudget 1952 eine Sondersitzung der Kommission unter Vorsitz von Dr. Stampar einzuberufen.

Ein „Weltkrebstag“ soll vom nächsten Jahr ab jährlich am 2. Aprilsonntag veranstaltet werden. Für den Vollzugsausschuß der Internationalen Vereinigung zur Krebsbekämpfung wurden 3 neue Delegierte, darunter ein Deutscher, auf dem V. Internationalen Krebskongreß in Paris vorgeschlagen.

RUNDSCHAU

Die Zunahme der Ärzte gegenüber 1938. Im Heft 11/50 der Monatshefte des Bayerischen Statistischen Landesamts „Bayern in Zahlen“ findet sich folgende interessante Veröffentlichung von Dr. Charlotte Mühle:

„Es trafen auf einen Arzt 1938 1432
1949 817 Personen der Bevölkerung.“

„Die Zahl der Ärzte betrug im Jahre 1938 im rechtsrheinischen Bayern (also einschließlich Lindau) 4872; Ende 1949 befanden sich 12 286 Ärzte in Bayern (ohne Kreis Lindau), von denen 11 422 ihren Beruf ausübten. Daraus kamen 1938 auf einen arbeitenden Arzt 1432 Personen der Bevölkerung, 1949: 817 Einwohner.“

„In den einzelnen Verwaltungsbezirken weichen die Zahlen der auf einen Arzt treffenden Einwohner stark voneinander ab. In Mittelstädten ließen sich verhältnismäßig mehr Mediziner nieder als auf dem Lande und betrieben Landpraxis von den größeren Zentren aus. In den Großstädten und den drei Universitätsstädten findet sich — entsprechend der Zahl der großen Krankenanstalten — eine besondere Häufung von Ärzten. Dazu treten die Zahlen derjenigen Mediziner, die nur mit Forschung und Lehre befaßt sind, also die Hochschulprofessoren und -assistenten der Universitätsinstitute, wie z. B. das anatomische, chemisch-bakteriologische, pathologische u. a. m. Deshalb seien die Arztezahlen dieser Städte gesondert angeführt.“

Übersicht: 1. Arztdichte der größeren Städte Bayerns 1949

Stadt	Ärzte	Bevölkerung	Auf einen Arzt treffen Einwohner
München	2 772	808 244	291,6
Würzburg	532	74 149	139,4
Erlangen	380	49 391	150,0
Nürnberg	461	845 282	749,0
Augsburg	810	183 570	592,2
Begensburg	278	120 038	431,8
Fürth	150	100 249	668,3

Übersicht 2. Registrierte Ärzte in Bayern 1949 (einschl. der Ärzte „ohne Berufsausübung“)

Regierungsbezirk	1949			1938		
	absolut	auf 10 000 Einwohner treffen Ärzte	auf 1 Arzt treffen Einwohner	absolut	auf 10 000 Einwohner treffen Ärzte	auf 1 Arzt treffen Einwohner
Oberbayern	5 020	19,94	501	1 980	10,64	989,8
Niederbayern	907	8,07	1 238	309	3,92	2 549,8
Oberpfalz	902	9,68	1 033	310	4,60	2 175,3
Oberfranken	1 073	9,46	1 057	391	4,82	2 076,3
Mittelfranken	1 623	12,60	795	715	6,67	1 498,9
Unterfranken	1 473	13,98	718	613	7,40	1 350,7
Schwaben	1 288	10,00	1 010	554	6,14	1 629,5
Bayern	12 286	13,15	760	4 872	7,02	1 423,9

Zur Erklärung der besonders starken Arztdichte in Oberbayern ist auf die medizinische Fakultät der Münchener Universität hinzuweisen; ferner auf die zahlreichen Zentralverwaltungen in der Landeshauptstadt und auf die Fülle der Luftkurorte, Heilbäder und Sanatorien. Die Überfülle gerade von Luftkurorten, wie Berchtesgaden oder Garmisch, mit Ärzten wird vielfach als Beweis dafür angesehen, daß bei dem Zuzug von Ärzten aus Norddeutschland nicht etwa medizinische, sondern persönlich-zufällige Gründe für die Niederlassung maßgebend waren.“

