



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER
SCHRIFTFLEITUNG: DR. MED. WILHELM WACK, MÜNCHEN

Heft 15/16

MÜNCHEN, AUGUST 1948

3. Jahrgang

Zusammenarbeit der Praxis mit der Lungenfürsorge

von Dr. Gerhard Meiner

Wenn die Lungenfürsorge wirklich das Optimum in der Betreuung der Lungenkranken erreichen will, dann ist eine verständnisvolle Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, d. h. mit der Praxis notwendig. Genau so wenig wie die Praxis fähig war die Probleme der Überwachung und sozialen Fürsorge für die Lungenkranken zu lösen, genau so wenig ist es möglich, daß die Lungenfürsorge allein die Probleme der täglichen Betreuung und besonders die der psychischen Behandlung und familiären Sorge lösen kann, denn in diese Sphäre des individuellen Lebens wird nie eine Organisation wirklichen Zutritt haben, sondern am ehesten der persönlich vertraute Hausarzt. Diese Erfahrung gilt nicht nur vom sogenannten bürgerlichen Leben aus gesehen, sondern bewahrheitet sich auch in den Fällen der sozialen Notpraxis; auch hier ist eine außerordentlich starke Fixierung an den Arzt des persönlichen Vertrauens erkennbar und nur dieser kann allein die letzten Kleinigkeiten der täglichen Behandlung des Lungenkranken ordnen.

Persönliches Vertrauensverhältnis und öffentl. Fürsorge.

Daß das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ein besonders zu schützender Faktor der ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten ist, diese Erkenntnis ist lange Zeit ganz besonders beachtet worden — so ist es noch vor diesem Kriege in einzelnen Gegenden durchaus üblich gewesen, daß erst einmal der jeweils behandelnde Arzt verständigt wurde, wenn ein Patient zur Nachuntersuchung durch die Lungenfürsorge aufgefordert wurde. Der behandelnde Arzt hatte dann die Möglichkeit, der Lg.-Fü. rechtzeitig die letzten Teilbefunde und seine persönlichen Beobachtungen mitzuteilen; in den Zeiten technischer Großzügigkeit konnte sich dann die Nachkontrolle auch meist schon durch die Vorlage der letzten Aufnahmen erledigen.

Mit dem zunehmend stärkeren Überwiegen der sozialen Faktoren in der Behandlung der Lungenkrankheiten hat sich das Schwergewicht der ganzen ärztlichen Betreuung immer mehr in die Untersuchungsstellen der Lg.-Fü. verlagert, wozu nicht zuletzt der Umstand beigetragen hat, daß immer mehr Atteste für alle möglichen Lebensbelange des Lungenkranken notwendig wurden und die Kontrollen der Lebensmittelatteste, die in der Notzeit überhaupt das Kernstück der ganzen ärztlichen Behandlung eines Lungenkranken wurden, haben dann auch mit zur letzten gesetzlichen Regelung geführt, daß die Lungenfürsorge die Vorführung eines Kranken notfalls erzwingen kann.

Diese ganze Entwicklung stellt eine Belastung des unmittelbaren Vertrauensverhältnisses des Kranken zum Arzte dar, aber auch wenn ihre prinzipielle Berechtigung trotzdem anerkannt werden kann, so muß dennoch gewünscht werden, daß diese der Lungenfürsorge jetzt gegebenen Rechte mit Weisheit und Mäßigung angewendet werden und nicht ohne Not das Vertrauensverhältnis der Kranken zum behandelnden Arzt durch unnötige Maßnahmen weiter gefährdet wird — es bedeutet z. B. eine durchaus unkluge Überspannung der gegebenen Rechte, wenn von der Lg.-Fü. ein Patient mit Druck zur Nachuntersuchung bestellt wird um die Notwendigkeit eines Lebensmittelattestes nachzuprüfen, obgleich der Patient nicht nur den Befund des Hausarztes, sondern auch frische Befundunterlagen einer großen Klinik und eines anerkannten Heilstättenarztes vorlegen konnte.

Praktiker und Rtg.-Facharzt.

Die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Lg.-Fü., die sich früher praktisch immer auf einen Film als Dokument stützen konnte und bei relativ klaren Unterlagen viel geringere Reibungsmöglichkeiten bot, ist heute durch die gegebene technische Situation der Diagnosefundierung auf den sehr subjektiven Durchleuchtungsbefund sehr viel schwieriger geworden. Für diese Zusammenarbeit die richtigen Grenzen zu suchen soll die Aufgabe dieser Zeilen sein; es soll vor allem versucht werden, den hauptsächlichsten Differenzpunkten der täglichen Arbeit nachzuspüren und eine Erklärung der verschiedenen Gesichtspunkte zu geben, denn der Einzelfall sieht vom individuell denkenden Arzt in seiner Würdigung der therapeutischen und psychischen Faktoren gesehen wesentlich anders aus als vom Blickpunkt der rationell-statistisch denkenden Organisation.

Das Problem soll zunächst vom Gesichtspunkt der Praxis betrachtet werden, denn der Patient sucht mit seinen verschiedenen Leiden zuerst den praktischen Arzt auf; dieser stellt die erste auf TBC zielende Diagnose, die den Patienten entweder auf dem Wege über die erste fachärztliche Röntgenuntersuchung oder auch unmittelbar zur TBC-Fürsorge führt. Von diesem Stadium der ersten begründeten Verdachtsdiagnose an wird der Patient durch die vorgeschriebenen Meldungen Objekt der Organisation der Lg.-Fü., die nun verantwortlich ist, daß nicht nur eine positive oder negative Diagnose gestellt wird, sondern daß die positive Diagnose auch bis zu einer gesicherten Zustandsdiagnose weitergeführt wird, aus der sich dann alle weiteren Maßnahmen der organisatorischen Behand-

lung (Überwachung, Heilstätteneinweisung, Umgebungsumtersuchung) ergeben. Wieweit die diagnostische Klärung vom behandelnden Arzt und weiter vom zugezogenen Facharzt oder von aufgesuchten Kliniken durchgeführt wird und wieweit diese Aufgabe unmittelbar von der Lg.Fü. mit ihren Einrichtungen der TBC-Sprechstube usw. durchgeführt wird, hängt von mannigfachen örtlichen Gegebenheiten ab; auf jeden Fall kann gesagt werden, daß diese Aufgabe umso schneller und wirtschaftlicher durchgeführt wird, je besser es die Lg.-Fü. versteht, gute Fühlung mit der ärztlichen Praxis zu halten und je mehr sie für die besonderen Probleme der Praxis Verständnis hat.

Der praktische Arzt erwartet vom Röntgenarzt der Praxis oder der Fürsorge möglichst sofort eine klare volle Behandlungsdiagnose, wie sie der Film auch in einem hohen Prozentsatz der Untersuchungsfälle geben kann. Ohne Film ist das aber nur in einer Minderzahl der Fälle sofort erreichbar und je gewissenhafter der Röntgenarzt ist, desto mehr wird er vermeiden müssen, seinen Feststellungen im Durchleuchtungsbefund den Charakter einer absoluten Diagnose zu geben, denn er wird sich immer bewußt sein müssen, daß das Schirmbild nur relativ grobe Veränderungen darstellt und viele Befunde verschweigt. Um die gegebenen Möglichkeiten der Diagnose klar zu stellen, muß daran erinnert werden, daß z. B. eine Miliartuberkulose, die sich auf dem Film eindrucksvoll mit einer Unzahl kleiner Knötchen dokumentiert, im Durchl. Bild bei der optisch gegebenen Überstrahlung vollkommen unsichtbar bleiben kann. Ebenso ist die Staublung oder die perlokale Aussaat eines alten indurativen Prozesses vor dem Schirm oft nicht nachweisbar.

Grenzen des Schirmbildes.

Röntgenologisch ist in den letzten Jahren eine weitere Schwierigkeit dadurch dazugetreten, daß die seit etwa einem Jahrzehnt zusammengelaßt als Grippepneumonie bezeichneten Krankheitsfälle der Lunge oft Bilder vor dem Schirm zeigen können, die sich oft in nichts von den Bildern der spezifischen Infiltrationen unterscheiden. Die Ähnlichkeit dieser Bilder ist sogar auf Aufnahmen noch so groß, daß hier vielfach Verwechslungen der Infiltrate der Grippepneumonie mit denen der TBC vorzukommen pflegen. Bei einer Grippeepidemie, die ich als Internist eines großen Marine-Lazarettes Winter 1939/40 in Stralsund sah, habe ich damals bei über 200 Fällen zirka 30 Aufnahmen sammeln können, die Infiltratbildungen der Lunge zeigten, die sich in der Lokalisation oft überhaupt nicht von den Bildern der TBC unterscheiden ließen; waren doch auch typische infraclaviculäre handtellergröße Infiltrate darunter. Auf der Aufnahme war das Charakteristische dieser Bilder eine ganz leinmaschige gleichmäßige Zeichnung, die sich verlaufend in der normalen Lungenzeichnung verlor. Sehr oft saß der Prozeß auch an der Basis des Oberlappens, oft mit der Lappengrenze abschneidend, aber auch diese überschreitend, meist war er aber in hilusnahen Mittel- und Unterfeld lokalisiert; wesentlich war das Fehlen stärkerer Strangzeichnung und stärkerer Drüsenzeichnung. Als einer der ersten hat meines Wissens Stehr 1940 auf diese Röntgenbilder der Grippepneumonie hingewiesen und sie als Ausdruck interstitieller Infiltrationen erklärt. Klinisch wesentlich ist, daß sich diese infiltrativen Prozesse reslos zurückbilden, aber oft erst nach Tagen oder auch erst nach Wochen nach der Entfieberung verschwanden.

Im nächsten Winter habe ich im Marine-Lazarett Cuxhaven gleiche Bilder gesehen und wegen der immer wieder

röntgenologisch vorkommenden Verwechslung der Befunde mit Tuberkulose damals in einer kurzen Arbeit darauf hingewiesen. Aus Zuschriften konnte ich entnehmen, daß ähnliche Beobachtungen auch andernorts und in anderen Ländern gemacht wurden, nach den neuesten Veröffentlichungen ist daran zu denken, daß es sich damals schon zum Teil um Fälle der jetzt als Viruspneumonie beschriebenen Krankheitsbilder gehandelt hat.

