

Amtsblatt der Ärztekammer und KVD., Landesstelle Bayern

Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul Henje-Str. 26, Fernspr. 54691. — Bezugspreis jährl. RM. 2.— (zugl. RM. 1.— Postgeld), Einzelheft 40 Rpf. — Postcheckkonto München Nr. 129. — Hauptschriftleiter: Dr. H. Unger; Stellvertreter: Dr. K. Eiland, beide Berlin SW 68, Lindenstraße 44, Fernspr. 174881. — Beauftragte Anzeigenverwaltung: Waidel & Co., München.

Inhalt

Aktiver Diphtherieschutz	103	Umschau	105
Die Durchführung des aktiven Diphtherieschutzes in München	104	Bücherschau	106



Für Führer und Volk sind gefallen:

Stabsarzt Dr. med. Herbert Müller, prakt. Arzt, Coburg,
am 31. Mai 1940 in St. Quentin als Opfer eines Fliegerangriffes

Unterarzt Dr. med. Karl Filzhammer, Vol.-Ass. in München,
am 15. Mai 1940 vor Brüssel

Aktiver Diphtherieschutz

Von Prof. Dr. A. Wiskott, Direktor der Univ.-Kinderklinik, München

Das Gesicht der Diphtherie erfährt in Oberbayern wie zuvor schon in anderen Gegenden Deutschlands im letzten Dezennium eine Wandlung, die es wünschenswert erscheinen ließ, alle Kräfte und Möglichkeiten für ihre Bekämpfung einzusetzen. Mardibidität und Letalität haben eine Steigerung erfahren, hinsichtlich der Altersverteilung rückt der Schwerpunkt in die jüngere Altersklasse, ein Verhalten, das an eine echte Epidemie im Sinne der Formulierung de Rudders denken läßt. Mit der vorstehenden Feststellung soll nicht gesagt werden, daß die Entwicklung der Dinge zu schweren Befürchtungen Veranlassung gäbe, sie möge nur ein Signal sein, nunmehr die in langer Einzelvorbereitung erprobten und als nützlich befundenen Waffen zur praktischen Anwendung zu dringen, um einer vielleicht dedenklich werdenden Situation vorzudeugen. Gewiß besitzen wir im Heilserum v. Behrings ein unendlich wertvolles Werkzeug zur Bekämpfung der einzelnen Krankheit; bekanntlich aber ist sein Erfolg insofern begrenzt, als das Antitoxin nur die vom Zeitpunkt seiner Anwendung in den Körper gelangende Giftmenge zu binden und unschädlich zu machen vermag, nicht aber die bereits vorher schon an der Zelle verankerte; es kammt daher die Anwendung in manchen, besonders den hyperergischen Fällen, zu spät.

Als erheblich aussichtsreicher und rationeller für die Graftbekämpfung der Seuche muß aber die edensfalls auf v. Behring zurückgehende Methode des aktiven Diphtherieschutzes bezeichnet werden; mittels der Serumbehandlung vermögen wir dem Erkrankten oder durch Kontakt unmittelbar Gefährdeten eine kurzdauernde „Leih-Feiung“ zu vermitteln. Das aktive Schutzverfahren dringt jedoch die langdauernde „Selbst-Feiung“, deren Endergebnis dem Zustand entspricht, dem der Erwachsene seine relativ höhere Diphtherie-Festigkeit verdankt. Diese gewissermaßen „natürliche“ Diphtherie-Festigkeit des Alteren ist nicht etwa vorwiegend das Ergebnis einer mit dem Alter ersalgenden Reifung und Differenzierung der Gewebe, sondern Folge einer durch Berührung und Auseinandersetzung mit dem spezifischen Reizstoff, nämlich den Diphtheriebazillen bzw. ihrem Gift, hervorgerufenen aktiven Immunisierung. Die „Auseinandersetzung“ erfolgt nur zum kleinen Teil in Form der Erkrankung; viel wesentlicher ist die unterjähr-

lige Adreaktion, jener Vorgang, den man mit v. Pfaundler als „stille Feiung“ bezeichnet. Das Schutzverfahren bezweckt nichts anderes, als diese hinsichtlich Zeitpunkt und Ausmaß sonst dem Zufall überlassene Selbst-Feiung zu einem gewissen Termin in bestmöglicher Form herbeizuführen.

Wir sind in der glücklichen Lage, es bei der Diphtherie-Festigkeit im wesentlichen mit einem antitoxigen Mechanismus zu tun zu haben. Die Anwesenheit einer bestimmten Menge Antitoxin im Blute schützt vor der Erkrankung. Bei der Injektion einer kleinen Menge von Diphtheriegift in die Haut tritt bei Diphtherie-Festigkeit keine entzündliche Reaktion auf, der Geprüfte ist „Schick-negativ“. So war es möglich, bei den Schutzverfahren mit einem einheitlichen, gut auswertbaren Antigen, nämlich dem Ektatogen des Diphtheriedazillus, zu arbeiten. Der ursprüngliche Vorschlag v. Behrings bezog sich auf die Verwendung von Toxin, das durch Beigabe von Antitoxin ganz oder teilweise neutralisiert war (TA-Präparat). Die Schutzstoffe dieses Prinzips sind nach dem Weltkrieg im Behring-Institut in mancher Richtung veredelt worden, so daß beachtenswerte Ergebnisse (insbesondere mit dem Toxin-Antitoxin-Flaschenpräparat von H. Schmidt) erzielt werden konnten. Als Nachteil mußte angesehen werden, daß recht hohe Giftmengen in diesen Präparaten enthalten waren, deren Freiwerden aus der Bindung mit dem Antitoxin unter bestimmten Bedingungen immerhin diskutiert worden ist; als zweiter Nachteil war der Bestand an artfremdem Eiweiß (Antitoxin!) anzuführen, der eine Sensibilisierung möglich scheinen ließ; diese hätte dann eine etwaige spätere Serumbehandlung behindern können. Das zweite Prinzip bezog sich auf die Verwendung von Toxoiden, jenen Toxin-derivaten, in denen die giftig wirkende Komponente durch chemische und physikalische Behandlung zerstört wurde, bei gleichzeitiger Erhaltung derjenigen Valenz, welche den spezifischen immunisatorischen Reiz ausübt. Die früheren Präparate dieser Art waren zwar bezüglich ihrer Diphtherie-Giftigkeit als völlig einwandfrei anzusehen, bei ihrer Handhabung war aber eine dreimalige Injektion erforderlich, welche gelegentlich ziemlich starke Lokalerscheinungen verursachte. Einzelheiten über alle einschlägigen Fragen sind durch v. Pfaundler und Zoelck 1928 in der „Klin. Wochenschrift“

in einer Übersicht „Schutzimpfen oder nicht?“ in erschöpfender und heute noch vollgültiger Form erörtert.

Beide Vorgehensarten hatten im In- und Ausland eine günstige Beurteilung erfahren. Eine erst in den letzten Jahren ausgebaute Verbesserung des Toxoidverfahrens führte nun wieder einen gewaltigen Schritt vorwärts. Durch Adsorption an Aluminiumkörper gelang es, das Formoltoxoid zu „aktivieren“, wodurch die immunisatorische Wirksamkeit auf ein Vielfaches gesteigert wurde. Der Mechanismus geht auf die stark verlangsamte Resorption solcher Präparate zurück. Das von den Behringwerken hergestellte ALFT (an Aluminiumhydroxyd adsorbiertes Formol-Toxoid) besitz bei Auswertung nach einem von Prigge angegebenen Vorgehen 150 Schutzeinheiten im Kubikzentimeter, während die alten Präparate nur 1—2 Schutzeinheiten enthielten. Mit diesen und ähnlichen Schutzmitteln (Di-Toxoid-Acid, Diphtherie-Schutzimpfstoff Dresden) sind seit 1936 in Deutschland über eine Million Kinder geschützt worden. Wenn auch die Zeit seit der Anwendung für eine endgültige Beurteilung des Ergebnisses noch zu kurz ist, so kann schon jetzt eine erhebliche Minderung der Erkrankungs ziffer für die meisten durchgeschützten Bezirke festgestellt werden.

Wesentlich ist, daß sich hierbei die Forderung des *nil nocere* als in bester Weise erfüllt zeigte. Ernsthafte Schädigungen sind mit den neuen Präparaten bei der großen Zahl der geschützten Kinder in keinem Fall beobachtet worden. Allerdings ist mit lokalen Reaktionen (kleinen Infiltraten), die auch mal mit Fieber verbunden sein können, trotz der Reinigung des Impfstoffes von unerwünschten Beimengungen noch in kleinem Umfang zu rechnen, ihr Ausmaß und ihre Rückwirkung auf das Gesamtfinden sind aber in keiner Weise mit den Erscheinungen der Pockenimpfung in Vergleich zu setzen, die ja über den Weg einer Erkrankung den aktiven Schutz herbeiführt. Man sollte vielleicht besser wegen der zwar underechtigten, aber doch nun einmal vorhandenen Animosität, mit der die Pockenschutzimpfung belastet ist, für den aktiven Diphtherieschutz auf die Bezeichnung „Impfung“ verzichten.

Die Lokalreaktionen sind als allergische, gegenüber eiweißartigen Leibbestandteilen des Diphtheriedazillus, die dem Schutzstoff anhaften, aufzufassen. Man hat also mit ihrem Auftreten am ehesten bei Personen zu rechnen, die schon einmal Kontakt mit dem Erreger gehabt haben, das heißt also zum Beispiel bei Kindern älterer Jahrgänge. Bei diesen ist also eine geringere Dosis des Schutzstoffes anzuwenden als bei Kleinkindern. Regionale Unter-

schiede hinsichtlich des Auftretens von Nebenreaktionen können von dem Durchseuchungsgrad und rassemäßigen Verschiedenheiten abhängen.

Auch bei der Verwendung dieser hochaktiven Impfstoffe bleibt eine zweimalige Injektion zweckmäßig, weil sich herausgestellt hat, daß die gleiche Impfstoffmenge bei fraktionierter, d. i. also zweimaliger, in mindestens vierwöchentlichem Abstand erfolgender Applikation, wirksamer als bei einseitiger Gabe ist. Das entspricht den Erfahrungen der stillen Feiung, die mutmaßlich auch erst durch eine Reihe von Kontakten zur vollen Festigkeit führt.

Welche Kinder sollten nun dem Schutzverfahren unterzogen werden? Die Altersmorbidityskurve lehrt, daß die Diphtherie am häufigsten jüngere Kinder, etwa des 2. bis 6. Lebensjahres, trifft; das ist jene Zeitperiode, in der die natürliche stille Feiung erst allmählich anläuft. Das Säuglingsalter eignet sich, abgesehen von seinem aus mütterlichen Beständen stammenden Antitoxinvorrat, wegen des noch unentwickelten Antikörperbildungsvermögens nicht für das Schutzverfahren.