Ein österreichisches Arztesetz wurde beschlossen, wonach jeder in Ausbildung stehende Arzt ein monatliches Gehalt von 818,50 S. erhält. Dabei ist ein bundeseinheitlicher Bettenschlüssel von 30 Krankenhausbetten je Arzt zugrunde gelegt, der in Wien zur Zeit um nahezu 100% überschritten ist.

US-Arzte fordern ein Gesundheitsministerium. Die amerikanische Ärztevereinigung hat ein neues Zwölf-Punkte-Programm zur Förderung der Medizin und des öffentlichen Gesundheitswesens aufgestellt. Darin fordert sie u. a. die Schaffung eines Gesundheitsministeriums auf Bundesbasis, an dessen Spitze ein Arzt stehen und dessen Zuständigkeit sich auf alle Gesundheitsangelegenheiten mit Ausnahme derer der bewaffneten Streitkräfte erstrecken soll. Ein weiterer Programmpunkt fordert die Ausdehnung und Entwicklung der freiwilligen Versicherung von Arzt- und Krankenhauskosten.

Der Stand der Krankenversicherung im Bundesgebiet wird in den Arbeits- und Sozialpolitischen Mitteilungen Nr. 1 vom 25. 8. 1950, die vom Bundesministerium für Arbeit herausgegeben werden, veröffentlicht. Von den 12 1/4 Millionen im Bundesgebiet der von den RVO-Kassen erfaßten Versicherten werden mehr als 10 Millionen durch die Ortskrankenkassen betreut. Das sind fast 80 Prozent aller Pflichtkassenmitglieder. Rechnet man die Rentner mit 3,87 Millionen dazu, dann haben die Ortskrankenkassen die Sorge für 96 Prozent aller Pflichtkassenmitglieder zu tragen. Dabei ist zu beachten, daß die Ausgaben für jeden Rentner um ca. 1.— DM pro Monat über den Einnahmen liegen, so daß die Versicherten der Ortskrankenkassen mit ihrem Beiträgen pro Jahr ca. 40 Millionen DM Frlöbeträg in der Krankenversicherung der Rentner decken müssen. Die Sonderkassen (Seekasse, Knappschaften, Ersatzkassen usw.) erfassen außerdem ca. 3 Millionen Beschäftigte und 736 503 Rentner. Die Gesamtzahl der krankenversicherten Personen im Bundesgebiet beträgt

demnach ca. 15/4 Millionen Personen. Dazu kommen noch 4,6 Mill. Rentner. Mehr als 20 Millionen Versicherte finden durch die gesetzliche Krankenversicherung Betreuung für den Krankheits-, Sterbe- und Wochenhilfsfall usw. Mit den Familienangehörigen sind es mehr als 30 Millionen Menschen, die im Krankheitsfall kostentose ärztliche Behandlung sowie Krankenhauspflge, dazu Arzneien und Heilmittel (mit den durch den Regelbetrag gegebenen Einschränkungen) erhalten. Bei einem durchschnittlichen Krankenstand von 3 v. H. sind ungefähr 600 000 Versicherte ständig arbeitsunfähig.