Bei diesen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten und dem gegebenen technischen Notstand der optischen Unzulänglichkeit des reinen Durchleuchtungsbildes ist es dem gewissenhaft arbeitenden Röntgenarzt in den Fällen infiltrativer Verschattungen, in denen genügend beweisende Characteristica, wie Lokalisation mit Beteiligung des Spitzfeldes, typische Anordnung der Fleckschatten oder Drüsen und Ringschatten fehlen, überhaupt nicht die Möglichkeit gegeben, sofort eine abschließende Diagnose zu stellen, sondern er kann seinen Befund nur graphisch registrierend beschreiben und die nachweisbare Infiltration als Hinweis auf einen spezifischen Prozeß auswerten. Die richtige Formulierung der Diagnose kann dann nur lauten: Mit Zeichnungsverdichtung im re. basalen Oberfeld Hinweis auf spezifischen Prozeß gegeben. Nach den praktischen täglichen Erfahrungen, daß viele jüngere Kollegen noch keine genügende Erfahrung in der Auswertung der Röntgenbefunde haben, ist es meines Erachtens kein Schaden, wenn der Röntgenarzt hier etwas über seine strenge fachliche Abgrenzung hinausgreift und den Satz dahin erweitert, daß er schreibt: ... „bedarf weiterer Kontrolle mit Senkung und eventueller Nachdurchleuchtung in 4 Wochen.“

Ergänzung des Rtg.-Bildes durch Beobachtung.

Die folgerichtige Weiterbehandlung des Falles wird damit in die Hände des praktischen Arztes zurückverlegt. Falsch ist es auf jeden Fall, wenn dieser nun aus dem reinen Röntgenbefund sofort eine Behandlungsdiagnose macht und gleich Lebensmittelzulagen für ein Lungenleiden aufschreibt. Die Aktivität einer TRC ist nach dem Film meist nur mit großer Vorsicht und nach dem Schirmbefund mit noch größerer Unsicherheit zu beurteilen, sie muß mit den Hilfsmitteln der Krankenbeobachtung (Temp, Senkung, Sputum und Hörbefund) sorgfältig ausgearbeitet werden, denn die selteneren differentialdiagnostischen Möglichkeiten der eosinophilen Infiltrate und Tumoren lassen sich oft erst nach längerer Beobachtung ausscheiden. Wenn der praktische Arzt Zeit und technische Möglichkeiten für diese weitere Untersuchungsführung nicht einsetzen kann, dann soll er den Fall sofort der Lg.Fü. zur weiteren Beobachtung melden — wenn er diese ersten Kontrollen nach Maßgabe seiner Vorbildung und technischen Voraussetzungen selbst durchführen kann, dann ist es auch möglich, daß er den Fall erst mit einer etwas ausgebauten Diagnose weitermeldet. Ein derartiges Handhaben des Untersuchungsganges würde nach klinischen und sozialmedizinischen Gesichtspunkten wohl das beste Verfahren sein, da es im Interesse des Patienten am schnellsten Klärung seines Gesundheitszustandes bringen kann, im Interesse des Arztes diesem den ärztlichen und medizinischen Gewinn einer gründlichen diagnostischen Untersuchung erhält und im Interesse der Kassen der schnellste und billigste Weg zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist und schließlich im Interesse der Lg.Fü. diese vor unproduktive Organisationsarbeit mit unnötigem Untersuchungsballast zum Ausscheiden der Nichttuberkulösen bewahrt.

Dieser Idealfall verständnisvoller Zusammenarbeit zwischen praktischem Arzt und Lg.Fü. wird sich indess in der Praxis nicht immer verwirklichen lassen. Auch der Facharzt, der die genannten Voraussetzungen einer gründlichen Untersuchungsführung erfüllen kann, wird z. B. heute in einem Teil seiner Fälle gezwungen sein, diese Meldung an die Lg.Fü. schon vor Abschluß der diagnostischen Erstuntersuchung nur auf den ersten verdächtigen Durchleuchtungsbefund hin vorzunehmen, weil er oft nicht sicher sein kann, daß die Patienten in seiner Hand bleiben und zur nötigen Nachuntersuchung wiederkommen; und es ist bei der auf das Kartotheksystem abgestellten Organisation der ärztlichen Praxis technisch garnicht ohne weiteres möglich, die aus der Beobachtung fernbleibenden Patienten sofort zu erfassen, ganz abgesehen davon, daß der Arzt aus Gründen der Berufsauffassung nur in Ausnahmefällen solchen Patienten nachgehen kann, weil unerbetene Hilfe oft mißverstanden wird.

Kinder — Tbc. -

Besondere Schwierigkeiten der röntgenologischen Differentialdiagnose sind in der Kinderpraxis gegeben, auf die in diesem Zusammenhang noch besonders eingegangen werden soll, da sie bei der notgegebenen Beschränkung auf Durchleuchtungstechnik dem subjektiven Ermessen bei der Definierung eines Hilusbefundes den größten Spielraum läßt. Als bester Anhalt hat sich die Feststellung bewährt, daß ein Hilusbefund als pathologisch zu werten ist, wenn er auch im ersten Durchmesser sich mit einer deutlichen Verschattung im Retrocardialfeld markiert. Da diese vermehrte Hiluszzeichnung klinisch dabei die verschiedensten Ursachen haben kann, wird der Röntgenarzt in diesen Fällen, die er oft ohne alle hausärztlichen Mitteilungen und ohne verwertbare Aussagen fremder Begleitpersonen beurteilen soll, garnicht anders können als den Befund nur registrierend zu erfassen und nur als Hinweis auf einen spezifischen Prozeß zu formulieren. Ohne auf das so schwierige Kapitel der kindlichen Tuberkulose und seine ganzen differentialdiagnostischen Möglichkeiten näher einzugehen soll hier darauf hingewiesen werden, daß ein guter Teil der Kinder, die mit mangelnder EBlust, Müdigkeit, schlechtem Aussehen und Entzündungsreaktionen der Temp.Kurve und der Senkung den praktischen Arzt durchaus berechtigt an eine TBC denken lassen, zu Unrecht gleich als Hilustuberkulose angesprochen werden. Diese Diagnose wird zweifellos heute zu häufig gestellt — genau so glaube ich aber, daß dafür die weitere Möglichkeit der primären Infektion beim Kinde, nämlich die orale Infektion mit ihrem Folgezustand der mesenterialen Drüsenaffektion zu oft übersehen wird, weil die Tuberkulosebegutachtung zu sehr geneigt ist, die in den Heilstätten bei der Erwachsenen-TBC gemachten Erfahrungen auf die Kindertuberkulose zu projektieren und eine TBC-Diagnose abzulehnen, wenn die Lungen keinen in die Augen fallenden Lungenbefund nachweisen lassen.

Hierzu ist weiter daran zu erinnern, daß frühere Veröffentlichungen bereits gezeigt haben, daß sogar bei negativen Filmbefunden der üblichen sagittalen Aufnahme mit Schrägaufnahmen noch occulte para-aortale Drüsen nachgewiesen werden können, daß zweitens eine statistische Bearbeitung von Wurm gezeigt hat, daß nur 42% der Fälle kindlicher Frühgeneralisation röntgenologisch nachweisfähige Hilusdrüsen zeigten und daß drittens der Anteil der primären Darmaffektionen bei der Tuberkulose des Kleinkindes auf zirka 20–30% zu schätzen ist; der Prozentsatz liegt wesentlich höher wie klinisch bisher angenommen

wurde und heute klinisch beweisbar ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine von Holm veröffentlichte Statistik aus Jütland, daß zirka 20% alter TBC-positiven Kinder im ländlichen Milieu im Sputum bovine Stämme nachweisen lassen, während die Städte diese Erscheinung in zirka 9% der Fälle zeigten und die Großstadt Kopenhagen mit der besten Milchhygiene zirka 6% zeigte.

Meines Erachtens ist daran zu denken, daß diese Fälle der abdominalen Erstinfektion mit ihren negativen Röntgenbefunden zum Teil auch das Mißverhältnis erklären, das sich in der Zahl der Moropositiven Kinder und der Zahl der wirklich anamnestic und röntgenologisch gesicherten TBC-Fälle zeigt.

Der Verlauf der kindlichen abdominalen Erstinfektion ist wohl relativ gutartig, das kann aber nicht bedeuten, daß diese Kinder in der Zeit der aktiven Erkrankung keine entsprechende allgemeine Schonung und keine Diätzulagen brauchen. Die Differentialdiagnose der Krankheitszustände mit dem Allgemeineindruck einer kindlichen Tuberkulose und die Beurteilung ähnlicher Zustandsbilder bei chron. Tonsillitis, chron. Appendicitis und auch Oxyuriasis ist immer eine Angelegenheit längerer Beobachtung und ein negativer Durchleuchtungsbefund allein kann dabei noch keine gültige Widerlegung eines Tuberkuloseverdachts sein, wenn sonst wesentliche Hinweise gegeben sind. Da alle diese genannten chron. Krankheitszustände das Allgemeinbefinden sehr beeinträchtigen können, erscheint es mir für die Praxis durchaus vertretbar, wenn diese Fälle bei der Frage der ersten Lebensmittelanträge zunächst etwas großzügig behandelt werden, auch auf die Gefahr hin, daß eine chron. Appendicitis einmal zu Unrecht für 4 Wochen den etwas höheren Satz der TBC-Kinder bekommen kann — beim zweiten Attest ist dann schon eine bessere Möglichkeit ausreichender diagnostischer Fundierung und ein besseres Recht zu einer strengen Beurteilung gegeben.

Der negative Schirmbefund.

Der negative Durchleuchtungsbefund, der heute bei notgebener technischer Beschränkung eine wesentlich größere Rolle spielt als früher, bedarf in diesem Zusammenhang überhaupt einer besonderen Analyse seiner Bedeutung. Ein negativer Schirmbefund kann bei gegebenen klinischen und optischen Vorbedingungen zunächst nur aussagen, daß ein größerer infiltrativer Prozeß nicht nachweisbar ist — er läßt aber auch dem erfahrensten Untersucher kein genügend gesichertes Urteil darüber zu, daß eine aktive Tuberkulose ausgeschlossen werden kann. Genau so wenig ist bei dem Schirmbefund indurativer Veränderungen ein genügend gesichertes Urteil darüber möglich, ob es sich nur um alte Restzustände handelt und ob eine aktive TBC in Form hämatogener Herdstreuungen ausgeschlossen werden kann, denn auch der erfahrenste Untersucher kann nicht mehr aus einer Methode herausholen als sie ihm technisch an Erkenntnismöglichkeit gibt. Das muß noch einmal ganz klar herausgestellt werden, denn es ist eine alte Erfahrung medizinischer Untersuchungstechnik, daß eine Methode den jeweiligen Untersucher zur Überschätzung ihrer Leistungsmöglichkeit verleitet und so zu wirklichkeitsfremden überspitzten Diagnosen führt. Die richtige kritische Auswertung des gegebenen Untersuchungsverfahrens wird also, wenn nicht wirklich beweisende Facta gegeben sind, nur heißen können: ... „bei Fehlen suspekter Herdschatten röntg. kein Anhalt für aktiv. spezif. Prozeß gegeben“ ... , sie kann aber nicht einfach lauten: ... „Harte Fleckschatten, keine aktive TBC, Attest gestrichen.“

Fortsetzung folgt.