Es ist sehr zu begrüßen, daß das Städt. Gesundheitsamt München (Leiter: Medizinaldirektor Dr. Zimmer) im Laufe der Monate Juli und September eine umfassende Diphtheriedekämpfung mit Hilfe des aktiven Schutzverfahrens nunmehr auch in der Hauptstadt der Bewegung einzuleiten gedenkt. In diesem Zusammenhange sei daran erinnert, daß die Diphtherie-Schutzimpfung als deutsche Entdeckung gerade in dieser Stadt nach dem Weltkriege wieder in den Vordergrund gerückt wurde. Degkwitz und Joelsch haben als damalige Assistenten der Münchener Kinderklinik im Jahre 1924 mehrere tausend Münchener Kinder, deren Eltern sie durch eine eindringliche Werbung zu interessieren vermocht hatten, mit dem TA-Präparat geschützt. Das Ergebnis wurde über einen Zeitraum von 7 Jahren durch v. Pfaundler verfolgt; es zeigte sich eine einwandfrei erhebliche geringere Morbidität der Geschützten.

Das Städt. Gesundheitsamt muß, wie zur Zeit die Münchener Kinderklinik, die Mitarbeit der gesamten Ärzteschaft erbitten, wenn es gelingen soll, möglichst alle Kinder des 2. bis 6. Lebensjahres vor Beginn der neuen Diphtherie-Saison zu schützen. Vorbeugen ist besser als heilen! Wir können den Eltern gegen die kleine Belastigung mit einer harmlosen zweimaligen subkutanen Injektion eine Herabminderung der Erkrankungswahrscheinlichkeit ihrer Kinder auf einen Bruchteil der bei Mischschutz zu erwartenden dieten; das würde für München jährlich vielen Hunderten von Kindern ernste Erkrankung und Lebensbedrohung durch die Diphtherie ersparen.

Die Durchführung des aktiven Diphtherieschutzes in München

Aus dem Gesundheitsamt der Hauptstadt der Bewegung

Das Gesundheitsamt München-Stadt wird im Laufe des Sommers für alle Kleinkinder Münchens im Alter vom vollendeten 2. mit vollendetem 6. Lebensjahr die aktive Diphtherie-Schutzimpfung durchführen.

München war in der Anwendung von Massenaktionen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bisher weit zurückhaltender als andere Großstädte. Eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung und ein günstiger allgemeiner Gesundheitszustand schufen die Voraussetzungen für eine berechtigte Beruhigung auch gegenüber den gefährlichen Kindersuchen. Die schon seit dem Jahre 1924 vom Ambulatorium der Universitäts-Kinderklinik München unternommenen Versuche zur Erfassung möglichst vieler Kinder zwecks aktiver Immunisierung gegen Diphtherie gewannen deshalb in München nie recht Boden, obwohl Geh.-Rat v. Pfaundler in der Sitzung des Münchener Ärztevereins vom 20. Mai 1931 (Münchener Medizin. Wochenschr. 1931 S. 1207; Degkwitz, edd. 1924 S. 705, desgl. Klin. Wochenschr. 1925 S. 124) von eindeutig guten Erfolgen dieser Impfungen berichten konnte.

Von den im Jahre 1924 geimpften 2485 Kindern waren in diesen 7 Jahren nur 18 an Diphtherie erkrankt gemeldet, d. i. jedes 138. Kind (= 0,274 v. H.); davon 17 ausgesprochen leicht, nur ein Kind tödlich, jedoch nicht tödlich. Im gleichen Zeitraum erkrankte von den gleichalterigen etwa 55 000 nicht schutzgeimpften Kindern in München jedes 31. (das sind 3,2 v. H.).

Seit 1925 wurden zum Teil auf Kosten des Städt. Gesundheitsamtes jährlich mehrere hundert Schutzimpfungen, und zwar vorwiegend in besonders gefährdeten Kindergruppen in Anstalten und dergleichen durchgeführt. Nachdem also bisher nur etwa jedes

12. Kind schutzgeimpft wurde, konnte ein sichtbarer Einfluß auf die allgemeine Seuchenlage nicht erwartet werden. Diese hat sich vielmehr von Jahr zu Jahr verschlechtert, wie aus folgenden Zusammenstellungen zu erkennen ist.

Die Diphtherie in München in den letzten 20 Jahren:

	Einwohner	Erkrankungsfälle an Diphtherie	Sterbefälle an Diphtherie
1920	638 007	653	50
1921	641 931	606	51
1922	643 143	374	25
1923	643 124	351	33
1924	642 540	518	35
1925	680 704	474	26
1926	689 957	347	18
1927	695 261	262	5
1928	702 170	421	28
1929	709 515	669	55
1930	723 420	778	54
1931	734 674	827	45
1932	734 770	1264	50
1933	735 888	1208	58
1934	741 831	1888	61
1935	750 031	1902	74
1936	757 854	1506	38
1937	766 173	1343	38
1938	815 335	1573	50
1939	829 100	2042	57

Verteilung der Diphtherie in den Jahren 1932 bis 1939 auf die Altersklassen von 1—14 Jahren:

Jahr	Lebende- buren ohne Ortsfremde	Lebensalter der Erkrankten in Jahren													
		0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14
		Zahl der Erkrankten													
1932	7700	12	25	58	91	93	99	125	150	120	85	108	55	53	36
1933	7298	15	40	60	89	93	107	131	135	115	98	68	75	43	38
1934	9089	21	50	106	136	166	177	210	219	242	160	138	71	77	55
1935	9896	36	90	126	140	190	179	195	174	175	145	119	92	67	55
1936	10034	45	60	82	102	122	130	148	128	105	100	99	55	49	35
1937	9900	22	56	84	115	106	132	138	112	98	77	57	47	32	36
1938	11280	33	92	113	135	152	132	148	147	126	100	82	92	54	43
1939	14662	21	99	131	205	207	198	200	200	175	153	127	99	94	65

Die Diphtherie hat also 1939 den nahezu zehnfachen Umfang von 1927 erreicht bei vorerst gleichbleibender Mortalität. Aber der fortschreitende Einfall in das bisher nur schwach beteiligte Kleinkindesalter ist nicht nur ein unverkennbares Warnungssignal vor einer bevorstehenden Epidemie großen Ausmaßes, sondern rückt die immer noch gefährlichste Komplikation mit Kehlkopf-Eroup wieder in bedrohliche Nähe.

Das Gesundheitsamt betreibt in jedem Falle einer ansteckenden Krankheit mit Nachdruck die sofortige Isolierung. In den Krankenhäusern Münchens stehen jedoch nach umfangreichen Erweiterungen insgesamt erst 230 Betten für Diphtheriekranken zur Verfügung. Zu den allgemeinen Schwierigkeiten unserer Zeit bei Beschaffung und Inbetriebnahme weiterer Krankenzimmer kommt als Besonderheit die Eigentümlichkeit der Diphtherie als einer ausgesprochenen Saisonkrankheit, die mit der 40. Woche jeden Jahres stark ansteigt. Die rechtzeitige Aufnahme Diphtheriekranker in einer Isolierstation wird in vielen Fällen wegen Platzmangels aufgeschoben werden müssen. Unter solchen Umständen läßt sich eine sorgfältige Exposition aller Kinder nicht mehr mit den alten Mitteln allein zügeln. Es muß also im jetzigen Zeitpunkt zur Massenschutzimpfung der meistbedrohten jüngsten Jahrgänge geschritten werden.

Das Gesundheitsamt der Hauptstadt der Bewegung wird im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern die Bevölkerung in den nächsten Wochen zur Schutzimpfung aller Kinder vom vollendeten 2. mit vollendetem 6. Lebensjahr aufrufen.

Die erste Impfung findet in der Zeit vom 8. bis 20. Juli in einer Anzahl örtlich und räumlich besonders geeigneter Mutterberatungsstellen statt. Die Bekanntgabe näherer Einzelheiten über die Impfstellen und -zeiten erfolgt rechtzeitig durch Presse, Rundfunk, Plakatanschlag usw. Die notwendige Wiederholungsimpfung wird vom 2. mit 14. September durchgeführt.

Die frei praktizierenden Ärzte werden gebeten, für die Teilnahme an dieser Aktion zu werben und in ihrem Patientenkreis die Impfung möglichst selbst durchzuführen.

Im Interesse einer einheitlichen Arbeitsweise und insbesondere zur ständigen Überwachung des Impfstoffes ist es dabei notwendig, sich an folgende Richtlinien zu halten:

Verwendung von staatlich geprüfem Impfstoff „ALFT“ der Behringwerke. Impfstelle Oberarm (Ansatz des Deltoides), subkutan 0,5 ccm für Kinder unter 5 Jahren, 0,3 ccm für ältere Kinder. Wiederholung der Impfung in jedem Falle mit 0,3 ccm nach frühestens 4 Wochen ist unerlässlich. Impfnachschaу jeweils nach 3—5 Tagen. Auszuschließen sind solche Kinder, die auch von der Pockenimpfung zurückgestellt würden. Irgendwelche Erörterungen oder Fragen wollen unmittelbar an das Gesundheitsamt gerichtet werden. Jede im Laufe des Jahres 1940 getätigte Impfung wolle dem Gesundheitsamt mit Angabe von Namen, Geburtsort und Wohnung des Kindes listenweise gemeldet werden.

Die Impfungen werden im Laufe des Juni und Juli in den Ambulatorien der Kinderklinik und des Schwabinger Krankenhauses, in der Landesimpfanstalt und in 21 städt. Mütterberatungsstellen durchgeführt. Genaue Zeiten werden noch bekanntgegeben.

Der Reichsminister des Innern hat durch Runderlaß vom 26. 3. 1940 u. a. folgendes angeordnet:

„Die aktive Schutzimpfung hat sich im Kampfe gegen die Diphtherie in den letzten Jahren besonders bewährt. Ich ersuche daher, dahin zu wirken, daß die Diphtherie-Schutzimpfung bei gehäuftem Auftreten dieser Krankheit oder bei drohender Epidemie durchgeführt wird.“

Zu Diphtherie-Schutzimpfungen sind nur staatlich geprüfte Impfstoffe zu verwenden.

Mit der wissenschaftlichen Auswertung der Ergebnisse der Diphtherie-Schutzimpfung habe ich das Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin R 65 beauftragt. Ich ersuche, dem Institut auf Anfordern die von ihm benötigten Unterlagen zugänglich zu machen.“

Umschau

Deutschlands steigende Lebenskurve

Gauleiter Kaufmann und Reichsgesundheitsführer Dr. Conti auf einer Kundgebung in Hamburg.

In Deutschlands Westhafenstadt, in Hamburg, wo Deutschland mit der Außenwelt am intensivsten zusammentrifft und die zentrale Bedeutung unseres Volkes besonders stark in Erscheinung tritt, wurde eine von Gauleiter und Reichsstatthalter Kaufmann eröffnete Kundgebung durch eine packende Rede des Reichsgesundheitsführers, Staatssekretär Dr. Conti, zu einem Zeugnis unserer schütterlichen deutscher Lebenskraft.