Die Kollektivierung der Sozialversicherung. Die Erhaltung und Pflege der Arbeitskraft wird in allen Ländern als vornehmste Aufgabe angesehen. Ein wichtiges Gebiet dieser Aufgabe ist die Sozialversicherung. Die sowjetische Besatzungszone Deutschlands wird den wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen der Sowjetunion angeglichen. Die Pflege der Arbeitskraft wird dem Staatszweck untergeordnet. Auch die Sozialversicherung ist jetzt diesem Zweck unterstellt worden, um auch auf diesem Gebiet die Angleichung an die Sowjetunion zu vollziehen. Nach dem Einmarsch der Russen wurde durch Befehl 28 der SMAD an die Stelle der bisherigen Sozialversicherungsträger eine einheitliche Sozialversicherung gesetzt. Mit einem Schlag verschwanden Hunderte von Krankenkassen, die Landesversicherungsanstalten, Dutzende von Berufsgenossenschaften und die Angestelltenversicherung. Jetzt wird der letzte und entscheidende Schlag geführt, indem die gesamte Sozialversicherung der Ostzone und Ostherlins dem FDGB (Freien Deutschen Gewerkschaftsband) überantwortet wird. Die Ärzte stehen ebenfalls unter der Kontrolle der Betriebsgewerkschaftsleitungen oder der Funktionäre der SED. Der FDGB und durch ihn das Politbüro der SED werden hier über Milliarden an Kapital. Da 90 Prozent der Einwohner der Ostzone sozialversichert sind, beträgt das Beitragsaufkommen allein über vier Milliarden DM. Diese riesigen Summen können für politische Zwecke oder für wirtschaftliche Experimente verhraucht werden, ohne daß eine Kontrolle oder die Möglichkeit eines Einspruches von irgendeiner neutralen Stelle besteht.

(Auszugsweise aus „Neuer Vorwärts“, Hannover 21. 7. 50).

Zur Einheitsversicherung nimmt die Zeitschrift der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände „Die Ortskrankenkasse“ in folgender Weise Stellung: „Wir haben Verständnis dafür, daß der Geschmack der Einheitsversicherung nicht jeder Zunge in Bundesdeutschland behagt. Wir verlangen und erwarten auch nicht, daß man die Einheitsversicherung unbesehen einführt. Im Interesse des sozialen Friedens würde es aber liegen, daß man die gegenseitigen Interessen abzuwägt. Zwischen der klassischen Sozialversicherung Bismarckscher Prägung und der Einheitsversicherung gibt es gewiß Zwischenstufen, die ohne die gefürchtete Vermassung dem Wunsch der Erhaltung der Persönlichkeit und der sozialen Gerechtigkeit zugleich entsprechen.“ („Die Ersatzkasse“, 1950, Heft 11.)

Neuerrichtung von Betriebskrankenkassen. Das Gesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiete der Sozialversicherung ist durch den Bundestag verabschiedet worden. Durch dieses Gesetz wird auch die Sperrverordnung vom 10. 10. 1934 aufgehoben, die es seit dieser Zeit den Betrieben und Belegschaftsmitgliedern unmöglich machte, eine eigene Betriebskrankenkasse zu errichten. Voraussetzung für die Errichtung einer eigenen Betriebskrankenkasse wird ein übereinstimmender Beschluß von Belegschaft und Betrieb und die Beschäftigung von mindestens 300 versicherungspflichtigen Belegschaftsmitgliedern sein. Da die besonderen Bedürfnisse der Belegschaften in Industriegebieten seit Jahrzehnten in den betrieblichen Versicherungsträgern mit Erfolg berücksichtigt werden, war der Wunsch vieler Industriegebiete nach Errichtung von eigenen Kassen in neuester Zeit den maßgebenden Behörden verstärkt vorgetragen worden.

Eine große Gesundheitsausstellung findet in Köln vom 23. 6. bis 12. 8. 1951 statt. Neben einer historischen Darstellung ist die wissenschaftliche Schau in vier Abteilungen gegliedert: I. Die Lehre des Lebens; II. Der Träger des Lebens; III. Die Erhaltung des Lebens; IV. Die Stätten des Lebens. Neben Anatomie und Physiologie wird also die gesamte Hygiene zur Darstellung kommen.

Ein Forschungsinstitut für Kneippische Hydrotherapie (Adolf-Scholz-Stiftung e. V.) wurde kürzlich in Bad Wörishofen gegründet. Das Institut will die Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Kneippischen Hydrotherapie und ihrer Grenzgebiete unterstützen und die sich daraus ergebenden Erkenntnisse zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten auswerten. Zu den Zielen des Instituts gehört auch die Errichtung einer klinischen Schulungsstätte.