Die Umwälzung des Medizinalwesens in Großbritannien

Der Kampf, den die englische Ärzteschaft um die Freiheit ihres Berufes gegen die ursprünglichen Absichten des Beveridge-Planes führte, ist am 5. Juli 1948 zu Ende gegangen. Da die Bestrebungen der neuen Reformpläne der deutschen Sozialversicherung in ihren Grundzügen große Ähnlichkeit mit der englischen National Insurance Act aufweisen, dürfte es für die Kollegen von Interesse sein, die Haltung und die Erfolge der englischen Ärzteschaft kennen zu lernen. Wir haben daher die British Medical Association um eine ausführliche Darstellung gebeten, die uns liebenswürdigerweise am 30. 7. 48 durch das Londoner Sekretariat übermittelt wurde. Wir geben sie nachstehend wieder.

Die Schriftleitung.

Am 5. Juli 1948 wurde die ärztliche Berufsausübung in Großbritannien von einer im wesentlichen unabhängigen Tätigkeit in eine amtliche Sozialtätigkeit umgewandelt. Ärzte und Andere in der ganzen Welt haben mit gespanntem Interesse den Kampf beobachtet, den der Britische Ärztestand führt, um in dem wechselnden Szenenbild seine Ideale und seine freiheitlichen Traditionen zu bewahren. Die rasche Folge der Ereignisse in den letzten Monaten und die Annahme der neuen Regelung durch den Berufsstand nach einem hartnäckigen Widerstand im Februar haben viele Zuschauer in anderen Ländern in Erstaunen versetzt, und es wurde daher angeregt, daß ein genauer Bericht über den wirklichen Ablauf der Ereignisse willkommen wäre.

1. Die Entwicklung der Politik der Berufsorganisation. (1911 bis Juli 1942)

Die Hauptgrundsätze, für welche die British Medical Association sich in dem kürzlichen Kampf einsetzte, waren an sich keine neuen. Sie sind das Ergebnis fortschreitender Entwicklung seit den Anfangsjahren des Jahrhunderts, als die Association sich bemühte, ärztliche Hilfe für die ärmsten Teile des Gemeinwesens zu beschaffen. Im folgenden sind die Hauptphasen dieser Entwicklung aufgezeigt:

1. **National Health Insurance Act 1911** (Gesundheitsversicherungsgesetz). Während des Kampfes um dieses Gesetz mit der Regierung erreichte der Berufsstand die Anerkennung der folgenden Richtlinien, die immer noch im Vordergrund ihrer Politik stehen:

(1) Der Patient muß die Freiheit haben, seinen eigenen Arzt zu wählen.

(2) Kein Dritter darf sich zwischen Arzt und seinen Patienten drängen. Das enge Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muß erhalten bleiben.

(3) Die Entlohnung eines praktischen Arztes muß im Verhältnis stehen zum Grad seiner Verantwortlichkeit. Die beste Methode um das zu erreichen, ist eine Kopfgebühr für jeden Patienten, der diesen Arzt wählt.

(4) Ärztliche Dienstleistung muß unabhängig sein von den Gesichtspunkten der geldlichen Vorteile des Versicherungssystems.

2. „Ein allgemeiner ärztlicher Dienst für die Nation“. (1929 und 1938)

Zwischen dem ersten und zweiten Weltkrieg beschäftigte sich die British Medical Association sehr stark mit den Möglichkeiten der Entwicklung und Vervollständigung der ärztlichen Versorgung des Landes. Die dazu vorgeschlagenen Mittel enthielten:

(1) Eine Ausweitung der Nationalen Gesundheitsversicherung, die damals nur versicherte Lohnempfänger umfaßte und nur Behandlung durch den praktischen Arzt vorsah. Die Association setzte sich ein für Aufnahme von Angehörigen von versicherten Personen und die Zurverfügungstellung eines beratenden und fachärztlichen Dienstes als satzungsmäßigen Bestandteil des Gesundheitsversicherungssystems.

(2) Die Erweiterung des Krankenhaussystems. Dies wurde für wichtig erachtet, da seit 1929 allgemeine- und Spezialkrankenhäuser von den ärztlichen Regierungsstellen errichtet wurden, Seite an Seite mit den alteingerichteten freiwilligen Krankenhäusern, wobei beide Arten von Krankenhäusern ähnliche Leistungen für ähnliche Klassen von Patienten boten.

(3) Eine Koordinierung aller ärztlichen- und Gesundheitseinrichtungen, öffentlicher und freiwilliger, um Überschneidungen und Verschwendung von Personal und Ausrüstung zu vermeiden, und um die Überweisung von Patienten von einer ärztlichen Stelle zur anderen zu erleichtern.

3. **Die Ärztliche Planungskommission, 1942.** In der Erkenntnis, daß die vom Zweiten Weltkrieg verursachte soziale Umwälzung bei seiner Beendigung eine drastische Reorganisation des ärztlichen und Gesundheitsdienstes notwendig machen würde, stellte die British Medical Association eine Ärztliche Planungskommission auf, die das Problem studieren sollte. Die Kommission legte im Juli 1942 einen Zwischenberichtsentswurf vor zur Diskussion durch den Berufsstand. In diesem waren die Richtlinien sorgfältig ausgearbeitet, die in „Ein allgemeiner ärztlicher Dienst für die Nation“ aufgestellt waren, und ein System aufgezeichnet für die Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik, in der die Regierung und der Berufsstand zusammenarbeiten konnten.

Diese kurze Erwähnung der frühen Geschichte ist notwendig, weil in den Jahren zwischen den zwei Kriegen, als der ärztliche Berufsstand ständig sorgenvoll bemüht war Mittel und Wege zu finden, jedem Mitglied der Gemeinde ohne Rücksicht auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse vollständige ärztliche und gesundheitliche Hilfe zu sichern, die Regierung, deren Mitarbeit ausschlaggebend war, kein Interesse an der Entwicklung einer umfassenden nationalen Gesundheitspolitik zeigte. Als die Regierung schließlich im Jahre 1943 diesem Problem ihre Aufmerksamkeit zuwandte, geschah das aus einem gänzlich anderen Gesichtspunkt. Die Ärztliche Planungskommission wurde aufgelöst, weil der Berufsstand seine Aufmerksamkeit den Vorschlägen der Regierung zuwenden mußte.

II. Beveridge und das Koalitions-Weiß-Buch. (Dezember 1942 bis Juli 1945)

Im Dezember 1942 legte Lord (damals Sir William) Beveridge den Bericht über soziale Sicherheit vor, den er auf Ersuchen der Koalitionsregierung gemacht hatte. Sein Plan war, jede Einzelperson zu versichern gegen den Einkommensverlust, der aus sozialer Unsicherheit resultiert, nämlich Arbeitslosigkeit, Krankheit und Erwerbsunfähigkeit wegen Alter, Unfällen, wobei die Finanzierung durch Beiträge von Einzelpersonen, von den Arbeitgebern und vom Schatzamt beschafft werden sollte. Er führte aus, daß die Durchführung eines solchen Planes gewisse „Voraussetzungen“ nötig machte, und eine davon sei ein nationaler

Gesundheitsdienst, der für jeden da wäre. Das Parlament nahm den Beveridge-Plan grundsätzlich an, und im Februar 1944 gab die Regierung ein Weißbuch heraus mit ihren Vorschlägen für einen nationalen Gesundheitsdienst, das ebenfalls vom Parlament grundsätzlich genehmigt wurde.

Obwohl die Besprechungen zwischen Berufsstand und dem Gesundheitsministerium über das Weißbuch Ende Juli 1945 abrupt abgebrochen wurden im Zusammenhang mit dem Wechsel der Regierung, so traten doch zwei Dinge von grundsätzlicher Bedeutung während dieser Phase in Erscheinung.

(1) **Ein Universal-Dienst.** Bisher hatte die British Medical Association angenommen, daß der von der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellte ärztliche Dienst nur für solche Glieder der Gemeinschaft bestimmt wäre, die eine Unterstützung benötigen, um im Krankheitsfalle ohne finanzielle Schwierigkeiten ärztliche Hilfe für sich und ihre Familien zu erhalten, während diejenigen, die in der Lage und gewillt wären, private Gebühren zu bezahlen, dies tun würden. Es wurde geschätzt, daß auf dieser Basis ein öffentlicher Plan ungefähr 90% der Bevölkerung betreffen würde, und 10% als kleines freies Feld für private Praxis übrig blieben.

Nun hat das Parlament entschieden, daß ein öffentlicher Plan für alle geschaffen werden müßte, und der Ärztestand hatte zu entscheiden, ob er sich dem Willen des Parlaments widersetzen, oder auf einer 100% Plan-Basis mitarbeiten wollte. Nach ernsthaften Erwägungen beschloß der Repräsentierende Ausschuß der B.M.A. daß er im Hinblick auf den Wunsch des Volkes, ausgesprochen durch das Parlament, nicht einem universellen Plan opponieren würde, vorausgesetzt, daß Unabhängigkeit und Freiheit des Berufes erhalten blieben.

(2) **Medizin und soziale Sicherheit.** Der Beveridge-Plan enthält den folgenden, bedeutungsvollen Absatz:

„Das primäre Interesse des Ministeriums für Soziale Sicherheit liegt nicht in den Einzelheiten des nationalen Gesundheitsdienstes oder seinen finanziellen Bestimmungen. Es liegt vielmehr darin, einen Gesundheitsdienst zu finden, der die Krankheiten durch Vorbeugung und Heilung einschränkt, und der die sorgfältige Ausstellung von Bescheinigungen gewährleistet, die nötig ist für die Kontrolle der Zahlung von Unterstützungen für die in diesem Bericht vorgesehenen Raten.“

Der zugrundeliegende Gedanke schien zu sein, daß eine der Hauptaufgaben des ärztlichen Dienstes wäre, die Gelder des Unterstützungsfonds zu sichern, und daß die berufliche Ausstellung von Bescheinigungen im Hinblick darauf zu kontrollieren wäre. In den Augen des Standes bewies dies die Wichtigkeit des im Zusammenhang mit dem National Health Insurance Act von 1911 aufgestellten Grundsatz, daß ärztlicher Dienst von geldlichen Unterstützungen zu trennen ist.