Im dichtgefüllten großen Festsaal des Hamburger Rathauses hieß Gauleiter und Reichsstatthalter Kaufmann den Reichsgesundheitsführer, der Hamburg zum erstenmal nach seiner Berufung durch den Führer besuchte, herzlich willkommen und detonte, daß man in Hamburg die Bedeutung und die Größe aller der Gesundheitsführung gestellten Aufgaben ganz besonders zu würdigen wisse. Der Reichsgesundheitsführer, Staatssekretär Dr. Conti, stellte in den Mittelpunkt seiner großen Rede den Nachweis, daß die kriegerischen Ereignisse bisher die Lebenskurve des deutschen Volkes nicht hemmend beeinflussen konnten. Er erklärte,

daß in der bevölkerungspolitischen Entwicklung für die Entscheidung in diesem Kriege und auch für die Zeit nach dem gewonnenen Kriege die stärkste Überlegenheit Deutschlands gegenüber seinen Feinden ruhe. „Wir werden diesen Krieg in jeder Weise bestehen — wir werden ihn vor allen Dingen auch bevölkerungspolitisch im Gegensatz zu England und Frankreich bestehen, wir haben heute bereits einen so ungeheuren Vorsprung vor den anderen, wie es sich die meisten noch nicht klar gemacht haben“, rief Dr. Conti aus. Er wies dann darauf hin, daß man nur zwei Ursachen als Beweis hierfür zu nennen habe, nämlich die Gewißheit, daß die Zahl der waffenfähigen Männer im Alter von 18 bis 43 Jahren in Deutschland allein ebenso groß ist wie in Frankreich und England zusammengekommen, und daß unsere Geburtenziffer im letzten Jahre 1.640.000 beträgt und damit um mehr als eine Million höher liegt als in Frankreich. Das sei wahrhaftig ein stolzes Bekenntnis des ganzen deutschen Volkes zu seiner nationalsozialistischen Führung, seien doch seit 1933 dem deutschen Volke zweiundeinhalb Millionen Kinder mehr geboren worden, als wenn die Geburtenziffer durch diese Jahre hindurch auf

dem Stande von 1933 geblieben wäre. Hier zeige sich, erklärte der Reichsgesundheitsführer, wie kaum etwas anderes der wiedererwachende Lebenswille des deutschen Volkes. Denn hier gebe es keinen Zwang, hier herrsche nur der freie Wille der einzelnen Persönlichkeit, hier gebe es nur das Vertrauen des Volkes zu seinem Führer. Dieses Vertrauen zum Führer ermöglichte es allein, dieses Volk noch einmal vom Abgrund des Geburtenodes hinwegzureißen.

Der Reichsgesundheitsführer schilderte dann im einzelnen die Entwicklung der Krankenziffern, die insgesamt ein überaus positives Bild des Gesundheitszustandes des deutschen Volkes ergeben. Er schloß seine Rede mit der Feststellung, daß wir nicht nur ein zahlenmäßig größeres, sondern auch ein gesünderes Volk geworden sind, das sich entschlossen hat, in dem aufgezwungenen Kampf nicht Amboß, sondern Hammer zu sein, um eine aus den Fugen geratene Welt neu zusammenzuschweißen.

Während seines Aufenthaltes in Hamburg besichtigte der Reichsgesundheitsführer die Werftanlagen von Blohm & Voß, das in der ganzen Welt anerkannte Tropeninstitut und Tropenkrankenhaus und das Gerhard-Wagner-Krankenhaus.

Das Arzttum sichert sich guten Nachwuchs

Der junge Arzt muß eifern und fleißig arbeiten — eine Ausbildung, an der die Allgemeinheit interessiert ist.

„Je heftiger der Krieg, je größer die Anforderungen, die an uns gestellt werden, um so eiferner und fleißiger werden wir sein. Die Schaffung eines ladellos ausgebildeten Arztes, die Sicherstellung einer einwandfreien weltanschaulichen und ethischen Ausrichtung, die Heranbildung einer tüchtigen Führerschaft, das Fernhalten von ungeeigneten Elementen aus dem Arztstand ist uns eine ernste und hohe Aufgabenstellung. Halten wir an diesem Grundgesetz fest, so wird der Arzt von heute nicht eines Tages anders beurteilt werden als wir, die wir bereits die Jahre des Weltkrieges und den Kampf um das nationalsozialistische Deutschland mitgemacht haben.“

Mit diesen Sätzen schließt der stellvertretende Reichsarztzführer, Hauptamtsleiter Dr. Kurt Blome, eine eingehende Betrachtung über den ärztlichen Nachwuchs in der vielbeachteten Zeitschrift „Die Gesundheitsführung“, dem Zentralorgan des Hauptamtes für Volksgeundheit der NSDAP. Diese Ausführungen sind um so ausschlusreicher und interessanter, als weit härter noch als in irgendeinem anderen Berufsstand die Frage einer guten Ausbildung des Nachwuchses von hohem Allgemeininteresse ist. Ein Volk kann nur gesund bleiben, wenn auch der Heilbehandlungsstand in sich gesund ist. Das deutsche Arzttum, das in der ganzen Welt nur mit Achtung und hoher Anerkennung genannt wird, erfüllt deshalb eine Aufgabe, die weit über das eigene Berufsinteresse hinausgeht, wenn es für einen sauberen, mit praktischem Können und seelischer Kraft ausgestatteten Nachwuchs sorgt. Der Aufsatz gibt einen bisher noch nicht ermöglichten Einblick in die Einzelheiten der Ausbildung, die der werdende Arzt heute durchzuführen hat. Dr. Blome stellt in der von

ihm selbst geleiteten Zeitschrift fest, daß ein wesentliches Kennzeichen der neuen Studienordnung die berufspraktische Ausbildung ist, d. h. die Verlagerung des Schwergewichtes mehr auf die praktische Seite. Er schildert dann den Land- und Fabrikdienst, die Samulatur und beschäftigt sich mit der zeitlichen Verkürzung des Studiums. Mit Nachdruck weist er auf die Bedeutung der Geschichte der Medizin hin.

Eingehend wird auch das klinische Studium, wie es sich jetzt ergibt, beschrieben. In das klinische Studium sind auch neue Fächer eingebaut worden: Erdlehre und Rassenhygiene, Sozial- und Wehrhygiene. Begriffe, die das frühere Studium praktisch überhaupt nicht kannte. Weiter ist der Unterschied in einzelnen klinischen Fächern verstärkt worden, z. B. in der Kinderheilkunde. Die neue deutsche Heilkunde, die die Verbindung von Schulmedizin und Naturheilkunde darstellt, wird mit besonderem Ernst in diesen Ausführungen vertreten. Dr. Blome stellt denn fest: „Der junge Arzt muß anerkennen, was bereits für ihn in ideeller und auch materieller Hinsicht seit der Machtergreifung geschaffen worden ist. Wir haben hierbei nie das Leitungsprinzip außer acht gelassen, so daß im freien Wettbewerb der Fleißige und Tüchtige den Vorsprung haben wird.“

Das Maiheft der „Gesundheitsführung“, das der Reichsgesundheitsverlag in einem neuen, künstlerisch gestalteten Umschlag und typographisch vorbildlich gehalten darbietet, bringt weitere sehr wertvolle Beiträge. So schreibt Prof. Wilh. Weiß (Hamburg) über die Bedeutung der Zwillingforscher, der Sportreferent im Hauptamt für Volksgeundheit der NSDAP. Waizer über richtigen Lehrlingsport und Dr. Herm. Hedestreit über Hauptpflege im Betrieb. Von höchster Aktualität sind zwei weitere grundlegende Arbeiten: eine Darstellung der Getränkefrage von Prof. Dr. Witz und Dr. Schenk und eine Beschreibung der Bekämpfung der „Volkskrankheit Rheuma“ von Dr. Slauca

(Aachen). Diese Arbeit und ihre Veröffentlichung gewinnt dadurch besondere Bedeutung, daß der stellvertretende Reichsarztzführer Dr. Blome eine erhöhte Aktivierung in der Bekämpfung rheumatischer Krankheitsursachen und Krankheitserscheinungen angekündigt hat.

Der statistische Teil bringt eine wirkungsvolle Zusammenstellung über den Verdrauchsanstieg von Nikotin und Alkohol, und in der „Aktuellen Rundschau“ erhält der Leser einen Überblick über die Gegenwartsaufgaben der Gesundheitsführung. Die Zeitschrift ist durch den Reichsgesundheitsverlag, Berlin SW 68, Lindenstraße 44, zu beziehen.

Zur Durchführung des Landvierteljahres

Das Reichsministerium des Innern hat in einem Schreiben an die Reichsarztzammer zur Durchführung des Landvierteljahres der Pflichtassistenten Stellung genommen. In dem Schreiben heißt es u. a.:

„Ihrem Vorschlage, der dahin geht, während der Kriegszeit den Jungärzten die Erfüllung der Vorschriften des § 78 der Bestallungsordnung für Ärzte erheblich zu erleichtern, werde ich dadurch entsprechen, daß ich jedem Arzt, der es beim Nachsuchen um Ausstellung der Bescheinigung gemäß § 79 der Bestallungsordnung beantragt, auf das Landvierteljahr die Zeit, die er während des Krieges als Arzt der Wehrmacht oder dem bewaffneten Teil der SS angehört, oder als Hilfskassenarzt bzw. als Assistenz- oder Volontärarzt an einer Krankenheil- oder Entbindungsanstalt oder an einer Universitätsklinik tätig war, anrechnen werde, sofern diese Zeit nicht bereits auf das Pflichtassistentenjahr angerechnet worden ist. Auf jeden Fall wird Voraussetzung für die Bescheinigung, daß der Arzt den Bestimmungen der Bestallungsordnung über die Pflichtassistentenzeit und das Landvierteljahr entsprochen hat, der Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von 15 Monaten sein.“

Bücherschau

Der Aufstieg des Sanitätskorps. Von Prof. Dr. W. v. Drigalski. Gerhard Stalling, Verlagsbuchhandlung, Oldenburg i. O., Berlin. Karton. RM. 3.80, in Ganzleinen geb. RM. 4.80.

Das Buch greift weit über den Rahmen des durch den Titel angekündigten Behandlungstreffes hinaus. In systematischer und übersichtlicher Aufstellung werden die ersten Erscheinungen von Sanitätspersonal im weitesten Sinne (nicht in unserem heutigen Sinne) vom frühesten Altertum bis in unsere Zeit geschildert. Ausgehend von den Kriegsverlusten durch Verwundung und Krankheit, besonders im Mittelalter, übergehend zu den Erkenntnissen und Notwendigkeiten, die berühmte Männer zu allen Zeiten fanden, führt ein weiter und oft harter Weg über Forschung und Fortschritt und nicht zuletzt durch die Erfahrungen des Weltkrieges zum letzten Anstoß, zur Aufstellung eines aufs beste organisierten und arbeitenden Sanitätskorps, wie es einem modernen Heere „mit den modernsten Waffen“ entspricht. — Das Werden des deutschen Sanitätskorps im engeren Sinne wird in einem großen Kapitel dargestellt. Die sich daraus ergebenden Aufgabengliederungen, die weitere Verwendung

der freiwilligen Krankenpflege und des Roten Kreuzes und schließlich sogar Ausführungen über die Wohlfahrt und Versorgung des aerwundeten und erkrankten Soldaten vervollständigen den Inhalt dieses für jeden deutschen Sanitätsoffizier und Sanitätsoldaten, für jeden Arzt und jeden im Roten Kreuz tätigen Volksgenossen lebenswerten und interessanten Buches. Dr. König

Gedanken am See. Skizzen. Kurt Klare 1940. Verlag Gg. Thieme, Leipzig. Steif geb. RM. 1.80.