Fast 100 kg Rauschgift sind in amerikanischen und im französischen Besatzungsgebiet in der Zeit vom 1. Januar 1949 bis 30. Juni 1950 beschlagnahmt worden.

Politische Krankenpflegeschulung. Nach Mitteilungen des Vorsitzenden der Industriegewerkschaft Gesundheitswesen im FDGB der Ostzone soll das Schulungswesen für den Nachwuchs medizinischen Personals in den Krankenanstalten völlig neu organisiert werden. In Zukunft ist vorgesehen, für den politischen Unterricht 640 Stunden einzuräumen, während für den fachkundlichen Unterricht nur 560 Stunden vorgesehen sind.

Kein Tetanusserum in der Ostzone. Nach zuverlässigen Berichten gibt es seit Anfang Oktober in der Ostzone zumindest gebietsweise kein Tetanus(Wundstarrkrampf)-Serum mehr in den Apotheken, so daß die Ärzte nicht mehr in der Lage sind, die ihnen pflichtgemäß obliegende vorbeugende Einspritzung bei entsprechenden Verletzungen vorzunehmen. Es sind bereits Todesfälle an dieser furchtbaren Erkrankung bekannt geworden, die sich bei sachgemäßer Behandlung hätten vermeiden lassen. Inwieweit die Ursache der Serum-Knappheit auf die „Plan“-Wirtschaft der verstaatlichten Apotheken oder auf Haltungen von zentraler Seite im Hinblick auf die internationalen Spannungen zurückzuführen sind, konnte nicht festgestellt werden. (Med. Press)

Die einzige Apotheker-Bibliothek Deutschlands, die nach Kriegsende von den alliierten Behörden beschlagnahmt worden war, ist kürzlich dem Berliner Apothekerverein übergeben worden.

BUCHBESPRECHUNGEN

Physiologie und Pathologie des Bilirubinstoffwechsels als Grundlagen der Ikternforschung von Dr. med. et phil. habil. Tr. Baumgärtl, München: Verlag Georg Thieme, Stuttgart 1950, 271 Seiten, Ganzleinen 27 DM.

Verfasser — Chemiker, Bakteriologe und Mediziner — besitzt wie kaum ein anderer die Voraussetzung, die Münchner Tradition der Gallenfarbstoffforschung fortzuführen, die nur durch die Namen Friedrich von Müller als Exponenten der klinischen und experimentellen medizinischen Forschung und ffans Fischer für die chemische Forschung belegt zu werden braucht. Verfasser weiß sich in diesem geschichtlichen Zusammenhang stehend und gibt in seinem Buche eingangs eine wertvolle historische Studie über die Forschung des Ikterssymptoms — hierbei der Gallenfarbstoffe im besonderen. Im Hauptteil der Monographie nehmen eigene Arbeiten des Verfassers einen breiten Raum ein. B. lehrt hinsichtlich des Bilirubinabbaus einen strengen Dualismus: Die chemische Reduktion des Bilirubins im Reagenzglas wie die physiologische Reduktion durch körpereigenes Ferment führt über faßbare Zwischenstufen zum Urobilinogen — Urobilin. Das geht vor allem bei der physiologischen Gallenstauung in der Gallenblase, dann auch im Blute, in Hämatomen und unter pathologischen Verhältnissen in der Leberzelle vor sich, die Urobilinogenbildung ist demnach ein extraintestinaler Vorgang. Die enterale Reduktion des Bilirubins hingegen führt zu dem optisch aktiven Stercobilinogen-Stercobilin und ist an die Anwesenheit des *Bact. putrif. verruc.*, das durch Eiweißäulnis das Dehydroasesystem Cystin-Cystein bildet, und von *Bact. coli* als Bildner der Dehydrogenase gebunden. Durch diese Ergebnisse und ihre Konsequenzen erfährt Friedrich von Müllers „enterobepatischer Kreislauf“ des Gallenfarbstoffes wesentliche Korrekturen. Im zweiten Hauptteil der Monographie, der die Pathologie des Gallenfarbstoffwechsels abhandelt, wird die oftmalige Diskrepanz zwischen Leberschaden und Ausbildung des Ikters durch Unterscheidung glykogenotoxischer und plasmatoxischer Giftwirkung erklärt. Es ergaben sich neue Beziehungen zwischen dem Kohlehydratstoffwechsel der Leberzelle und der Entwicklung des Ikters mit weitreichenden Konsequenzen für die Therapie.