Das Weißbuch der Koalitionsregierung mit deren Vorschlägen wurde zur Diskussion herausgegeben, noch ehe ein Parlamentsgesetz in Vorbereitung war. Obwohl diese Vorschläge eine Reihe von Dingen enthielten, die für den ärztlichen Stand unannehmbar waren, hatte doch ein Vertreterausschuß eine Reihe nützlicher Besprechungen mit dem Gesundheitsminister, und es wird angenommen, daß sie, falls sie fortgesetzt worden wären, schließlich zu einem befriedigenden und brauchbaren Dienst geführt haben würden. Sie endeten jedoch, gleichzeitig mit der Koalitionsregierung selbst, im Jahre 1945.

III. Öffentlicher Ärztlicher Dienst für Alle.

(Juli 1945 bis Juli 1948)

Der Brennpunkt verschob sich wieder, denn durch die General-Wahlen von 1945 kann eine sozialistische Regierung zur Macht mit einer großen Majorität und einer Politik eines staatsärztlichen Dienstes mit festbesoldeten Ärzten. Der Vertretungsausschuß der BMA hatte sich festgelegt auf die Annahme eines öffentlichen Dienstes für die gesamte Bevölkerung, aber nicht für einen ganzzeitlich bezahlten Dienst, der vermutlich den Arzt mehr zum Diener des Staates als des Patienten machen würde, und der die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung zerstört. Die Regierung führte die Pläne ihrer Vorgänger in Bezug auf soziale Sicherheit weiter, und legte nach entsprechender Zeit, ohne Befragung der Standesorganisation ein Nationales Gesundheitsdienstgesetz vor, das mit geringer Mühe durch das Parlament ging und im November 1946 Gesetz wurde, mit beginnender Wirksamkeit im Jahre 1948. Das Gesetz legte in großen Zügen die generelle Struktur des Dienstes fest; die einzelnen Vorschriften für administratives Verfahren sollten später gefaßt werden.

Die sieben Grundsätze der Standesorganisation.

In Erwartung der kommenden Ablehnung eines Gesetzes der sozialistischen Regierung stellte der Verhandlungsausschuß eine Reihe von Grundsätzen auf, die verwendet werden konnten für die Prüfung der Frage, ob irgendwelche zu erwartenden Vorschläge annehmbar seien:

(1) Im Interesse der Allgemeinheit ist die ärztliche Standesorganisation gegen jede Form des Dienstes die dazu führt, direkt oder indirekt, daß der Beruf in seiner Gesamtheit zu festbesoldeten Dienern des Staates oder der lokalen Behörden wird.

(2) Dem ärztlichen Beruf muß die Freiheit gewahrt bleiben, Kunst und Wissenschaft der Medizin gemäß seinen Traditionen, Grundsätzen und seinem Wissen auszuüben, wobei der einzelne Arzt die volle Verantwortlichkeit für die Behandlung des Patienten hat, die Freiheit der Beurteilung desselben, der Handlung, Sprache und Veröffentlichung, ohne daß in seine Berufsarbeit eingegriffen wird.

(3) Jeder Bürger muß die Freiheit haben, seinen oder ihren Familienarzt zu wählen und zu wechseln, ebenso das Krankenhaus, in dem er behandelt werden will, und er muß frei entscheiden, ob er den öffentlichen Dienst in Anspruch nehmen oder die von ihm benötigte ärztliche Betreuung unabhängig erhalten will.

(4) Ärzte sollen wie andere schaffende Menschen die Freiheit haben, Form, Ort und Arbeitstyp zu wählen ohne Regierungs- oder andere Anweisung.

(5) Jeder registrierte praktische Arzt soll das verbrieftete Recht haben, am öffentlichen Dienst teilzunehmen.

(6) Der Krankenhausdienst sollte so geplant werden, daß er natürliche Krankengebiete erfaßt, die um Universitäten gruppiert sind, sodaß diese Erziehungs- und Forschungszentren den ganzen Dienst befruchtend beeinflussen können.

(7) Der Ärztestand sollte angemessen in all den Verwaltungsstellen vertreten sein, die mit dem neuen Dienst assoziiert sind, sodaß diese Ärzte in die Tätigkeit der Dienststelle wirksam eingeschaltet sind.

Die erste Abstimmung.

Als das Gesetz erlassen war, war es klar, daß es mit einigen dieser Grundsätze in Widerspruch stand, besonders mit dem ersten, vierten und siebenten, und der Ärztestand hatte die Frage zu entscheiden, ob das Gesetz so schlecht war, daß die Ärzte solange nichts damit zu

tun haben wollten, bis es entsprechend abgeändert wäre, oder ob der Verhandlungsausschuß versuchen sollte durch Verhandlungen mit dem Gesundheitsminister zu erreichen, daß die Bestimmungen des Gesetzes für die Ärzte annehmbare würden. Eine Abstimmung wurde veranstaltet, um die Wünsche der Landesmitglieder zu erfahren, aber das Ergebnis war unentschieden. Die 54%ige Majorität gegen Verhandlungen genügte aber, um dem Minister zu zeigen, daß sein Plan gefährdet war, und daher sprach er auf Druck der Präsidenten des Royal College of Medicine und des Royal College of Surgery seine Bereitwilligkeit aus, Diskussionen über die Vorschriften aufzunehmen und schloß die Möglichkeit eines ergänzenden Gesetzes nicht aus.

Das war im Januar 1947. Die Verhandlungen gingen bis November — mit Beamten des Ministeriums, nicht mit dem Minister selbst. Mit offenen Augen und äußerster Bereitwilligkeit zum Entgegenkommen arbeitete der Verhandlungsausschuß der Landesorganisation und das Sekretariat unaufhörlich daran, die vielen Konfliktpunkte beider Seiten zu klären. Im November, als der Zeitpunkt für eine Entscheidung des Standes näherrückte, unterbreitete der Ausschuß dem Minister eine begründete Stellungnahme zu den offenen Punkten, und der Minister antwortete mit einem Brief, der an den einzelnen Arzt gerichtet war. Die Summierung seiner Antwort war eine klare Ablehnung, das Gesetz in irgendeiner Form zu ergänzen, und viele waren der Ansicht, daß er niemals die Absicht hatte, dies zu tun.

Der Kampf beginnt.

Es waren den Ärzten 6 Monate versprochen, in denen sie sich entscheiden sollten, dem neuen nationalen Gesundheitsdienst beizutreten oder nicht, der am 5. Juli 1948 in Kraft treten sollte, und jetzt, im Dezember 1947, wurde es Zeit, daß die Landesorganisation als Einheit ihre Einstellung festlegte. Der Verhandlungsausschuß hatte in seinem Bericht an den Stand die folgenden Einwände gegen das Gesetz und die ministeriellen Erklärungen niedergelegt:

(1) Die Bewegungsfreiheit der Ärzte von einer Praxis zur anderen wurde bedroht durch die einschränkende Gewalt eines zentralen Ausschusses für ärztliche Praxen.

(2) Die alte und wohlerprobte Sitte der Regulierung der Vertiefung der Ärzte durch Kauf und Verkauf des Wertes einer Praxis war zerstört, und diese Zerstörung schuf neue und unnötige Schwierigkeiten.

(3) Das Gesetz war voll von wunderlichen Bestimmungen und Anomalien, die, wenn überhaupt nur nach langen Streitigkeiten, verbunden mit weitverbreiteter Unsicherheit innerhalb des Standes und der Öffentlichkeit beigelegt werden konnten. Besonders sind die Absätze betreffend Partnerschaftsverträgen so vielseitig und komplex, daß kein Arzt seiner gesetzlichen Stellung sicher sein kann, selbst nicht nach Befragung seines Rechtsanwaltes.

(4) Die Einschaltung eines „Grundgehaltes“; wenn auch klein, in die Bezahlung jeden praktischen Arztes steht im Gegensatz zu Grundsatz (1) oben, denn es gibt keine Garantie, daß der Minister oder seine Nachfolger nicht das Gehaltselement erhöhen, bis es den größeren Teil des Einkommens, oder das Gesamteinkommen des praktischen Arztes ausmacht.

(5) Es gab kein Berufsrecht bei den Gerichten gegen eine Entscheidung eines Straftribunals, den Namen eines Arztes von der Liste der nach dem Gesetz dienstleistenden Ärzte zu streichen.

(6) Die Ernennung des Vorsitzenden des lokalen Verwaltungskörpers durch den Minister ist unerwünscht.

(7) Es ist unerwünscht, daß der Minister befugt sein soll, ein Krankenhausmonopol aufzustellen. Privatpflegeanstalten, auf Erwerb oder auf Nichterwerb abgestellt, sollten von der Bezeichnung Krankenhaus und Klinik ausgenommen sein, und damit von der zwangsweisen Unterstellung unter den Minister.

(8) Nach dem Gesetz hat der Minister Entscheidung darüber, einem im Krankenhausstab arbeitenden praktischen Arzt zu erlauben, seine Privatpatienten im Krankenhaus oder in jedem anderen Krankenhaus zu behandeln. Es wird erwogen, daß der Minister gezwungen sein sollte Fachärzten des Dienstes zu erlauben, ihre Patienten in Privatkrankenhäusern zu betreuen.

(9) Die vorgesehene Vertretung der Landesorganisation in Verwaltungsdienststellen, einschl. des Regionalen Krankenhausausschusses und den lokalen Gesundheitskomitees, sei unzureichend.

(10) Im allgemeinen konzentrierte das Gesetz viel zu viel Macht in den Händen des Ministers, sowohl bei der Ernennung von Beamten und Komitees, wie in der Herausgabe von Vorschriften.

Diese 10 Beispiele zeigen die Art der Argumente des Verhandlungsausschusses gegen das Ministerium. Vom Minister ging keine befriedigende Antwort ein, der nicht nur ablehnte, eine Erweiterung des Gesetzes zu erwägen, sondern auch keine Gelegenheit versäumte, inner- oder außerhalb des Parlamentes die Landesorganisation zu beleidigen, dabei besonders die praktischen Ärzte.

Die zweite Abstimmung.