In der deschaulich-wundervollen Ruhe eines Wochenendhäuschens am Bodensee tauchen für den Arzt Erlebnisse und Gedanken, wenn auch nur skizzenhaft, aus dem Berufsleben auf, die er mitten in diesem herrlichen Rahmen der Natur und echter, unverfälschter Bodensee-Menschen nicht verdrängen kann, sondern niederzuschreiben das Bedürfnis hat. Dr. König

Beilagen-Hinweis

Der Gesamtausgabe dieser Ausgabe liegen folgende Prospekte bei:

1. „Dolorjan-Dragees“ der Firma G. W. Opfermann & Sohn, Bergisch- Gladbach.
2. Ein Prospekt der Chem. Fabrik Adolf Klinge, Berlin.
3. „Sedormid/Saridon“ der Firma Hoffmann-La Roche & Co., A.-G., Berlin.

Für das Kreis Krankenhaus Krumbach mit Nebenabteilung Kreis Krankenhaus Thannhausen (Bayer. Schwaben) wird infolge Todes des bisherigen Leiters sofort

leitender Krankenhausarzt

(selbständiger Vollchirurg und Geburtshelfer mit reichen Erfahrungen) gesucht. Anstellung zunächst im Angestelltenverhältnis nach A.T.O. mit Aussicht auf spätere Anstellung als Kreisbeamter. Ausübung der Privatpraxis zugelassen. Sofort beziehbares Arzthaus (Einfamilienhaus) ist vorhanden. Bewerbungen mit Lebenslauf, Bestallungsurkunde, Zeugnisse über bisherige Tätigkeiten, Nachweis der Reichsangehörigkeit, amtsärztliches Zeugnis über Gesundheitszustand, Nachweis der arischen Abstammung, Zugehörigkeit zur NSDAP., Lichtbild usw. sind zu richten an den Landrat Krumbach (Bayer. Schwaben).

Amtsblatt der Ärztekammer und KVD., Landesstelle Bayern

Verlag: J. S. Lehmann, München 15, Paul Henje-Str. 26, Fernspr. 54691. — Bezugspreis jährl. RM. 2.— (zuzügl. RM. 1.— Postgeld), Einzelheft 40 Rpf. — Postcheckkonto München Nr. 129. — Hauptschriftleiter: Dr. H. Unger; Stellvertreter: Dr. K. Eiland, beide Berlin SW 68, Lindenstraße 44, Fernspr. 174871. — Beauftragte Anzeigenverwaltung: Waibel & Co., München.

Inhalt

Die Krankenernährung im Kriege	111	Bekanntmachungen der Kassenärztl. Vereinigung Deutschlands	112
Ausfüllen der Krankenscheine	112	Bekanntmachungen der Ärztekammer Bayern	115
		Bekanntmachungen der KVD., Bezirksstelle München-Stadt	116



Für Führer und Volk ist gefallen:

Stabsarzt Dr. med. Karl Morgenroth, prakt. Arzt in Vohburg,
am 15. Juni 1940 in Soisson in Frankreich

Die Krankenernährung im Kriege

(Gekürzt nach dem Artikel in „Die Gesundheitsführung“, „Ziel und Weg“ Heft 6/1940,
von Chefarzt Doz. Dr. Dr. E. G. Schenk, München, Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP.)

Die Krankenernährung ist während des Krieges ebenso einer Regelung und Kontrolle unterworfen wie die Gesamternährung überhaupt. Auch für die Krankenernährung gilt als oberster Grundsatz: Sparsamkeit zu üben. Der Arzt, der seinen Patienten ein Attest ausstellt, ist in jedem Falle zugleich Anwalt des einzelnen, seines Kranken, dem er eine reichliche Ernährung zur Wiederherstellung seiner Gesundheit gerne gewähren würde, und Beauftragter des Reiches. Als solcher ist er dafür verantwortlich, daß nicht nur aus reiner Gefälligkeit oder Gleichgültigkeit und Schwäche gerade die wertvollsten Nahrungsmittel an solche Menschen zusätzlich ausgegeben werden, die sie im Grunde nur beantragen, weil sie sie aus Bequemlichkeit oder Gewohnheit nicht vermissen wollen und keine Neigung haben, die gleichen Opfer zu bringen wie die Gesamtheit des Deutschen Volkes. Nur das kann an Zulagen gewährt werden, was notwendig ist, aber nichts darüber hinaus. Dem so häufig vorgebrachten Hinweis, daß es doch in diesem Einzelfall auf das eine Viertel Butter oder den halben Eiter Vollmilch nicht ankomme und daß ja doch genug Vorräte da seien, begegnen wir mit dem Hinweis, daß gespart werden muß. Nur wenn die Vorräte so hoch wie möglich gehalten werden, haben wir die Gewißheit, daß wir den Krieg ohne Beeinträchtigung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des ganzen Volkes so lange führen können, wie es zum Erringen des Sieges notwendig ist. Deswegen muß an das Heer der Kranken die gleiche Forderung gestellt werden wie an die Armee als Voraussetzung eines jeden Erfolges: die Einordnung und Disziplin.

Die Richtlinien über Art und Höhe der Zuteilungen, die bisher nur den Genehmigungsstellen der Ärztekammer zur Verfügung gestellt werden konnten, weil sich erst in der Praxis ihre Richtigkeit bestätigen sollte, sind nun allen Ärzten zugänglich gemacht worden. Damit ist dann die Möglichkeit gegeben, einen Antrag von vornherein so zu stellen, daß die Genehmigungsstelle keinen Anlaß zur Beanstandung findet. Der Arzt kann ferner Sonderfälle gerecht beurteilen und ist an der Hand der Vorschriften auch in der Lage, Kranken, die in unbegründeten Fällen auf Zulagen dringen, klarzumachen, daß diese für sie nicht in Frage kommen.

Welche Leitgedanken waren nun für die Regelung des ganzen Verfahrens ausschlaggebend? An die Spitze aller Erwägungen wurde die Tatsache gestellt, daß die Nahrungsmittelration, die dem einzelnen, auch dem arbeitenden Erwachsenen, heute zugeteilt wird, ausreichend ist. Nur bei schwerer oder schwerster Arbeit werden Zu-

lagen an Nahrungsmitteln gegeben. Dadurch, daß nun ein Kranker meistens ruht und seine Körperkraft durch Arbeit nicht beansprucht, sinkt sein Nahrungsmittelbedarf und er kommt gewöhnlich der Höhe nach mit der Ration des Normalverbrauchers aus. Zulagen benötigen also eigentlich nur die Kranken, die an einer zehrenden Krankheit und deren Folgen (im weitesten Sinne des Wortes gesagt) leiden und aus diesem Krankheitsgrunde einen stark erhöhten Nahrungsmittelbedarf aufweisen. Im allgemeinen muß in möglichst großem Umfange von Austauschmöglichkeiten Gebrauch gemacht werden, da in den allermeisten Fällen die Notwendigkeit einer vermehrten Nahrungsmittelzuteilung nicht besteht. Es können z. B. auf dem Wege des Austausches im Rahmen der normalen Rationen schwer verträgliche Nahrungsmittel (z. B. Speck oder Schmalz) gegen leichter verträgliche (z. B. Butter) ausgetauscht werden. Häufig wird man z. B. auch Fleisch gegen Vollmilch austauschen, um etwa Magenkranken die Bereitung einer leichteren, breiförmigen Kost zu ermöglichen.

Die Forderungen nach einer gesunden und richtigen Volksernährung, die in den letzten Jahren vom Hauptamt für Volksgesundheit in das Volk hineingetragen wurden, gelten besonders für den Kranken: Eßt mehr Obst und Gemüse, verwöhnt euren Darm nicht durch milde, reizlose Kost, sondern trainiert ihn, wie der Sportsmann seine Muskeln trainiert, um sie auf höchste Leistungsfähigkeit zu bringen. Eßt gutes und anerkanntes Vollkornbrot, Vollkornprodukte, Haferlocken usw. Bereitet eure Nahrungsmittel so zu, daß ihr alle wertvollen und für eure Gesundheit äußerst wichtigen Bestandteile darin erhaltet. Lernt richtig kochen. Bereitet euch viel kleine Mahlzeiten, wenn ihr wenige große nicht vertragt. Kaut sorgfältig! Das sind die Forderungen, die an den Gesunden gestellt werden und die für den Kranken in noch viel höherem Maße gelten.

Schwierig zu erreichen ist der Ausgleich der Ernährung der Zuckerkranken im Kriege, da diese Kranken Brot und Mehlprodukte, von denen wir genügend haben, nicht in vollem Umfange ausnützen können und deswegen zur Deckung ihres Bedarfs Fett und Fleisch zusätzlich benötigen, mit denen wir sparen müssen. In diesen Fällen müssen also die notwendigen Zulagen gegeben werden.

Sonderregelungen, die eine Vereinfachung des Verfahrens bedeuten, sind vorgesehen für Vegetarier, die ihr Fleisch gegen Nahrungsmittel, Butter und Quark austauschen können, und für Greise, die

gegen Abgabe eines bestimmten Teiles ihrer Fleisch- oder Fettkarten Vollmilch erhalten können. Es stand lange zur Erwägung, ob man den alten Leuten die Vollmilch nicht zusätzlich gewähren sollte. Aber diese Frage konnte auch vom ärztlichen Standpunkt aus nicht dejakt werden. Der Nahrungsbedarf sinkt im Alter erheblich, so daß schon die Normalration nicht mehr aufgegessen wird. Durch die genannte Anordnung ist es nun möglich, daß sich Greise die gewünschte Breikost, die sie vielfach benötigen, weil sie nicht mehr richtig kauen können, zubereiten. Wichtig ist ferner, daß auch Schwangere, Wöchnerinnen und stillende Mütter auf vereinfachtem Wege die für sie vorgesehenen Zulagen erhalten.

Bezüglich der Höhe der zu gewährenden Zulagen wurden im Auftrage des Reichsministeriums des Innern und des Reichsgesundheitsführers von einer Reihe dekannter Autoritäten die Höchstzulagen festgesetzt, die nur in ganz besonderen Ausnahmefällen überschritten werden dürfen. Bei den Zulagen handelt es sich vor allem um die Lebensmittel, die zur Herstellung einer gut verträglichen Krankenkost in erster Linie in Betracht kommen: Vollmilch, Nährmittel und Butter und nur in einer begrenzten Zahl von Krankheiten Fleisch, Lebensmittel, die nicht kartenspflichtig sind, können auf eine ärztliche Bescheinigung auch nicht angefordert werden.