Der Praktiker wird in dem Buch durch die Aufklärung wichtiger, das Verständnis des Iktersyndroms bereichernder Zusammenhänge, reichen Gewinn für sein diagnostisches und therapeutisches Handeln finden, der eingehender an dem Spezialthema Interessierte wird darüber hinaus eine wahre Fundgrube von interessanten Einzelheiten antreffen, wobei trotz der Fülle des Stoffes eine Übersichtlichkeit der Darstellung gewahrt bleibt, welche allein schon die Überlegenheit des Verfassers seinem Thema gegenüber zeigt. Besondere Erwähnung verdient die herangezogene Literatur, die das bisher Bekannte praktisch erschöpft.

Prof. Zinnitz

Kalkoff Karl Wilhelm: Die Tuberkulose der Haut. G. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1950, DM 7.80.

Der Verfasser schöpft aus seinen reichen Erfahrungen und gibt einen ausgezeichneten Überblick über Klinik, Pathogenese, Stellung zur allgemeinen Tuberkulose, Therapie und Bekämpfung. Die Ansicht über die Entstehung der Hauttbc auf dem Boden der vegetativ-vaskulär bedingten „Terrainschädigung“ und auch einer konstitutionell verankerten Dystonie räumt dem Tuberkelbazillus den 2. Platz ein. Mit diesen unspezifischen Ursachen sind spezifische Einflüsse (Anergie) verzahnt. In der Therapie werden neben den bekannten Methoden besonders die Erfahrungen mit Conteben und D2, häufig auch in Kombination und auch in Verbindung mit der üblichen Behandlung angeführt, die wiederum weniger unmittelbar auf den Bazillus als auf die Regulierung der vegetativ ausgelösten Durchblutungsstörung wirken sollen. Die Arbeit vermittelt auf relativ knappem Raum eine umfassende Orientierung über diesen Stoff, die nicht nur vom Dermatologen sondern auch von jedem Arzt, der mit diesem Grenzgebiet in Berührung kommt, lebhaft begrüßt werden wird.

Westermann H.: Die Sexualität bei Tuberkulösen. Verlag Thieme, Stuttgart, 1950, DM 2.70.

Der Autor hat an 600 stationären und ambulanten Tbc-Kranken verschiedener Anstalten Untersuchungen über dieses Problem angestellt. Durch den Anbruch der Tbc und die veränderten Bedingungen der Lebensweise kommt es zunächst zu einer Störung des Gleichgewichtes zwischen dem Individuum und seiner Umgebung, die durch den Seuchencharakter des Leidens, die Absonderung und sekundäre peristatische Einflüsse unter dem Gefühlsverlust des Wertverlustes und der Leistungsminderung meistens die tuberkulöse Persönlichkeit formt und zum Teil neurotische Reaktionen auslöst. W. fand vor allem bei „Leichtkranken“ eine auffallende Steigerung der Libido und der Potenz im Zuge einer allgemein verstärkten Gefühlserregbarkeit auch im Bereich der niditsexuellen Sphäre mit Nachlassen der Willenskraft, Selbstbeherrschung und Energie als Folge einer Ententhmung, die durch die Faktoren der Kasernierung gefördert wird. Es wird die Ansicht Melzers vertreten, daß die Steigerung der Sexualität hauptsächlich eine Folge der Toxinwirkung ist. Die Monographie ist eine interessante psychologische Studie zu dem Problem, das bekanntlich verschiedene Bomanschriftsteller für ihre „Zauberberg“-Atmosphäre benützten und vermittelt besonders dem Krankenhaus- und Heilstättenarzt einen tiefen Einblick in das Leib-Seele-Problem bei Tbc-Kranken.