Die zweite Abstimmung fand in dieser Atmosphäre von Bitterkeit statt. Gemäß vorher gefaßten Plänen forderte die British Medical Association im Februar 1948 jeden Arzt auf, in geheimer Wahl zu erklären, ob er das Gesetz so wie es war annahm oder ablehnte, und ob er Dienstleistungen unter diesem Gesetz übernehmen würde oder nicht. Das Ergebnis war eindeutig: 38 534 Ärzte lehnten das Gesetz ab, wohingegen nur 4 479 dafür waren. In jedem Zweig der Praxis, praktische Ärzte, Fachärzte, Öffentliche Gesundheitsbeamte, Lehrer und Forscher, Regierungsmedizinalbeamte und Armeearzte, alle stimmten strengstens gegen das Gesetz. Der Stand wurde vor der Abstimmung belehrt, daß kollektiver Widerstand nur dann Aussicht auf Erfolg hätte, wenn wenigstens 13 000 von den 21 000 praktischen Ärzten erklären würden, daß sie keine Dienstleistungen nach dem Gesetz ausführen würden. Tatsächlich erklärten 17 000, daß sie nicht dafür wären Dienstleistungen zu übernehmen. Das Ergebnis dieser Abstimmung wurde gegengezeichnet von dem vertretenden Komitee der B.M.A., die den Ärzten empfahl, keine Dienste nach dem Gesetz zu übernehmen, bevor es nicht ergänzt wäre.

Fast zwei Monate lang geschah nichts. Der nächste Zug lag augenscheinlich beim Minister. Die Ärzte, stark geeint in ihrer Ablehnung des Gesetzes, begannen den 5. Juli vorzubereiten, an dem sie, nachdem das bestehende Nationale Gesundheitsversicherungssystem aufhörte, alle Patienten als Privatpatienten behandeln würden, ungeachtet dessen ob sie Gebühren für ihre Leistungen erhielten. Es dauerte aber nicht lange, bis das Parlament und die Öffentlichkeit aufsässig wurden, und die Regierung unter Druck setzten, den Stülstand zu beenden.

Der Minister gibt nach.

Das erste Zeichen der Schwäche war, daß der Minister den Vorschlag des Royal College of Physicians annahm, wonach er es gesetzlich klarlegen sollte, daß festbesoldeter Dienst nicht ohne weitere Gesetzgebung eingeführt werden könnte. Am 7. und 8. April 1948 gab er im Unterhaus Erklärungen ab, die zusammen eine erhebliche Milderung seiner bisherigen Einstellung bedeuteten, und erklärte seine Bereitwilligkeit, das vorliegende Gesetz zu ergänzen. Seine Abänderungen und Zusicherungen, die er im Parlament und auf eine Reihe von Fragen gab, die ihm das Verhandlungskomitee gestellt hatte, enthielten:

(1) Es sollte einem Minister unmöglich gemacht werden, durch einfache Verfügung einen festbesoldeten Dienst einzuführen. Dazu wäre spezielle Gesetzgebung erforderlich.

(2) Das vorgeschlagene allgemeine Grundgehalt würde fallen gelassen und ersetzt durch einen Plan, nach dem Ärzte, die mit der Allgemeinpraxis begannen, ein Grundgehalt von 300 Pfund beziehen würden, während niedergelassene Ärzte wählen dürften, ob sie nur Kopfbezüge erhalten wollten, oder ein Grundgehalt mit niedrigem Kopfgeld.

(3) Eine Kommission aus Gesetzesfachleuten sollte ernannt werden, um zu prüfen, wie sich das Gesetz auf Partnerschaftsverträge auswirkt, und wenn es sich im Sinne der Ergebnisse dieser Kommission herausstellt, sollte die notwendige Gesetzgebung dazu veranlaßt werden.

(4) Die Einwilligung des ärztlichen Praxis-Ausschusses zur Niederlassung eines Arztes in Allgemeinpraxis in seinem Bezirk soll automatisch gegeben werden, außer in denjenigen Bezirken wo der Ausschuß entscheidet, daß keine weiteren Ärzte für den öffentlichen Dienst mehr benötigt werden, oder wo mehr als ein Bewerber um die gleiche Stelle vorhanden sind.

(5) Praktische Ärzte sollten selbst entscheiden können, ob sie zusätzliche Partner oder Assistenten benötigen.

(6) Es gibt keine amtliche Eimmischung in die Rede- oder Veröffentlichungsfreiheit eines Arztes.

Der von der Standesorganisation im Februar gezeigte Widerstand hat ersichtlich beachtliche Ergebnisse gehabt, und jetzt war es nötig zu entscheiden, ob die vom Minister angebotenen Konzessionen in Art und Umfang ausreichen, um die Dienstleistung unter dem Gesetz anzunehmen. Der einzige Weg, um die Ansicht der Berufsangehörigen darüber zu erforschen, war der über eine weitere Abstimmung.

Die dritte Abstimmung.

Der dritten, im April 1948 abgehaltenen Abstimmung, ging eine Erklärung des Vorstandes der BMA voraus, nach der zwar eine Reihe der Forderungen der BMA erfüllt seien, aber ihre Freiheit noch immer nicht völlig gewährleistet sei. Die Ärzte wurden die gleichen Fragen wie bei der zweiten Abstimmung gefragt, nämlich, ob sie das Gesetz ablehnten oder nicht, im Lichte der jetzt von der Regierung vorgeschlagenen Änderungen, und ob sie gewillt wären oder nicht, Dienstleistungen zu übernehmen.

Das Ergebnis war nicht so aufschlußreich wie im Februar. In einer 77%igen Wahlbeteiligung nahmen 36% das Gesetz an mit den Änderungen und 64% lehnten es ab. Im Februar waren 17 037 Ärzte gegen die Annahme, während im April nur 9 588 dagegen waren. Die Zahl war weit unter den 13 000 die für kollektive Opposition nötig wären.

Bevor der Ausschuß der BMA zusammentrat am 28. Mai, um zu beschließen, welcher endgültige Rat der Standesorganisation im Lichte des Ergebnisses der Abstimmung

gegeben werden sollte, übersandte der Minister der Association eine weitere Erklärung zur Aufklärung verschiedener Punkte und machte damit weitere Konzessionen, darunter die eigentliche Aufgabe des universalen Grundgehaltes. Nach langer Beratung beschloß der Ausschuß der BMA die Annahme des Dienstes zu empfehlen und faßte folgende Resolutionen:

1. Daß, trotz der ungenügenden Gewährleistung der Freiheit des Berufes und der Befürchtungen großer Teile der Ärzteschaft der Ausschuß dennoch, wie immer bemüht, daß im öffentlichen Interesse ein umfassender Gesundheitsdienst der Allgemeinheit verfügbar gemacht werden muß, gewillt ist, den Standesmitgliedern anzuraten, bei dem neuen Dienst mitzuarbeiten, unter der Voraussetzung daß der Minister weiterhin Verhandlungen über die wichtigsten Punkte führt, einschließlich Bedingungen für Dienstleistungen der Consiliar- und Fachärzte, der Allgemeinpraktiker, öffentlichen Gesundheitsbeamte und anderer.

2. Daß die Ärzteschaft Dienstleistungen unter dem Gesetz annimmt unter der Voraussetzung, daß im Falle einer für die Standesorganisation unzufriedenstellenden Erweiterung des Gesetzes und der Dienstbedingungen, die dienstleistenden Mitglieder ihre Kündigung einreichen und weitere Schritte unternehmen, die von der Standesorganisation dann für nötig gehalten werden sollten.

3. Daß die Standesorganisation die Ärzteschaft dazu anhält, ihre Kraft und Stärke und Einheit aufrecht zu erhalten, um den Dienst der ärztlichen Berufsauffassung und dem öffentlichen Interesse anzupassen und um weiterhin die Interessen und die Freiheit des Berufes zu schützen.

Als Ergebnis dieses Rates haben eine große Zahl praktischer Ärzte sich dem neuen Dienst angeschlossen. Zur Zeit der Niederschrift dieses Memorandums wird geschätzt, daß 18 000 Allgemeinpraktiker um Aufnahme ihres Namens in die örtlichen Arztelisten gebeten haben.

Endgültige Lage.

Die Standesorganisation hat einen beträchtlichen Sieg in einigen Streitpunkten errungen, in einigen anderen konnte sie den Minister nicht dazu überreden, seinen Standpunkt aufzugeben. Die Standesorganisation ist der Ansicht, daß bei einer Bilanzziehung die Gewinne wichtiger sind als die Verluste. Um dies zu illustrieren und ohne zu sehr in Einzelheiten zu gehen, wird das endgültige Resultat der 10 aufgeworfenen Bedenken (s. o.) folgendermaßen wiedergegeben:

(1) Die einschränkende Macht des Ärztlichen Praxis-Ausschusses ist auf ein Minimum reduziert. Jeder Arzt kann praktizieren wo er will, in all denjenigen Gebieten, die nicht ausdrücklich als überbesetzt bezeichnet sind.

(2) Es gelang der Standesorganisation nicht, das Verbot von Kauf und Verkauf von Praxen aufzuheben.

(3) Ein gesetzliches Komitee wurde ernannt, um die Unklarheiten des Gesetzes bezüglich der ärztlichen Partnerschaften zu klären.

(4) Das Prinzip des „Grundgehaltes“ ist vom Minister aufgegeben worden. Es wird nur in gerechtfertigten Fällen angewandt und auf Empfehlung des Exekutivrates. Gesetzliche Festlegung wird erfolgen um zu verhindern, daß ein festbesoldeter Dienst durch einfache Verfügung eingeführt werden kann.

(5) Die Ärzteschaft erhielt nicht das Berufungsrecht bei den Gerichten.

(6) Nach erster Ernennung wird der lokale Exekutivrat ermächtigt sein, seine eigenen Vorsitzenden zu ernennen.

(7) Der Minister hat seine Haltung in bezug auf die Einbeziehung privater Pflegeanstalten gemäßigt, und diese werden jetzt von der Einbeziehung ausgenommen.

(8) Bedingungen für die Dienstleistungen von Konsiliar- und Fachärzten werden vorbereitet. Die Weiterführung von nur zeitweise tätigen Fachärzten an Krankenhäusern ist zugesagt. Betten für private Bezahlung sind versprochen. An diesem Tatbestand wird nichts geändert, nur legt sich der Minister auf die künftige Verteilung noch nicht fest.

(9) Keine Zugeständnisse wurden gemacht für die Zusammensetzung der verschiedenen Verwaltungskörperschaften.

(10) Nach verschiedenen Richtungen ist die Macht des Ministers eingeschränkt worden, aber sie ist noch sehr groß. Eine wichtige Konzession ist, daß er eingewilligt hat, daß die Vorschriften für praktische Ärzte vor ihrer Entscheidung Gegenstand der Beratung mit der Berufsvertretung sein müssen.

Die Gesamtwirkung dieser verschiedenen Konzessionen war, das zunächst sehr hartnäckige Festhalten des Ministers an der starren Struktur des von der Sozialistenpartei vorgeschlagenen Arztdienstes aufzulockern. Es war ein großer Erfolg, das Versprechen zu erhalten, für ein zusätzliches Gesetz von erheblichem Umfang, nach der direkten Absage, die vor einigen Monaten erfolgte, denn damit ist der Weg gebnet zu künftiger Verbesserung und Biegsamkeit. Das Gesetz wird voraussichtlich im Herbst 1948 dem Parlament vorgelegt werden, und zu diesem Zeitpunkt wird es sorgfältigst von der Standesvertretung geprüft werden.