Das zur Erlangung von Zuteilungen angeordnete Verfahren regelt sich wie folgt: Der behandelnde Arzt stellt beim Bestehen der Voraussetzungen für seinen Kranken einen Antrag auf Sonderzuteilung, in dem er Art und Höhe der einzelnen Nahrungsmittel und gegebenenfalls Art und Menge der einzuziehenden Lebensmittel festlegt. Dieser Antrag wird an die zuständige Genehmigungsstelle der Ärztekammer weitergegeben und von dieser nach den bestehenden Richtlinien überprüft und wenn nötig adgeändert. Von hier wird der genehmigte oder adgelehnte Antrag dem zuständigen Ernährungsamt zugeleitet, das dann den Antragsteller, d. h. den Kranken, benachrichtigt, ihm die Bezugscheine zuteilt und gegebenenfalls Kartenabschnitte einbehält. — Fühlt sich ein Kranker nicht gerecht

behandelt oder glaubt er, die Entscheidung nicht annehmen zu können, dann steht ihm eine Einspruchsmöglichkeit zu, wobei er sich unter Begründung seines Einspruchs über den behandelnden Arzt an die Ärztekammer oder deren zuständige Genehmigungsstelle wendet. Diese nimmt dann, wenn erforderlich und möglich, unter Nachuntersuchung des betreffenden Kranken eine Nachprüfung vor. Wenn auch dann ein Einvernehmen nicht zustande kommt, dann besteht eine weitere Berufungsmöglichkeit bei der zuständigen Ärztekammer oder der Reichsärztekammer in Berlin. Die Gültigkeitsdauer der ärztlichen Bescheinigung wurde vom Reichsministerium des Innern zuerst allgemein auf eine Zeit von höchstens 8 Wochen festgesetzt; inzwischen wurde in einem zusätzlichen Erlaß des Reichs Ernährungsministeriums im Einvernehmen mit dem Reichsgesundheitsführer für eine Reihe von chronischen Krankheiten und Leiden, die sich in ihrem Zustand voraussichtlich nicht mehr ändern werden, die Gültigkeitsdauer bis zu 6 Monaten heraufgesetzt, wenn dies auf dem Antrag begründet wird. Kriegssopfer, Kranke nach verstümmelnden Operationen, Zuckerkranken und Tuberkulöse kommen in erster Linie für diese Erleichterung in Betracht.

Aus dem Gesagten geht wohl eindeutig hervor, daß von seiten der Reichsgesundheitsführung in engstem Zusammenwirken mit dem Reichsministerium für Ernährung und Landwirtschaft und Reichsministerium des Innern alles versucht wurde, das organisatorisch schwierige Gebiet der Krankenernährung so zu ordnen, daß alles möglichst ohne Reibungen abläuft. Die Schwierigkeiten, die sich zu Beginn des Krieges aus der ungewohnten Situation und der völlig neuen und einmaligen Organisation ergaben, sind heute zum allergrößten Teil behoben, die Berufungen haben fast völlig aufgehört. So wird diese Organisation für die Dauer des Krieges bis zum Abbau der Lebensmittelrationierung die ihr gestellte Doppelaufgabe erfüllen: Schutz des Reiches vor ungerechtfertigter zusätzlicher Belastung der Lebensmittelvorräte und Versorgung eines jeden Kranken entsprechend seinen Bedürfnissen.

Ausfüllen der Krankenscheine

Trotz des Krieges müssen gewisse Schreibarbeiten im kassenärztlichen Dienst ebenso genau und zuverlässig erledigt werden wie im Frieden. Besonders gilt dies für die Ausfüllung der Krankenscheine bei Arbeitsunfähigen (rechte Seite des Krankenscheines füllt der Arzt, die linke die Krankenkasse aus).

Was ist unwichtig? Unwichtig ist keine Frage, denn die KVD hat schon bei Einführung des Kassenscheines verhindert, daß Unwichtiges gefragt würde. Daher alle Fragen beantworten! Bei einzelnen genügt zuverlässige Unterstreichung als Antwort.

Was ist besonders wichtig? Die Krankheitsbezeichnung (Diagnose). (Kassen müssen jetzt oft mit ungeschultem Personal arbeiten, daher Vermeidung lateinischer Diagnosen, sowie leserliche Schrift.) Steht Diagnose noch nicht fest, dann wenigstens Befund oder Beschwerden. Vermeidung vieldeutiger Diagnosen wie „Rheuma, Rückenschmerzen, Narbenbeschwerden, Verletzung“. Dafür Gebrauch folgender genauere Diagnosen: „Muskelrheumatismus“, „chronischer Gelenkrheumatismus im rechten Schultergelenk“, „Beschwerden nach Unterschenkelbruch (Unfall Oktober 1939)“, „tiefe Rißwunde an der rechten Hohlhand“. Nicht alles in den Eintopf „Grippe“ werfen!

Die Krankenkasse und der Vertrauensärztliche Dienst müssen unter erschwerten Umständen (Fehlen der Krankendefucher) trotzdem Vorladungen zur Nachuntersuchung vornehmen. Fehlvorladung wird verhindert durch Angabe über Dauer der Arbeitsunfähigkeit („län-

ger als 1 Woche? Ja—nein“), ferner Andeutung der Schwere des Falles durch die Ziffern I, II, III in der Spalte „Krankheitsbezeichnung“ (Anhaken oder Unterstreichen der entsprechenden Ziffer). Auch aus den Angaben über Bettruhe oder Ausgehzeit, die im späteren Verlauf der Krankheit oder bei Hinzukommen neuer Krankheiten natürlich geändert werden müssen, können die notwendigen Schlüsse gezogen werden.

Der Krankenkasse und den Versicherten bringt es Schaden, wenn Ersatzansprüche an Dritte (Berufsgenossenschaften usw.) nicht geltend gemacht werden können, weil auf dem Krankenschein die notwendigen Angaben fehlen. Vor Abschluß des leserlich geschriebenen Krankenscheines auf Unterschrift und Stempel des Behandelnden sowie Datum der Erstellung nicht vergessen! Am Ende der Behandlung endgültige — berichtigte — Krankheitsbezeichnung einsetzen!

Da nach § 216 Absatz 3 Krankengeldzahlung ruht, wenn Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht rechtzeitig (innerhalb einer Woche) gemeldet wird, soll der behandelnde Arzt die Ausfüllung der Krankenscheine als vordringlich ansehen und den Versicherten veranlassen, ihn baldmöglichst an die Kasse einzuschicken.

Beachtung dieser Regel verhindert Verzögerung bei den Versicherten, Fehlvorladung zur Vertrauensärztlichen Dienststelle, und stärkt das Vertrauen des Versicherten in seinen behandelnden Arzt.

Anschrift: Dr. Wolfgang Schmidt, Würzburg, Friedenstr. 14.

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands

I. Sonderbestimmungen zur Honorarverteilung ab 1. 4. 1940

a) Sonderhonorar bei Praxisausfall

Die Anordnung des Reichsärztesführers betr. „Sonderhonorare der Kassenärzte bei Praxisausfall“ vom 28. 12. 1938 tritt mit nachstehenden Abweichungen ab 1. 4. 1940 wieder in Kraft.

A. Die Bestimmungen über die Gewährung von Krankengeld sind in folgender Fassung anzuwenden:

Abchnitt II. Krankengeld

1. Krankengeld wird gewährt, wenn der Arzt wegen Krankheit während mehr als 7 aufeinander folgenden Tagen keinerlei Praxis ausüben kann.

2. Der Antrag auf Auszahlung des Krankengeldes soll bei der Bezirksstelle eingereicht werden, sobald ein Arzt 7 Tage lang wegen Krankheit keinerlei Praxis ausüben konnte. Dem Antrag ist

ein ärztliches Zeugnis beizufügen, in dem unter Angabe der Art der Erkrankung bescheinigt wird, seit wann und für welche Zeit der Erkrankte voraussichtlich nicht in der Loge ist, seine Praxis weder ganz noch teilweise auszuüben.

Die Selbstaussstellung des Zeugnisses durch den erkronkten Arzt ist unzulässig.

3. Der Leiter der Bezirksstelle kann die Auszahlung des Krankengeldes von dem Ergebnis der Begutachtung durch einen Arzt abhängig machen, den er bestimmt und der den Kranken auf Kosten der KVD. untersucht. Bei Streitfällen entscheidet der Leiter der Landesstelle, der eine Oberbegutachtung veranlassen kann. Die Gewährung von Krankengeld kann vorläufig befristet und die Weiterzahlung von der erneuten Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.

4. Vor der Auszahlung des Krankengeldes muß der Arzt bescheinigen, daß er in der Zeit, für die er Krankengeld begehrt, keinerlei Praxis — auch nicht gelegentlich — ausgeübt hat.

5. Krankengeld wird innerhalb eines Jahres, gerechnet vom ersten Tage des Krankengeldbezuges ob, bis zur Dauer von acht Wochen in derselben Höhe wie Urlaubsgeld gewährt.

6. Für die als Karenzzeit bestimmten ersten 7 Tage des Praxisausfalls wird das Krankengeld nicht gezahlt.

7. Ein Arzt kann auch für mehr als 8 Wochen innerhalb desselben Kalenderjahres Krankengeld zur Vermeidung einer wirtschaftlichen Notlage erhalten, jedoch nur mit Zustimmung der Reichsführung der KVD., die für solche Fälle auch über die Höhe des Krankengeldes entscheidet.

B. Das in Abschnitt III bestimmte Sonderhonorar für Praxisausfall wegen Einberufung zu Wehrmachtübungen wird bis auf weiteres nicht gewährt.

C. Im Abschnitt V tritt die Bestimmung in Ziff. 4 über die Mindestgrenze für das erarbeitete KVD.-Honorar bis auf weiteres außer Kraft. Sonderhonorar für Praxisausfall wird jedoch nur an solche Ärzte gezahlt, die an der Honorarverteilung der KVD. teilnehmen, an Richtkassenärzte außerdem nur, wenn sie seit mindestens einem halben Jahre regelmäßig kassenärztlich oder knappschaftsärztlich tätig waren. Hilfskassenärzte erhalten das Sonderhonorar bei Praxisausfall nicht.

b) Gewährleistung einer Mindesteinnahme für Kassenärzte

Die Anordnung des Reichsarztzeführers über die „Gewährleistung einer Mindesteinnahme für Kassenärzte“ vom 28. 12. 1938 tritt mit Wirkung vom 1. 4. 1940 wieder nach den früheren Bestimmungen in Kraft.

Anspruch auf Auffüllungsbeiträge aus der Einnahmegarantie haben nur Ärzte, die während des vollen Abrechnungsquartalsjahres an der Honorarverteilung teilgenommen haben. Die Bestimmungen gelten nicht für Hilfskassenärzte und für einberufene Ärzte, die freiwillige Zuwendungen erhalten.

Die Auffüllungsbeiträge werden aus der der Abrechnungsstelle zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung gezahlt.

c) Weiterzahlung von Honorar beim Tode des Kassenarztes

Stirbt ein Kassenarzt, dann darf seine Kassenpraxis in der Regel für 3 Monate von einem Einzelvertreter sortgeführt werden.

Wenn die Fortsetzung der Praxis durch einen Einzelvertreter nicht möglich ist, dann kann bis zum Ende des dritten, auf das Ableben folgenden Kalendermonats eine freiwillige Zuwendung gewährt werden.

Die Höhe der freiwilligen Zuwendung richtet sich grundsätzlich nach der durchschnittlichen Einnahme, die der Kassenarzt in den nach dem 31. 3. 1940 liegenden Abrechnungsquartalsjahren aus Honorar der Krankenkassen und Stellen gehabt hat, die eine Gesamtvergütung an die KVD. entrichten. Für die Übergangszeit darf bei Todesfällen, die vor dem 16. 5. 1940 eintreten, eine freiwillige Zuwendung in Höhe des Pauschbetrages nach den Bestimmungen über die „Weiterzahlung von Honorar beim Tode des Kassenarztes“ vom 7. 3. 1940 gezahlt werden.