Grohmann, Lauterhofen.

Assistenzarztstelle

In der Heilstätte des Bayer. Roten Kreuzes in Bad Neustadt/Saale, Ufr., ist zum 1. 4. 1951 eine Assistenzarztstelle mit Vergütung nach TO A III neu zu besetzen.

Gesucht wird ein unverheirateter Assistenzarzt, der in der Behandlung der Lungentuberkulose schon Erfahrung hat.

AMTLICHES

Zulassungen im Arztregisterbezirk Schwaben

Der Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Schwaben hat gemäß § 28 des Zulassungsgesetzes die Ausschreibung folgender Kassenarztstelle beschlossen:

Augsburg (Stadtgebiet) ein Internist.

Für die ausgeschriebene Kassenarztstelle sind bereits niedergelassene Bewerber vorhanden.

Anträge auf Zulassung und schriftliche Äußerungen der Beteiligten sind unter Beachtung der Vorschriften des Zulassungsgesetzes insbes. der §§ 11 und 12 bis spätestens 1. April 1951 beim Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Schwaben, Augsburg, Schälzlerstraße 19, einzureichen.

Anträge und schriftliche Äußerungen, die nach diesem Termin eingehen, brauchen bei der Beschlußfassung nicht berücksichtigt werden.

Nach § 42 Abs. 1 des Zulassungsgesetzes ist bei Stellung eines Zulassungsantrages eine Gebühr von DM 5.— an den Zulassungsausschuß zu entrichten, welche auf das Konto Nr. 3478 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Bezirksstelle Schwaben, bei der Bayer. Creditbank, Filiale Augsburg, Augsburg, (Postscheckkonto der Bank: München 151) einbezahlt werden kann.

Kassenärztl. Vereinigung Bayern
Bezirksstelle Schwaben
gez. Dr. Keller

Kostenübernahme der Penicillinbehandlung von Geschlechtskranken durch die Krankenkassen

Die Entschließung des Bayer. Staatsministeriums d. Innern vom 4. 11. 1948 Nr. 5131 b 168 obig. Betreffs, deren Teil II bereits mit Entschließung vom 24. 5. 1949 Nr. 5131 b 23 außer Kraft gesetzt worden ist, ist durch die eingetretene Änderung der Verhältnisse als überholt anzusehen und wird daher aufgehoben.

Die Kosten der Penicillinbehandlung von Geschlechtskranken durch die Krankenkassen bemißt sich nunmehr wieder nach den allgemeinen Bestimmungen über die Übernahme der Kosten für Krankenhausbehandlung durch die Krankenkassen.

I. A.: gez. Dr. Seiffert

Das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren in seinen Beziehungen zu Krankenkassen und Ärzten

Neuzulassungen von Heilanstalten und Bestellung zu Durchgangsarzten

Der Heilverfahrensausschuß des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. hat in seiner Sitzung vom 6. 3. 1951 folgende Heilanstalten zur berufsgenossenschaftlichen Behandlung Schwerunfallverletzter neu zugelassen und Ärzte neu zu Durchgangsarzten bestellt:

1. Zulassung von Heilanstalten:

München-Solln: Krankenhaus Martha-Maria, Chefarzt Dr. Otto Mack (neu zugelassen).
Rothalmünster: Kreiskrankenhaus, Chefarzt Dr. Wilhelm Löffler (neu zugelassen).

2. Bestellung zu Durchgangsarzten:

Aschaffenburg: Dr. med. C. Daser, Chefarzt der chir. Abt. des Städt. Krankenhauses.
Mellrichstadt, Friedenstr. 450: Dr. med. Josef Sturm, Facharzt für Chirurgie.