Es ist interessant, einen Rückblick zu werfen auf den „Allgemeinen Arztdienst der Nation“ von 1938, um zu sehen, was mit den weitgesteckten grundsätzlichen Zielen geschehen ist, die darin ausgesprochen wurden. Das Nationale Gesundheitsgesetz von 1946 sieht einen vollständigen Gesundheitsdienst für jedes Mitglied der Gemeinschaft vor, wenn auch nicht in der von der Ärzteschaft gepfanten Art. Ein koordiniertes Krankenhaussystem in regionaler Organisation ist aufgestellt. Aber die Einfügung sämtlicher ärztlicher Dienstleistungen in eine einzige natio-

nale Gesundheitspolitik ist noch nicht erreicht worden, denn das Nationale Gesundheitsgesetz befaßt sich nicht mit einem so wichtigen Teil der ärztlichen Tätigkeit wie Industrie-Medizin. Es gibt sogar noch ungenügende Verbindung zwischen den verschiedenen Teilen der ärztlichen Versorgung und Praxis, und einzelne Regierungsabteilungen verfügen noch immer über ihre gesonderten ärztlichen Dienstleistungen.

IV. Die Zukunft.

Nach der Umwälzung hat der Arztberuf in seiner Gesamtheit beschlossen, mit dem Nationalen Gesundheitsgesetz mitzuarbeiten. Es ist noch zu früh, zu sagen, welcher Teil der einzelnen Ärzte sich am Dienst beteiligen wird, oder wie viele in unabhängiger ärztlicher Praxis weitermachen werden, oder welcher Teil der Bevölkerung private ärztliche Hilfe suchen wird, statt sich der Rechte der ärztlichen freien Betreuung zu bedienen.

Am 5. Juli wurde keine magische Wand weggezogen. Das Gesetz schuf nicht einen einzigen weiteren Arzt, keine Schwester und kein Krankenbansbett, kein Gebäude und keinen Ausrüstungsgegenstand. Die Versorgung mit all dem bleibt unzureichend und es ist klar, daß noch für lange Zeit nicht die Patienten den „allumfassenden ärztlichen Dienst“ haben können, der ihnen vom Gesetz versprochen ist. Weiter sind viele Fragen in Bezug auf praktische Ärzte nicht geklärt, z. B. die Höhe der Bezahlung, die Dienstbedingungen für Konsiliar- und Fachärzte und Einzelheiten über die Entschädigung für den Verlust von Allgemeinpraktiken. Die Vertreter der Ärzteschaft erwartet noch viel Arbeit, und sie müssen äußerste Wachsamkeit entfalten um sicherzustellen, daß der Dienst sich in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Öffentlichkeit und den Idealen der Medizin entwickelt.

Trotzdem, trotz einiger Befürchtungen und schlimmen Ahnungen geht die Ärzteschaft mit gutem Mut in den neuen Dienst und ist entschlossen, ihr Möglichstes zu tun, damit der Plan ein Erfolg wird. Ärzte werden versuchen, die Humanität der ärztlichen Praxis dadurch zu bewahren, daß sie den Patienten nicht als Krankheitsträger behandelt, auf den man Regeln und Vorschriften anwenden muß, sondern als Persönlichkeit, die Rat und Pflege braucht.

AMTLICHES

Die neue Zulassungsordnung

Der Bayerische Landtag hat in seiner Sitzung am 28. 7. ein Gesetz angenommen, das der bayerische Senat am 3. 8. 1948 bereits bestätigt hat, nach dem das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge ermächtigt wird, die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen nach den §§ 368—74 der RVO. zu regeln und damit die im Juni 1946 von demselben Ministerium erlassene Verordnung 66, die bereits seit Dezember 1947 praktisch keine Anwendung mehr gefunden hat, außer Kraft setzt. Auf Grund dieses Gesetzes wird bereits in den allernächsten Tagen vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge eine Verordnung erlassen werden, die die Zulassung zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen regeln wird, im folgenden kurz Zulassungsordnung genannt. Dies gibt Veranlassung, auf das Entstehen dieser Zulassungsordnung kurz hinzuweisen.

Während die Verordnung 66 damals erlassen wurde zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Sozialversicherten als reine Ministerialverordnung, ohne daß die Kassenverbände oder die Ärzte dazu gehört wurden, handelte es sich bei der zu erwartenden Zulassungsordnung um eine Verordnung, die

eine reine Vereinbarung der beiden maßgeblichen Vertragsparteien darstellt. Im Landesausschuß für Ärzte und Krankenkassen für Bayern wurde bereits im Juni 1947 eine Zulassungsordnung beschlossen. Zur gleichen Zeit kam in der britischen Zone ebenfalls eine solche zustande, als eine Vereinbarung zwischen den Vertretern der Krankenkassen und Ärzten und wurde dort dem Zentralamt für Arbeit vorgelegt. Die britische Militärregierung versagte nun dieser Zulassungsordnung ihre Zustimmung solange, bis eine Übereinstimmung mit der Zulassungsordnung der anderen Länder hergestellt war. Da außer Bayern kein anderes Land der US-Zone sich bisher mit einer Zulassungsordnung befaßt hatte und ein ähnlicher Einwand auch von der amerikanischen Militärregierung zu erwarten war, wurde ein Zonenausschuß für Ärzte und Krankenkassen in der US-Zone gebildet und dort eine Zulassungsordnung beschlossen, die zwischen der britischen und der bayerischen Zulassungsordnung abgestimmt war. Bei allen diesen Beratungen waren ausschließlich die beiden Vertragsparteien maßgeblich beteiligt. Die Unparteiischen der Ministerien hatten lediglich die Aufgabe der rechtmäßigen Aufsicht und rechtmäßigen Kontrolle.

Es bandelte sich demnach bei der neu zu erwartenden Zulassungsordnung zwar um eine Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziale Fürsorge, aber um das Ergebnis eines einwandfreien Abkommens der beiden Vertragsparteien und sie stellt damit ein Musterbeispiel dar, ein Musterbeispiel der Auswirkung der Selbstverwaltung der Parteien im Kassenarztrecht. Es ist eine Forderung der Gerechtigkeit, die objektive Einstellung des Bayerischen Arbeitsministeriums in der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aus diesem Anlaß festzustellen, eine Einstellung, die auch bei den noch kommenden Regelungen der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen berechnete Hoffnungen für beide Vertragsparteien gibt, die sich nicht zuletzt zum Nutzen der Sozialversicherten auswirken wird. Die nun in Abdruck folgende Zulassungsordnung erstreckt sich lediglich auf die Krankenkassen nach § 225 RVO., nicht aber auf die Ersatzkassen und übrigen Einzelleistungskassen. Die Zulassung zu den Ersatzkassen erfolgt nach § 2 des Vertrages mit diesen Kassen allein durch die Kassenärztliche Vereinigung, ebenso wie die Zulassung zu den übrigen Einzelleistungskassen. Die Ersatzkassen haben diese Regelung noch einmal ausdrücklich in einem Schreiben vom 15. 7. 1948 an mich bestätigt. Die wesentlichen Punkte der neuen Zulassungsordnung seien nun in folgendem kurz herausgestellt, insbesondere soweit sie für die Ärzte von besonderer Bedeutung sind:

1. Voraussetzung für die Kassenzulassung ist in allen Fällen die Eintragung in ein Arztregister, und zwar in das Arztregister des Wohnsitzes des einzelnen Arztes, worüber er eine Bescheinigung erhält, die zur späteren Bewerbung um eine Kassenzulassung Voraussetzung ist. Die Arztregister werden geführt bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und zwar für

München-Stadt	München, Brienerstr. 11
München-Oberbayern	München, Königinstr. 85
Schwaben	Augsburg, Schätzlerstr. 19
Mittelfranken	Nürnberg, Keßlerplatz 5
Oberfranken	Bayreuth, Wendelhöfen

Unterfranken
Oberpfalz
Niederbayern

Höchberg, Unterfranken
Regensburg, Landshuter Str. 11
Straubing, b. Dr. Forchheimer.

Bei diesen Stellen ist auch der jeweilige Sitz des Zulassungsausschusses. Der Sitz des Berufungsausschusses ist bei der Landesstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, München, Königinstr. 85.

2. Die Zulassungsausschüsse sind paritätisch besetzt durch 3 Vertreter der Krankenkassen und 3 Vertreter der Ärzte, der Berufungsausschuß durch 3 Vertreter der Krankenkassen und 3 Vertreter der Ärzte und 1 Unparteiischen. Die Unterlagen für die Eintragung ins Arztregister, sowie die um Bewerbungen für endgültige Kassenzulassungen gehen aus der Zulassungsordnung eindeutig hervor.

3. Für die seit 1939 zu den Kassen zugelassenen Ärzte, sowie für politisch belastete Ärzte ist eine Übergangsverordnung vorgesehen, da für den ersten Fall sämtliche Zulassungen, die seit dem 4. 9. 1939 ausgesprochen wurden, lediglich als vorläufige Zulassungen angesehen werden müssen. Diese Zulassungen werden automatisch mit dem 1. 1. 1949 in rechtskräftige Zulassungen umgewandelt, wenn nicht bis zu diesem Termin von einer der Vertragsparteien gegen die bestehende vorläufige Zulassung Einspruch erhoben wurde. Bei Einspruch wird der Zulassungsantrag im ordentlichen Zulassungsverfahren nach der neuen Zulassungsordnung entschieden werden, weswegen die Notwendigkeit besteht, daß sämtliche Ärzte mit vorläufigen Zulassungen eine ordentliche Bewerbung um endgültige Zulassung zum gegebenen Termin einreichen. Alle übrigen Maßnahmen sind aus der Zulassungsordnung zu ersehen.

Da eine Veröffentlichung der Zulassungsordnung im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt noch nicht erfolgt ist, geben wir nachstehend den Text des Gesetzes wieder, wie er in der britischen Zone seit 19. 3. 1948 in Kraft ist, und der sich wörtlich mit dem vom Bayerischen Landtag am 28. 7. verabschiedeten Gesetz deckt.

Dr. Walther Landauer.