Die Auszahlung der freiwilligen Zuwendung erfolgt an die Witwe oder, falls eine Witwe nicht vorhanden ist, an die Kinder, für die nach den Bestimmungen der Familienlastenausgleichskasse der KVD. die Kinderzulage gezahlt wird, bzw. gezahlt würde, wenn sie das dritte oder ein weiteres Kind des Verstorbenen wären. Falls auch solche Kinder nicht vorhanden sind, bestimmt die KVD., ob die

freiwillige Zuwendung gezahlt wird und, gegebenenfalls, an wen sie gezahlt wird (Angehörige oder sonstige dem Verstorbenen nahe-stehende Personen).

Wenn ein verheirateter Hilfskassenarzt stirbt, dann kann an seine Witwe eine freiwillige Zuwendung bis zum Ende des dritten auf das Ableben folgenden Kalendermonats gezahlt werden. Diese freiwillige Zuwendung entspricht ihrer Höhe nach dem Tagesvergütungshöchstsatz, der für Hilfskassenärzte seines Bestaltungsalters gilt.

Auf die freiwilligen Zuwendungen sind Überzahlungen aus früherer Zeit sowie Schulden des Verstorbenen an die Reichsarzt-kammer oder KVD. anzurechnen, wenn sie nicht aus dem Nachlaß bezahlt werden.

Bestimmungen über die Weiterzahlung freiwilliger Zuwendungen beim Tode von Kassenärzten, die zum Wehrmachtsdienst einberufen waren, bleiben vorbehalten. Vorsorglich ist die freiwillige Zuwendung, die dem Kassenarzt wegen seiner Einberufung zu-stand, zunächst für 3 Monate weiterzuzahlen.

d) Vertretung einberufener Vertragsärzte beim Reichsarbeitsdienst

Bei einberufenen Kassenärzten, die eine freiwillige Zuwendung erhalten und die in ihrem Ausgangszeitraum Bezüge für die lager-ärztliche Betreuung von Reichsarbeitsdienstlagern erhalten haben, wird der Ausgangsbetrag um den Betrag erhöht, der bei der Berechnung des Ausgangsbetrages nach der Bestimmung in I B Ziffer 4 Absatz b der Durchführungsbestimmungen zur Kriegshonorarverteilung vom 20. 9. 1939 ausgeschieden wurde. Auf diese Weise werden die Bezüge im Rahmen der freiwilligen Zuwendung anteils-mäßig weitergezahlt.

Die Vergütung, die der Reichsarbeitsdienst an die Abrechnungsstellen der KVD. abführt, wenn die Aufgaben eines einberufenen Vertragsarztes von einem anderen Arzt wahrgenommen werden, ist dem Konto „Gesamtvergütung“ zuzuführen.

Wenn ein Hilfskassenarzt, der auf Rechnung der KVD. tätig ist, mit der lagerärztlichen Betreuung von Reichsarbeitsdienstlagern beauftragt wird, dann erhält er dafür 50 v. H. der Vergütung, die der Reichsarbeitsdienst zahlt — mit Ausnahme des Wegegeldes. Diese Vergütung gehört zu den zusätzlichen Vergütungen, die in die Höchstgrenze für die Zahlungen der KVD. an Hilfskassenärzte eingerechnet werden (Ziffer 2 der Bestimmungen über „Zahlungen der KVD. an Hilfskassenärzte“ vom 10. 5. 1940). Das Wegegeld wird an den Hilfskassenarzt ganz oder teilweise nur dann gezahlt, wenn er auch für die kassenärztliche Behandlung Wegegeld erhält.

Wenn ein niedergelassener Arzt die lagerärztliche Betreuung von Reichsarbeitsdienstlagern an Stelle eines einberufenen Lagerarztes übernimmt, dann erhält er dafür in der Regel ebenfalls 50 v. H. der vom Reichsarbeitsdienst an die KVD. obgeführten Vergütung, jedoch wird ihm das Wegegeld voll ausgezahlt.

2. Vergütungsregelung für die als Assistent eines Kassenarztes tätigen Hilfskassenärzte

Über die Verwendung des Hilfskassenarztes bestimmt die KVD. das Nähere. Es erscheint zweckmäßig, insbesondere auf dem Lande, den Hilfskassenarzt nicht in eigener Verantwortung selbständig tätig werden zu lassen, wenn der Praxissbereich eines einberufenen Kassenarztes vom Nachbararzt dadurch verfolgt werden kann, daß man ihm einen Hilfskassenarzt als Assistenten zuteilt. Bei dieser Regelung ist der Hilfskassenarzt nicht im eigenen Namen und nicht auf Rechnung der KVD. tätig, sondern im Namen und auf Rechnung des Kassenarztes, dem er als Assistent zugeteilt wird. Der Kassenarzt erhält das Honorar für die von seinem Assistenten ausgeführten Leistungen. Andererseits muß er die aus der Zuteilung eines Hilfskassenarztes als Assistenten entstehenden Kosten selbst tragen.

Der Hilfskassenarzt erhält seine Vergütung von der Abrechnungsstelle der KVD. Ihm wird der Tageshöchstsatz seines Bestaltungsalters (11, 12 bzw. 13 RM.) gezahlt. Wenn er als Assistent des Kassenarztes in großem Umfang tätig wird, kann die Abrechnungsstelle ihm einen festen Zuschlag zur Tagesvergütung gewähren.

Die Beträge, welche die Abrechnungsstelle an den Hilfskassenarzt zahlt, werden der Abrechnungsstelle vom Kassenarzt erstattet. Das Konto des Kassenarztes ist mit diesen Beträgen zu belasten. Für den Kassenarzt wird diese Regelung stets tragbar sein, weil ihm zusätzliche Einnahmen aus der Betreuung des Nachborgebietes und der Tätigkeit des Assistenten zufließen. Auch die Erstattung des festen Zuschlages zur Tagesvergütung ist für den Kassenarzt

tragbar, weil dieser Zuschlag gewährt wird, wenn der Assistent in großem Umfange tätig wird, also dem Kassenarzt in entsprechend großem Umfang zusätzliche Einnahmen zustehen.

Falls der Hilfskassenarzt vom Kassenarzt Unterkunft oder Derpflegung oder beides erhält, soll er einen entsprechenden Betrag zur Abgeltung dieser Naturalleistungen an den Kassenarzt abführen (z. B. 60—90 RM. je nach den örtlichen Verhältnissen). Über die Höhe des anzurechnenden Betrages ist, gegebenenfalls unter Mitwirkung der Abrechnungsstelle, eine Verständigung zwischen dem Kassenarzt und dem Hilfskassenarzt herbeizuführen. Am einfachsten wird dann dieser Betrag von den Bezügen des Hilfskassenarztes durch die Abrechnungsstelle einbehalten, so daß sich die Belastung auf dem Konto des Kassenarztes entsprechend mindert. Selbstverständlich ist es zulässig, daß der Kassenarzt auf eine Abgeltung für solche dem Hilfskassenarzt gewährten Naturalleistungen verzichtet.

3. Urlaubsabschnitte bei der Gewährung von Urlaubsgeld

In den Bestimmungen des Reichsärztesführers vom 28. 12. 1938 betr. „Sonderhonorar der Kassenärzte bei Praxisausfall“ ist in Abschnitt I Ziffer 2 gesagt, daß sich der Urlaub auf nicht mehr als zwei Zeitabschnitte im Kalenderjahr verteilen darf. Während des Krieges kann es vorkommen, daß die KVD. mit Rücksicht auf die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung den Urlaub eines Kassenarztes von sich aus auf mehr als zwei Zeitabschnitte erteilt. Eine solche von der KVD. veranlaßte Urlaubsregelung soll dem Kassenarzt nicht zum Nachteil gereichen. Urlaubsgeld darf also auch dann gezahlt werden, wenn der Urlaub von der KVD. auf mehr als zwei Zeitabschnitte verteilt wird. Für Kururlaube, z. B. Wochenendurlaub, Jagdurlaub u. dgl., wird jedoch Urlaubsgeld nicht gewährt. Die KVD.-Dienststellen sollen auch bei einer Unterteilung des Urlaubs während des Krieges dafür Sorge tragen, daß jeder Urlaubsabschnitt mindestens 7 aufeinanderfolgende Tage umfaßt.

4. Vergütungsregelung bei Einzelvertretung eines einberufenen Kassenarztes

Nach Ziffer 2 der „Anordnung über die Honorarverteilung der KVD. während des Krieges“ vom 2. 4. 1940 nehmen einberufene Kassenärzte, die ihre Kassenpraxis durch einen Einzelvertreter ausüben lassen, grundsätzlich an der Honorarverteilung teil.

Wenn die Praxis eines einberufenen Kassenarztes mit Zustimmung der KVD. vom Ehegatten oder einem nahen Verwandten fortgeführt wird, dann ist das als Einzelvertretung anzusehen. Die Einzelvertretung hat dieselben Wirkungen, als wenn der einberufene Arzt seine Praxis persönlich fortsetzt. Er nimmt an der Honorarverteilung in vollem Umfang teil. Er erhält das Honorar für die Leistungen, die der Einzelaerzte erbracht hat, er trägt aus dem Bruttohonorar, das von der KVD. und den Privatpatienten gezahlt wird, seine Praxisunkosten und kommt für die Kosten seiner Vertretung selbst auf. Es steht ihm frei, daneben seine Kriegsbesoldung in Anspruch zu nehmen. Freiwillige Zuwendungen werden an einberufene Kassenärzte, die an der Honorarverteilung teilnehmen, nicht gewährt.

5. Vergütungsregelung für die in einem fremden Bezirk tätigen Kassenärzte

Die „Vergütungsregelung für die in einem fremden Bezirk tätigen Kassenärzte“ (Kundschreiben Nr. 9/40, Ziffer 6) bezieht sich auf Kassenärzte, die aus ihrem Praxisbereich herausgezogen und in einem fremden Bezirk zur kassenärztlichen Versorgung eingesetzt wurden. Ob der „fremde Bezirk“ im Bereich derselben oder einer anderen Abrechnungsstelle liegt, ist dabei gleichgültig. Voraussetzung ist lediglich, daß der betreffende Kassenarzt aus seinem Praxisbereich herausgezogen ist, also seine eigene Praxis nicht wahrnehmen kann. Wird er im Bereich derselben Abrechnungsstelle an einem anderen Ort eingesetzt, dann hat das lediglich die Wirkung, daß die für den Verpflichtungsort und die für die Heimatpraxis zuständige Abrechnungsstelle sich decken.

Zur Vermeidung von Unklarheiten wird darauf hingewiesen, daß ein niedergelassener Kassenarzt, der in einem fremden Bezirk zur kassenärztlichen Versorgung eingesetzt ist, auch dort nicht auf Rechnung der KVD., sondern auf eigene Rechnung tätig wird. Deshalb nimmt er in vollem Umfange an der Honorarverteilung teil. Deshalb muß er auch am Verpflichtungsort die Praxisunkosten aus dem Bruttohonorar, das ihm die KVD. und die Privatpatienten zahlen, selbst bestreiten.

Mit Ausnahme der Bestimmungen in den letzten beiden Absätzen, welche die Gewährung freiwilliger Zuwendungen in Härte-

fällen betreffen, gilt diese Vergütungsregelung auch für die niedergelassenen Nichtkassenärzte, die in einem fremden Bezirk zur kassenärztlichen Versorgung eingesetzt sind.

6. Gewährung von Krankengeld

Die Bestimmungen über die Gewährung von Sonderhonorar bei Praxisausfall sind, soweit sie das Krankengeld betreffen, geändert worden (vgl. DABl. 1940, Nr. 20/21, S. 237).