Passau: Dr. med. Fritz Niedermayer, Chefarzt des Städt. Krankenhauses.

Traunstein, Sonnenstr. 1: Dr. med. Hanns Fakler, Facharzt für Chirurgie.

Ulm a. D., Langestr. 1: Für Neu-Ulm: Dr. med. H. Wassen, Facharzt für Orthopädie u. orth. Chirurgie.
München, Ramungstr. 15: Dr. med. Rauscher, Facharzt für Chirurgie (wieder zugelassen).

Es wird gebeten, die als Anlage zu Heft 3/50 des Bayer. Ärzteblattes übermittelten Verzeichnisse der zugelassenen Heilanstalten bzw. der Durchgangsarzte entsprechend zu ergänzen.
gez.: Singer

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Beitragsleistung für die gesetzliche Unfallversicherung der in ärztlichen Praxen und Anstalten tätigen Personen

In Heft 11/1950 dieses Blattes wurde darauf hingewiesen, daß es der Bayerischen Landesärztekammer nicht mehr möglich ist, die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung für die Berufsgenossenschaft zu erheben.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat daher alle Ärzte Bayerns als Einzelmitglieder aufgenommen und versendet nunmehr im Laufe des Monats März die Bestätigungen hierüber sowie die Zahlungsaufforderungen mit der Bitte, die danach selbst zu errechnenden Beiträge für die Jahre 1949 und 1950 sowie den gemäß § 738 der Reichsversicherungsordnung für das Jahr 1951 zu entrichtenden Vorschuß in Höhe von je 8 DM für jeden Vollbeschäftigten innerhalb zwei Wochen auf ihr Postscheckkonto Hamburg 114 718 zu überweisen.

Zur Vermeidung unnötiger Verwaltungsarbeit und der damit für die Ärzteschaft verbundenen Kosten wird gebeten, dieser Aufforderung fristgemäß nachzukommen.

Eine Befreiung von der Beitragsleistung ist nur möglich, falls in der Praxis keine Personen beschäftigt werden und auch die Reinigung der Warte- und Behandlungsräume weder von der Ehegattin oder sonstigen Familienangehörigen noch von etwaigem Haus- oder Reinigungspersonal, sondern nur vom Praxisinhaber selbst vorgenommen wird. In diesem Falle ist Fehlanzeige erforderlich.

Praxisinhaber, die keine Aufnahmebestätigung und Zahlungsaufforderung erhalten, werden gebeten, der Berufsgenossenschaft ihre genaue Anschrift, sowie den Tag der Praxiseröffnung unverzüglich mitzuteilen. Die Anmeldung ist gemäß § 653 der Reichsversicherungsordnung gesetzlich vorgeschrieben.

Die Geschäftsführung: Jonas.

Zusatz der Schriftleitung: Die Beitragszahlung zur Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege war bisher so geregelt, daß die Bayer. Landesärztekammer pro Kopf der beitragspflichtigen Kollegen den Betrag von DM 5.— für die gesetzliche Unfallversicherung an die Berufsgenossenschaft abführte. Die Rückforderung von den einzelnen Kollegen stieß jedoch in so vielen Fällen auf Widerstand, daß die Kammer sich leider gezwungen sah, diesen für alle Beteiligten so bequemen und vorteilhaften Zahlungsmodus einzustellen.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma
Ciba-Aktiengesellschaft, Wehr/Baden
bei. Wir bitten unsere Leser um gefl. Beachtung!

„Bayerisches Ärzteblatt“, Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstr. 2-6, Tel. 6 51 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstellen: Nürnberg, Knauerstr. 10, Tel. 6 58 83; Stuttgart, Staffenbergstr. 20, Tel. 9 56 02; Frankfurt/Main, Postschloß 1048, Tel. 6 35 71. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2,40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellungsgebühr. Postscheckkonto München 13 900, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“), Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharf-singer, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