Die Zulassungsordnung für Ärzte

Kapitel 1

Allgemeines

§ 1

Im Sinne dieser Zulassungsordnung bedeuten die Bezeichnungen:

a) Krankenkassen:

Die gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO.), die Kassenverbände (§ 406 RVO.), die See-Krankenkasse (§ 476 RVO.);

b) Ärzte:

Die zur Ausübung ihres Berufes in Deutschland befugten approbierten Ärzte;

c) Zulassung:

Die Berechtigung und Verpflichtung des Zugelassenen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der ärztlichen Versorgung des Anspruchsberechtigten;

d) Kassenärzte:

Ärzte, die rechtskräftig zugelassen sind.

§ 2

Zur Ausübung der Kassenpraxis im Sinne des § 1 sind, von dringenden Fällen abgesehen, nur Kassenärzte berechtigt.

Kapitel 2

Arztregister

§ 3

(1) Ein Arzt, der zugelassen werden will, muß in das Arztregister seines Wohnsitzes eingetragen sein. Die Eintragung in ein anderes Register ist nicht zulässig. Über die Eintragung erhält er eine Bescheinigung.

(2) Für kriegsgefangene Ärzte können die Angehörigen oder sonstige Beauftragte den Antrag auf Eintragung stellen. Die §§ 5—7 sind sinngemäß anzuwenden.

(3) Der Antrag muß folgende Angaben enthalten:

- die Personalien des Arztes, gegebenenfalls auch die seines Ehegatten und seiner Kinder;
- den Tag der Approbation als Arzt;
- die Anschrift;
- den Tag, an dem die Tätigkeit als Arzt begann und die Art dieser Tätigkeit.

In dem Antrag ist anzugeben, wann die Kassenpraxis frühestens aufgenommen werden kann.

Dem Antrag sind beizufügen:

- die Geburtsurkunde;
- der Nachweis der Approbation;
- die Bescheinigung über die bisherige Tätigkeit als Arzt;
- der Spruchkammerbescheid.

Falls der Arzt bereits niedergelassen ist, ist eine Bescheinigung der Ärztekammer über Ort und Dauer der Niederlassung beizufügen. Falls der Antragsteller bereits zur Kassenpraxis zugelassen ist, ist der entsprechende Nachweis zu führen.

(4) Können die in Absatz 3 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Tatbestand auf andere Weise glaubhaft zu machen.

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

§ 4

(1) Für den Bezirk eines jeden Zulassungsausschusses führt die Kassenärztliche Vereinigung ein Arztregister.

(2) Über Eintragungen (Neueintragungen, Änderung oder Streichung) im Arztregister entscheidet die Stelle, bei der das Arztregister geführt wird. Auf Beschwerde entscheidet der Zulassungsausschuß endgültig.

§ 5

(1) Die Eintragung ist einem Arzt nur zu versagen, wenn er nicht die deutsche Approbation besitzt; sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet, oder wenn ihm

die Berufsausübung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen untersagt ist.

(2) Ein Arzt, der die deutsche Approbation nicht besitzt, ist jedoch dann einzutragen, wenn ihm die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung nach § 20 Absatz 2 gestattet ist.

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

§ 6

(1) Tatsachen, die für die Zulassung oder ihr Ruhen von Bedeutung sind, werden von Amts wegen oder auf Antrag des Arztes oder einer Gruppe des Zulassungsausschusses im Arztregister vermerkt.

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

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

§ 7

Im Arztregister ist der Zeitpunkt der Eintragung anzugeben. Als Zeitpunkt der Eintragung gilt der Tag des Eingangs des Eintragungsantrages, sofern dabei die Voraussetzungen für die Eintragung nachgewiesen sind, andernfalls der Tag, an dem dieser Nachweis erbracht wird. Der Zeitpunkt der Eintragung bestimmt die Reihenfolge im Arztregister.

§ 8

(1) Ein Arzt wird aus dem Arztregister gestrichen:

1. wenn er die Streichung beantragt,
2. wenn er gestorben ist,
3. wenn er auf die Approbation verzichtet hat oder die Approbation zurückgenommen ist,
4. wenn die Voraussetzungen für seine Eintragung nach § 5 nicht oder nicht mehr gegeben sind,
5. wenn seine Zulassung nach § 22 Ziffer 2 oder 3 endet,
6. wenn ihm die Zulassung nach § 25 entzogen worden ist.

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

§ 9

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

(2) Die Einsicht in die Registerakten ist nur den Mitgliedern der Zulassungsinstanzen gestattet.

Kapitel 3

Bewerbung

§ 10

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in ein Arztregister eingetragene Arzt bewerben.

§ 11

(1) Die Bewerbung hat schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind, soweit sie nicht bereits bei der Eintragung vorgelegt worden sind, beizufügen beglaubigte Abschriften:

1. der Geburtsurkunde und gegebenenfalls der Heiratsurkunde,
2. der Approbationsurkunde,
3. der Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte berufliche Tätigkeit,
4. der Urkunde, durch die der Arzt als Facharzt anerkannt ist, wenn er sich um die Zulassung als Facharzt bewirbt,
5. der Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister,
6. ein polizeiliches Führungszeugnis,
7. eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
8. eine eidesstattliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

(2) Können die in Absatz 1 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Tatbestand auf andere Weise glaubhaft zu machen.

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

(4) Mit der Bewerbung ist die Gebühr nach § 42 Absatz 1 zu entrichten.

§ 12

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

(2) Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem gleichen Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Kapitel 4

Grundsätze für die Zulassung

§ 13

(1) Auf je 600 Kassenmitglieder soll ein Kassenarzt entfallen.

(2) Die Berechnung stellt der Zulassungsausschuß halbjährlich nach der Zahl der in seinem Bereich vorhandenen Kassenmitglieder und Kassenärzte auf. Kassenärzte, deren Zulassung ruht, sowie hauptamtlich tätige Krankenhausärzte, die zugelassen oder nach § 17 Abs. 3 beteiligt sind, werden nicht mitgerechnet.

(3) Außer der Verhältniszahl nach Abs. 1 können die Einwohnerzahl, die Einkünfte der bereits vorhandenen Ärzte, die Zahl der auf Zulassung wartenden Ärzte sowie die Geltendmachung eines Bedürfnisses durch Krankenkassen, Stadt- oder Landkreise nach gewissenhaftem, freiem Ermessen des Zulassungsausschusses berücksichtigt werden.

§ 14

(1) Die Zulassungen erfolgen für die ausgeschriebenen Orte oder Ortsteile.

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

(3) In Orten, in denen die Zahl der Fachärzte unter den Kassenärzten mehr als 40 v. H. aller Kassenärzte beträgt, können Fachärzte nur für nicht oder nicht ausreichend besetzte Fächer, im übrigen aber nur praktische Ärzte zugelassen werden.

§ 15

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

(2) Auf die Vorbereitungszeit kann angerechnet werden:

1. bis zur Dauer von weiteren neun Monaten eine Tätigkeit als Vertreter oder Assistenzarzt bei Ärzten in der freien Praxis,
2. bis zur Dauer von insgesamt zwölf Monaten eine ärztliche Tätigkeit in einem Flüchtlingslager, in einem Kriegsgefangenenlager, als hauptamtlich tätiger Arzt in einem Gesundheitsamt und als hauptamtlich tätiger Arzt an einem ärztlich-wissenschaftlichen Institut, oder im sozialärztlichen Dienst,
3. eine wehrmachtärztliche Tätigkeit
 - a) als Truppenarzt, als Arzt bei Sanitätskompanien, Feldlazaretten und Krankentransportabteilungen zur Hälfte, jedoch höchstens mit zwölf Monaten,
 - b) an Kriegslazaretten, Reservekriegslazaretten, Reservelazaretten und Kriegsgefangenenlazaretten in voller Höhe, jedoch höchstens mit achtzehn Monaten.
4. Von der ärztlichen Tätigkeit nach Ziffer 1, 2 und 3 können insgesamt nicht mehr als vierundzwanzig Monate angerechnet werden.

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

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

(5) Ärzte, die ununterbrochen länger als drei Jahre als Kassenärzte oder Hilfskassenärzte tätig waren, können von der Vorbereitung auf die Kassenpraxis befreit werden.

(6) Der Kassenarzt ist verpflichtet, an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beteiligung der zuständigen Krankenkassenverbände veranstalteten Einführungslehrgang für die Kassenpraxis teilzunehmen, es sei denn, daß er an einem solchen Lehrgang schon vor seiner Zulassung teilgenommen oder vor 1945 bereits länger als 2 Jahre kassenärztliche Tätigkeit ausgeübt hat. Sind seit der Teilnahme an einem Lehrgang bis zur Zulassung mehr als 2 Jahre verflossen, so kann der Besuch eines weiteren Lehrgangs verlangt werden, wenn der zugelassene Arzt inzwischen nicht insgesamt mindestens ein Jahr lang selbständig Kassenärzte vertreten hat.

§ 16

Von der Zulassung ausgeschlossen sind:

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

§ 17

(1) Ärzte, die in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses oder aus einer Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung ihrer Berufsorganisation regelmäßig Einnahmen von mindestens monatlich 400 DM. beziehen, sind in der Regel nicht zuzulassen. Ihre Zulassung soll nur stattfinden, wenn sie zur ausreichenden kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist oder das Beamten- oder Angestelltenverhältnis spätestens 3 Monate nach rechtskräftiger Zulassung erlöschen wird. Die Summe von 400 DM. erhöht sich bei verheirateten Ärzten auf 500 DM. und bei Ärzten, die unterhaltsberechtigende Kinder haben, für jedes Kind um 50 DM.

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

(3) Ärzte mit festen Bezügen gemäß Abs. 1 und 2 können durch Beschluß des Zulassungsausschusses widerruflich an der kassenärztlichen Tätigkeit beteiligt werden, insbesondere Fachärzte an kleineren Krankenhäusern. Die Beteiligung erstreckt sich auf die ambulante Behandlung der Fälle, die von Kassenärzten überwiesen werden. Die beteiligten Ärzte haben während der Dauer ihrer Beteiligung die Rechte und Pflichten eines Kassenarztes.

(4) Die Bestimmungen der Abs. 1, 2 und 3 finden auch Anwendung auf Knappschaftsärzte mit Ausnahme derjenigen, die ihre knappschaftsärztliche Tätigkeit auf Grund eines nach dem System der organisierten freien Arztwahl abgeschlossenen Vertrages ausüben.