Früher mußte der Praxisausfall wegen Krankheit mindestens 12 aufeinanderfolgende Tage gedauert haben, ehe Anspruch auf Krankengeld entstand. Dauerte der Praxisausfall länger, dann wurde das Krankengeld auch für die als Karenzzeit bestimmten 12 Tage gezahlt. Ab 1. 4. 1940 wird Krankengeld gewährt, wenn der Praxisausfall mehr als 7 aufeinanderfolgende Tage dauert. Andererseits wird das Krankengeld für die als Karenzzeit bestimmten ersten 7 Tage nicht gezahlt.

Früher wurde Krankengeld innerhalb desselben Kalenderjahres bis zur Dauer von 8 Wochen gewährt. Ab 1. 4. 1940 wird Krankengeld innerhalb eines Jahres, gerechnet vom ersten Tage des Krankengeldbezuges ab, bis zur Dauer von 8 Wochen gewährt. Diese Regelung bewirkt zugleich, daß Ärzte, die schon vor dem 1. 4. 1940 ihre Praxis wegen Krankheit nicht ausüben konnten, aber den Pauschbetrag erhielten, ab 1. 4. 1940 bis zur Dauer von 8 Wochen Krankengeld erhalten können. Die Zeit, für die vor dem 1. 4. 1940 der Pauschbetrag trotz Krankheit gezahlt wurde, wird also auf die Bezugsdauer des Krankengeldes nach dem 1. 4. 40 nicht angerechnet.

Das Krankengeld kann in Ausnahmefällen auch für mehr als 8 Wochen innerhalb eines Jahres, gerechnet vom ersten Tage des Krankengeldbezuges ab, gezahlt werden, jedoch nur mit Zustimmung der Reichsführung der KVD. und nur zur Vermeidung einer wirtschaftlichen Notlage. Anträge auf Verlängerung der Bezugsdauer sind an die für den Arzt zuständige Abrechnungsstelle zu richten, die sie mit ihrer Stellungnahme an die Reichsführung der KVD. weitergibt. Die Abrechnungsstelle muß mitteilen, wie die wirtschaftliche Lage des Arztes ist, ob ein Einzelvertreter tätig ist und deshalb die Praxiseinnahmen weiterlaufen, welche Kosten für den Einzelaerzte aufzuwenden sind, oder ob ein Einzelaerzte nicht verfügbar ist, die Praxis geschlossen wurde und die Praxiseinnahmen deshalb wegfallen.

7. Gewährung von Sonderhonorar bei Praxisausfall an Arztelefrauen

Wenn ein einberufener Kassenarzt mit einer Ärztin verheiratet ist, die vor seiner Einberufung eigene Praxis oder eigene Kassenpraxis nicht ausgeübt hat, während seiner Einberufung oder die Praxis mit Zustimmung der KVD. als Einzelvertreterin weiterführt, dann hat das für die Honorarverteilung dieselbe Wirkung, als wenn der einberufene Kassenarzt seine Praxis persönlich fortsetzt (vgl. Erläuterung vom 3. 6. 1940). Entsprechend kann Sonderhonorar bei Praxisausfall an die Ärztin gezahlt werden, wenn sie selbst erkrankt oder Urlaub erhält und die sonstigen Voraussetzungen für die Gewährung von Sonderhonorar erfüllt sind.

Wenn die Ärztin, die ihren einberufenen Ehemann erteilt, selbst Kassenärztin ist, erhält sie Sonderhonorar bei Praxisausfall nur für ihre eigene Person. Das bedeutet, daß aus der Vertretung des Ehemannes eine Verdoppelung des Tagesfahes oder der Bezugsdauer für Urlaubsgeld und Krankengeld nicht hergeleitet werden kann.

8. Vergütung der Hilfskassenärzte für Wahrnehmung besonderer Aufgaben

Über die Verwendung des Hilfskassenarztes bestimmt die KVD. das Nähere. Er wird zur ärztlichen Behandlung in der Kassen- und Privatpraxis eingesetzt. Daneben kann er andere Tätigkeiten, wie z. B. Betreuung von Heimen, Betriebsarztstätigkeit u. dgl., übernehmen, jedoch nur mit Genehmigung der KVD.

Die KVD. erteilt diese Genehmigung unter der Bedingung, daß die Hälfte der für diese Tätigkeit gezahlten Bezüge auf die von der KVD. zu zahlende zusätzliche Vergütung angerechnet wird. Jedoch darf die von der KVD. nach erfolgter Anrechnung zu zahlende zusätzliche Vergütung zusammen mit der Tagesvergütung und mit den an dritter Seite gezahlten Bezügen nicht höher sein als die für Hilfskassenärzte bestimmte Vergütungshöchstgrenze. Würde diese Höchstgrenze trotz Anrechnung der Hälfte der Bezüge überschritten werden, dann sind die von dritter Seite gezahlten Bezüge insoweit auf die von der KVD. zu zahlenden Bezüge (auch Tagesvergütun-

gen) anzurechnen, daß insgesamt die Höchstgrenze nicht überschritten wird.

Hinsichtlich des Wegegeldes ist die Regelung in der Durchführungsbestimmung über die „Vertretung einberufener Vertragsärzte beim Reichsarbeitsdienst“ vom 15. 5. 1940 (B 3) entsprechend anzuwenden.

Wenn der Hilfskassenarzt eine solche Nebentätigkeit an Stelle eines einberufenen Kassenarztes ausübt, dann wird der Ausgangsbetrag dieses einberufenen Kassenarztes um den Betrag erhöht, der bei der Berechnung des Ausgangsbetrages nach I B Ziffer 3 und 4 der Durchführungsbestimmungen zur Kriegshonorarverteilung vom 20. 9. 1939 ausgeschieden wurde. Auf diese Weise werden die Bezüge im Rahmen der freiwilligen Zuwendungen anteilmäßig weitergezahlt.

Die KVV. erteilt die Genehmigung für diese Nebentätigkeit nicht, wenn die anderweitige Tätigkeit einen solchen Umfang hat, daß sie einer hauptamtlichen Tätigkeit gleichkommt.

9. Hinweis betr. Fahrzeugkosten bei Hilfskassenärzten

In der Durchführungsbestimmung betr. „Fahrzeugkosten bei Hilfskassenärzten“ vom 21. 5. 1940 (Rundschreiben Nr. 9/1940

Ziffer 5) ist gesagt, daß der Hilfskassenarzt, der ein eigenes Fahrzeug benutzt, zur Abgeltung der ihm entstehenden Fuhrkosten 75% des Wegegeldes erhält, das ein Kassenarzt nach den Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes erhalten würde. Als Höchstgrenze für Wegegeldzahlungen an den Hilfskassenarzt gelten dabei 75% der für Kassenärzte festgesetzten Höchstgrenze. Das Verfahren eignet sich nur für Hilfskassenärzte in ländlichen Praxen, in denen Wegegeld anfällt und der Hilfskassenarzt seine Fuhrkosten aus der Beteiligung am Wegegeld bestreiten kann.

Für Hilfskassenärzte, die in Städten eingesetzt sind, in denen kassenärztliches Wegegeld nicht oder nur in geringem Umfang anfällt, kann dem Hilfskassenarzt im allgemeinen ein Fahrzeug nicht zur Verfügung gestellt werden. Um diesen Hilfskassenärzten ihre Besuchstätigkeit zu erleichtern und ihnen die Benutzung eines eigenen Fahrzeuges oder die Benutzung von Mietfahrzeugen oder von öffentlichen Verkehrsmitteln zu ermöglichen, kann ihnen zur Abgeltung der entstehenden Fuhrkosten ein Pauschbetrag von 50 Rpf. für jeden in der Kassen- und Privatpraxis ausgeführten Besuch gezahlt werden. Wegegeld darf neben diesem Pauschbetrag nicht gezahlt werden. Für diese Art der Fuhrkostenentschädigung ist ein Höchstbetrag festzusetzen, der nicht höher als 450 RM. je Vierteljahr sein soll.

Bekanntmachungen der Ärztekammer Bayern

1. Arbeitsplatzwechsel bei angestellten Ärzten

Die Ärztekammer Bayern hat schon in wiederholten Verlautbarungen im „Arzteblatt für Bayern“ darauf hingewiesen, daß während des Krieges die unbedingte Notwendigkeit besteht, bei Ausscheiden aus dem Bereich der Ärztekammer Bayern und Antreten einer Stelle außerhalb Bayerns vorher die Genehmigung der zuständigen Ärztlichen Bezirksvereinigung oder unmittelbar der Ärztekammer einzuholen.

Es ist darauf aufmerksam zu machen, daß zur Eingehung eines Arbeitsverhältnisses nach § 4 der Verordnung über die Beschränkung des Arbeitsplatzwechsels vom 1. 9. 1939 (RGBl. I S. 1685) die Zustimmung des Arbeitsamtes notwendig ist. Wollen Ärzte ihren Arbeitsplatz wechseln, so müssen sie sich vorher darüber vergewissern, ob das für den neuen Arbeitsplatz zuständige Arbeitsamt den Abschluß eines neuen Arbeitsvertrages genehmigen wird. Hierbei sind auf Grund einer Weisung des Reichsarbeitsministers die Ärztekammern einzuschalten.

Die Anweisung des Reichsarbeitsministers an die Arbeitsämter hat folgenden Wortlaut:

„Die planmäßige Versorgung der Zivilbevölkerung mit Ärzten durch die Reichsärztekammer wird dadurch gestört, daß Ärzte in abhängiger Berufsstellung ihren Arbeitsplatz ohne Wissen der für sie zuständigen Ärztekammer wechseln und hierbei in einen anderen Bezirk abwandern. Um die Reichsärztekammer bei der losenden Erfassung der angestellten Ärzte zu unterstützen, haben die Arbeitsämter vor ihrer Entscheidung über Anträge auf Zustimmung zur Kündigung oder Einstellung nach den §§ 1—4 der Arbeitsplatzwechsel-Verordnung vom 1. 9. 1939 (RGBl. I S. 1685) die zuständige Ärztekammer zu hören.“

Es ist daher dringend zu empfehlen, daß sich die Ärzte rechtzeitig mit der für sie zuständigen Ärztlichen Bezirksvereinigung oder unmittelbar mit der Ärztekammer in Verbindung setzen.

2. Beschaffung von medizinischen Instrumenten und Apparaten

a) Für die Beschaffung von medizinischen Instrumenten gilt während des Krieges folgendes Verfahren: Der Arzt wendet sich an die Firma, von der er die Instrumente beziehen will. Es ist nicht Sache des Arztes, eine Kennziffer beizubringen. Das gleiche Verfahren gilt bei der Anschaffung elektromedizinischer Apparate (Röntgen usw.).

Sollten Schwierigkeiten auftreten, wendet sich der Arzt an die Ärztekammer.

b) Es ist beabsichtigt, eine zentrale Meldestelle sowohl für angebotene als auch für verlangte gebrauchte Instrumente einzurichten.

Wer gebrauchte Instrumente wegen Aufgabe der Praxis oder aus sonstigen Gründen zu verkaufen beabsichtigt, melde das unmittelbar der Ärztekammer.

3. Kraftkoffersparnis durch Motorsahrrad oder Fahrrad

Ergänzend zu den Bekanntgaben im „Arzteblatt für Bayern“ Nr. 10 S. 78 und Nr. 12 S. 98 wird darauf hingewiesen, daß das Reichsverkehrsministerium mit der zusätzlichen Bewinkelung der Hilfskrafträder einverstanden ist. Eine besondere Anordnung des Reichsverkehrsministeriums erscheint hierzu nicht, nachdem auf Grund seines früheren Erlasses vom 13. 1. 1940 Krafträder mit einem Hubraum von nicht mehr als 125 ccn bei Bemessung der weiter zu benutzenden Personenkraftfahrzeuge unberücksichtigt bleiben.

Sollten sich Schwierigkeiten ergeben, ist an die Ärztekammer zu berichten.

4. Kraftfahrzeugreifen

a) Neubeschaffung von Personenkraftwagenreifen ist nur in Verbindung mit einem Wagenkauf denkbar. Von der Reichsstelle für Kautschuk und Asbest werden grundsätzlich Nachbewilligungen für unbereifte Kraftfahrzeuge nicht erteilt. Die Ärzte werden deshalb darauf hingewiesen, daß sie bei Anschaffung eines neuen oder auch gebrauchten Wagens diesen nur bereift kaufen. Es ist hierbei auch auf den Ankauf stillgelegter Fahrzeuge zu verweisen; erforderlichenfalls durch Ausgabe einer entsprechenden Anzeige in der Tageszeitung.

b) Bei der Notwendigkeit von Ersatz ist der Antrag an das zuständige Wirtschaftsamt und bei Ablehnung an das Bezirkswirtschaftsamt zu stellen. Über vereinzelt aufgetretene Schwierigkeiten bin ich bereits unterrichtet. Ich habe mich deshalb mit den beiden Bezirkswirtschaftsämtern für die Wehrwirtschaftsbezirke VII und XIII in Verbindung gesetzt. Es ist in Aussicht gestellt worden, daß Anforderungen von Ärzten möglichst schnell erledigt werden sollen. Sollten sich weiterhin Schwierigkeiten ergeben, bitte ich unter Verlegung der Verhältnisse und unter Angabe der Reifengröße um eine Mitteilung an die Ärztekammer.

5. Fahrradreifen

Bei der Ausstellung von Bezugsscheinen durch die Wirtschaftsämter sollen noch einer Mitteilung des Reichswirtschaftsministeriums die Ärzte bevorzugt behandelt werden. Falls die Erteilung des Bezugsscheins nicht ohne weiteres erfolgt, kann der Arzt eine entsprechende Bescheinigung bei seiner Ärztlichen Bezirksvereinigung oder auch unmittelbar bei der Ärztekammer anfordern. Bei auftretenden Schwierigkeiten ist ebenfalls die Ärztliche Bezirksvereinigung oder unmittelbar die Ärztekammer zu unterrichten.

Sprechzeiten in den Ärztehäusern Briener Straße 11 und Königinstraße 85 sind täglich (mit Ausnahme Samstags) von 11 bis 13 Uhr.

Wer von auswärts kommen will, wird gebeten, vorher telephonisch oder schriftlich hier anzufragen, damit auch die Gewähr besteht, daß er den Weg nicht umsonst macht.

6. Benzinuteilung

Mit Benzin muß selbstverständlich nach wie vor gespart werden. Ich appelliere nochmals an die Ärzte, alle Mittel, die zur Benzineinsparung führen können (Benutzung eines Fahrrades, Motorfahrrades, leichten Wagens usw.), zu versuchen. Wenn alle diese Mittel erschöpft oder nach den örtlichen Verhältnissen nicht angewend-

bar sind, werden die Ärzte die Menge Benzin erhalten, die zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung notwendig ist. Bei auftretenden Schwierigkeiten haben sich die Ärzte an die Ärztliche Bezirksvereinigung zu wenden.

München, den 10. Juli 1940

Der Leiter: Dr. Harrfeldt

Bekanntmachungen der KVD.-Bezirksstelle München-Stadt

1. Ausfertigung von Verlängerungsscheinen

Die Allgemeine Ortskrankenkasse München-Stadt berichtet mir, daß bei ihr allmonatlich zahllose Verlängerungsscheine zur Anspruchsbestätigung eingehen, die der Nachprüfung nicht standhalten.

Von den Ärzten wird vielfach angenommen — wenn ein Versicherter in einem Vierteljahr einen Behandlungsschein mit Gebührenmarken adgegeben habe —, es genüge, einen Verlängerungsschein auszufertigen, sobald der Versicherte im nächsten Vierteljahr wieder in der Sprechstunde erscheint. Unterschieden wird dabei nicht, ob der alte Behandlungsfall abgeschlossen war oder nicht.

Ein Verlängerungsschein kann aber nur dann ausfertigt werden, wenn nach Eintritt in die Behandlung der Versicherungsfall ununterbrochen fort dauert, das heißt also, wenn während der Zeit bis zum Ablauf des Vierteljahres und darüber hinaus die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung ununterbrochen fortbestand.

Wurde dagegen der Versicherte aus der Behandlung entlassen, weil diese nicht mehr notwendig war, so hat er bei neuerlicher Inanspruchnahme stets einen neuen Krankenschein mit Gebührenmarke zu erbringen, gleichgültig, ob es sich um das gleiche Vierteljahr oder um das folgende handelt.

Ich bitte, diese Vorschriften ganz allgemein und besonders bei den Fällen zu beachten, die in ein neues Vierteljahr übergehen.

2. Krankenhauseinweisungen

Nach Gesetz und Satzung steht das Recht der Krankenhauseinweisung ausschließlich der Kasse zu. Das Mitglied hat deshalb, soweit nur irgend möglich, vor Eintritt in die Krankenanstalt persönlich an der Kasse Antrag auf Krankenhausbearbeitung zu stellen. Nur in dringenden Fällen, wenn das Kassenmitglied nicht gehfähig ist, oder wenn wegen Gefährdung des Lebens bzw. der Gesundheit sofort Krankenhausaufnahme notwendig erscheint, kann die Krankenhausaufnahme auch ohne Einweisung der Kasse erfolgen. In diesen Fällen ist aber der Kasse mit der Eintrittsanzeige eine Bescheinigung des einweisenden Arztes oder des Krankenhausarztes einzureichen, daß Krankenhausbearbeitung unbedingt notwendig ist.

Die Allgem. Ortskrankenkasse München-Stadt klagt darüber, daß in einer sehr großen Anzahl von Krankenhaussfällen an den Krankenanstalten lediglich die Anzeige über den erfolgten Eintritt der einzelnen Kassenmitglieder mit dem üblichen Formblatt erstattet wird, daß aber die Begründung des einweisenden Kassenarztes über die Notwendigkeit der stationären Behandlung fehlt.

Es besteht Veranlassung, auf folgendes hinzuweisen:

1. Der Kassenarzt hat in nicht dringenden Fällen kein Einweisungsrecht.

2. Nur in dringenden Fällen, wenn das Kassenmitglied nicht gehfähig ist oder wenn wegen Gefährdung des Lebens bzw. der Gesundheit sofortige Krankenhausaufnahme notwendig erscheint, steht dem Kassenarzt das Recht zur Krankenhauseinweisung zu. In diesen Fällen hat er aber dem Mitglied eine Bescheinigung mit eingehender Begründung über die Notwendigkeit der sofortigen Anstaltsaufnahme auszuhandigen, die das Mitglied beim Krankenhauseintritt an die Anstalt adzugeben hat.

Der derzeitige durchschnittliche Stand von täglich über 1500 in stationärer Anstaltsbehandlung untergebrachten Kassenmitgliedern liegt weit über der Normalzahl für die jetzige Jahreszeit. Diese auffallend hohe Zahl der Krankenhaussfälle und die sich hieraus ergebende Belastung der Kasse durch die Krankenhauskosten machen eine genaue Überprüfung der Anstaltseintritte notwendig. Sollte die Überprüfung der Krankenhausaufnahmen ergeben, daß Kassen-

ärzte nicht notwendige Krankenhauseinweisungen, zu denen ihnen das Recht fehlt, vornehmen, müßten sie für die der Kasse hieraus erwachsenden Kosten in jedem Einzelfall persönlich haftbar gemacht werden.

Ich mache hierauf alle Kassenärzte besonders aufmerksam und bitte, diese Anweisungen peinlich zu beachten.

3. Bereitschaftsdienst mit Kraftdroshken

Ich bitte, davon Kenntnis nehmen zu wollen, daß die Innung für das Droshkengewerbe im Einaernehmen mit dem Polizeipräsidentium München in ihrer Geschäftsstelle, Ußschneiderstraße 12, während der Zeit von 21 bis 6 Uhr für Notfälle einen Bereitschaftsdienst mit 6 Kraftdroshken eingerichtet hat. Dieser Dienst wird mit Montag, den 8. Juli 1940, wirksam.

Unter den Begriff Notfälle fallen u. a. Fahrten für Ärzte und Hedammen, Beförderung von Kranken, alten und körperbehinderten Personen usw. Der Bereitschaftsdienst ist unter der Ruf-Nr. 27315 zu erreichen und soll nur in Anspruch genommen werden, wenn auf den im amtlichen Fernsprechtisch verzeichneten Auto-Droshkenwartepätzen keine Kraftdroshken erreichbar sind.

4. Krankenkasse des Polizeipräsidentiums München

Die obige Kasse ist durch Fusion auf die „Leipziger Verein — Barmenia Krankenaersicherung für Beamte, freie Berufe und Mittelstand a. G.“ übergegangen. In den Vertragsbeziehungen, die bisher mit der Krankenkasse des Polizeipräsidentiums München bestanden, hat sich durch diese Fusion nichts geändert.

München, den 10. Juli 1940

Der Leiter: Dr. Harrfeldt

Bücherschau

Wissenschaft und Kunst in der Deutschen Heilkunde. Von Friedrich Jamin. Vortrag, gehalten bei einer geselligen Zusammenkunft der Universität Erlangen am 6. Januar 1939. Verlag von Palm u. Enke, Erlangen. RM. 1.20.

Ausgehend von dem Begriff und der Notwendigkeit einer völkischen Heilkunde, unter Ablehnung des Heilzaubers und mit einer Entwertung des Krankheitsbegriffes zugunsten des Kranken, bringt der Verfasser dieses kleinen Schriftchens eine Darlegung der ärztlichen Wissenschaft als der Ermittlung des Wesens des deutschen Menschen und seiner Lebensbedingungen und der ärztlichen Kunst, der arteigenen, schöpferischen Gestalterin. Demzufolge wendet er auf die deutschen Ärzte, auf die deutsche Heilkunde das Wort Hans Sachsens aus Richard Wagners „Meistersingern“ an:

„Was deutsch und echt, wüßt keiner mehr, ledt's nicht in deutscher Meister Ehr.“

Dr. König

Ärztlicher Verein München e. V.

Die Bibliothek und die Lesezimmer des Ärztlichen Vereins bleiben vom 1. bis 28. August geschlossen.

Der Bibliothekar.

Beilagen-Hinweis

Der Gesamtauflage dieser Ausgabe liegen folgende Prospekte bei:

1. „Carbvogel“ der Goda A.-G., Breslau.
2. Ein Prospekt der Firma Sponagel & Co., Hamburg.