§ 18

(1) Für die Auswahl unter den Bewerbern ist zunächst festzustellen, ob die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen. Bewerber, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, scheidet aus. Es ist ihnen schriftlich mitzuteilen, welche Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

(2) Die Auswahl erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Den Vorrang unter den Bewerbern haben in der Regel
 - a) Bewerber, die durch das nationalsozialistische System aus rassistischen, religiösen oder politischen Gründen ihre Stelle verloren haben,
 - b) Schwerbeschädigte,
 - c) Bewerber, die bereits zugelassen sind,
 - d) Bewerber, die mindestens 5 Jahre auf dem Lande oder in einer Kleinstadt Kassenärzte gewesen sind, bei der Zulassung für Orte mit besseren Ausbildungsmöglichkeiten für ihre Kinder.
2. Im übrigen sind zu berücksichtigen:

Das Lebensalter, der Familienstand, engere Heimatzugehörigkeit, Eigenschaften als Flüchtlinge, der

Zeitpunkt der Approbation, die Ausbildungszeit nach der Approbation sowie etwaige von der Kassenärztlichen Vereinigung gebilligte Übernahmeverträge bei der Abgabe einer Praxis.

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

§ 19

(1) Soll eine elterliche Praxis übernommen werden, so kann der Zulassungsausschuß ohne Ausschreibung der Stelle den Bewerber auf Antrag mit Zustimmung des Elternteiles zulassen. Der Bewerber muß die allgemeinen Voraussetzungen für die Zulassung erfüllen.

(2) Beim Tode des Praxisinhabers und dem Vorhandensein eines Abkömmlings als Bewerber kann die Stelle unbesetzt bleiben oder durch einen Vertreter versehen werden, wenn der Abkömmling bereits im Besitz der Approbation ist, bis zu dem Zeitpunkt, an welchem er die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt.

§ 20

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

(2) Der Zulassungsausschuß kann einem im Auslande approbierten Arzt, dem von der zuständigen Behörde die Ausübung seines Berufes in Deutschland gestattet ist, die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung gemäß Abs. 1 gestatten.

(3) Die Genehmigungen nach Abs. 1 und 2 können durch den zuständigen Zulassungsausschuß jederzeit zurückgenommen werden.

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

§ 21

(1) Ein Kassenarzt darf aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis innerhalb des Zulassungsbezirktes nur verziehen, wenn der Zulassungsausschuß vorher zugestimmt hat.

(2) Ein Kassenarzt, der aus dem Bereich seines Zulassungsbezirktes in den eines anderen Zulassungsbezirktes verziehen will, bleibt zugelassen, wenn die beteiligten Zulassungsausschüsse zugestimmt haben.

(3) Eine Berufung gegen die Beschlüsse nach Abs. 1 und 2 ist nicht gegeben.

Kapitel 5

Ende, Ruhen und Entziehung der Zulassung

§ 22

Die Zulassung endet

1. mit dem Tode des Zugelassenen,
2. mit der Erklärung des Zugelassenen, daß er die Zulassung nicht annimmt oder daß er sie aufgibt,
3. mit dem Wegzuge des Zugelassenen aus dem Bereich seiner bisherigen Praxis, es sei denn, daß seine Zulassung ruht oder daß er eine Zustimmung gemäß § 21 Abs. 1 oder 2 erhalten hat.

§ 23

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

§ 24

(1) Das Ruhen der Zulassung ist zu beschließen, wenn die Voraussetzungen des § 17 Abs. 1, 2 und 4 vorliegen, es kann beschlossen werden, wenn der Zugelassene es beantragt.

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

(3) Während der Ruhenszeit darf kassenärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt werden.

§ 25

Die Entziehung der Zulassung ist zu beschließen.

1. wenn die Zulassung aus einem in der Person des Zugelassenen liegenden wichtigen Grunde nicht hätte erfolgen dürfen oder wenn nach der Zulassung ein solcher Grund eintritt,

2. wenn der Zugelassene ohne wichtigen Grund die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ablehnt oder die Kassenpraxis ohne wichtigen Grund und ohne Ruhensbeschuß des Zulassungsausschusses länger als 3 Monate nicht ausübt,
3. wenn ein Zugelassener seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Kapitel 6

Verfahren

§ 26

(1) Zulassungsinstanzen sind die Zulassungsausschüsse und die Berufungsausschüsse. Die Mitglieder der Ausschüsse sind an Weisungen nicht gebunden.

(2) Zulassungsinstanzen werden für den Bereich einer oder mehrerer Landesstellen oder einer oder mehrerer Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung gebildet.

(3) Die Beschlüsse der Zulassungsinstanzen werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

§ 27

(1) Der Zulassungsausschuß besteht aus je 3 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie aus Stellvertretern in der nötigen Zahl. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein noch nicht zur Kassenpraxis zugelassener Arzt sein.

(2) Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.

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

(4) Für die büromäßige Erledigung der im Zulassungsausschuß anfallenden Arbeiten steht dem jeweiligen Vorsitzenden die mit der Führung des Arztregisters beauftragte Stelle zur Verfügung.

§ 28

Der Zulassungsausschuß beschließt über die auszuschreibenden Stellen und meldet sie der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Ausschreibung unter Fristsetzung für die Bewerbung in ihrem Amtsblatt oder auf andere Weise bekanntgibt.

§ 29

(1) Der Zulassungsausschuß entscheidet über Zulassungen, ihr Ruhen, Entziehung der Zulassung sowie bei Streit über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Zulassung, außerdem bei Beschwerden nach § 4 Abs. 2. Er entscheidet ferner über Anträge von „praktischen Ärzten“, ihre Tätigkeit als „Fachärzte“ und über Anträge von Fachärzten, ihre Tätigkeit als praktische Ärzte fortsetzen zu dürfen.

(2) Gegen die Entscheidung der Zulassungsausschüsse können die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen binnen einem Monat Berufung beim Berufungsausschuß einlegen. Die Berufung bewirkt Aufschub.

§ 30

(1) Der Berufungsausschuß besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, über den sich die beiden Gruppen einigen, sowie aus je 3 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Der Vorsitzende muß die Befähigung zum Richteramt haben. Dem Berufungsausschuß gehören ferner Stellvertreter in der nötigen Zahl an.

(2) Die Vertreter der Ärzte werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, die der Krankenkassen werden von deren Verbänden bestellt.

§ 31

Der Berufungsausschuß entscheidet endgültig über Berufungen gegen Entscheidungen der Zulassungsausschüsse. Die Berufung kann ohne mündliche Verhandlung verworfen werden, wenn die Mitglieder des Berufungsausschusses sich über die Unzulässigkeit oder die Aussichtslosigkeit der Berufung einig sind.

§ 32

(1) Bei jeder Zulassung ist der Ort oder Ortsteil anzugeben, für den die Zulassung erfolgt ist.

(2) Bei der Zulassung eines Arztes ist in dem Beschuß anzugeben, ob er als praktischer Arzt oder als Facharzt zugelassen wird.

§ 33

Der Zugelassene kann nur innerhalb von 2 Wochen nach rechtskräftig gewordener Entscheidung erklären, daß er die Zulassung nicht annimmt. Die Erklärung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß, bei Berufungsverfahren an den Berufungsausschuß abzugeben.

§ 34

Mit Ausnahme des Antrages auf Zulassung sind Anträge wie Rechtsmittel unter Beifügung der Beweismittel zu begründen, und zwar in dreifacher Ausfertigung. Wird ein Rechtsmittel eingelegt, so ist eine Abschrift der angefochtenen Entscheidung in dreifacher Ausfertigung beizufügen. Der Vorsitzende der Zulassungsinstanz kann die Beteiligten zu Gegenäußerungen unter Fristsetzung auffordern.

§ 35

Der Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen muß — vorbehaltlich des § 31 — eine mündliche Verhandlung vorausgehen. Bei der mündlichen Verhandlung werden die Beteiligten geladen mit dem Hinweis, daß auch im Falle des Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann. Die Ladung soll spätestens eine Woche vor der mündlichen Verhandlung ergehen.

§ 36

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

(2) Von Amts wegen können Auskunftspersonen oder Zeugen von den Zulassungsinstanzen geladen und vernommen werden.

§ 37

(1) Die Beteiligten können sich sowohl in ihren Schriftsätzen, als auch in der mündlichen Verhandlung durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Die Vollmacht muß schriftlich erteilt werden. Von der Beibringung einer Vollmacht kann abgesehen werden, wenn die Vertretungsbefugnis hinreichend glaubhaft gemacht wird.

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

§ 38

(1) Die Verhandlung beginnt nach dem Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhaltes durch den Vorsitzenden oder den von ihm als Berichterstatter bestellten Beisitzer. Der Vorsitzende leitet die Verhandlung, Beratung und Abstimmung. Der Vorsitzende hat dahin zu wirken, daß der Sachverhalt ausreichend klargestellt wird. Jedes Mitglied des Zulassungsausschusses kann sachdienliche Fragen und Anträge stellen.

(2) Die Beratung und Beschlußfassung, die in Abwesenheit der Beteiligten stattfindet, schließt sich an die Verhandlung an. Dabei dürfen nur die Mitglieder, die an der Verhandlung teilgenommen haben, und der Schriftführer anwesend sein.

§ 39

(1) Die Verhandlung, Beratung und Beschlußfassung der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich. Über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis bei der Abstimmung ist Schweigen zu beobachten. Ausnahmen kann die Zulassungsinstanz durch einstimmigen Beschluß zulassen. Das Ergebnis des Verfahrens ist in einem Beschuß niederzulegen.

(2) In dem Beschuß sind die Zulassungsinstanz, die an der Beschlußfassung beteiligten Mitglieder und der Tag der Beschlußfassung aufzuführen. Der Beschuß ist mit Gründen zu versehen und vom Vorsitzenden und einem Beisitzer jeder Gruppe zu unterschreiben.

(3) Die Ausfertigung vollzieht der Vorsitzende oder bei seiner Behinderung ein Beisitzer, der bei dem Beschuß mitgewirkt hat.

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

§ 40

Die Vorsitzenden der Zulassungsinstanzen bestimmen je einen Schriftführer. Über jede Sitzung ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß die Namen der Sitzungsteilnehmer und die gefaßten Beschlüsse enthalten. Sie ist von dem Vorsitzen-

den und dem Schriftführer zu unterzeichnen. Die Niederschriften sind 5 Jahre lang aufzubewahren.

§ 41

Wird im Berufungsverfahren der angefochtene Beschluß ganz oder teilweise aufgehoben, so kann der Berufungsausschuß die Sache ganz oder zum Teil an die Vorinstanz zurückverweisen.

§ 42

(1) Wer seine Zulassung beim Zulassungsausschuß beantragt, hat eine Gebühr von DM. 5.— an den Zulassungsausschuß zu zahlen.

(2) Wer ein Rechtsmittel beim Berufungsausschuß einlegt, hat eine Gebühr von DM. 30.— an den Berufungsausschuß zu zahlen.

(3) Wer rechtskräftig zugelassen ist, hat eine Gebühr von DM. 50.— an den Zulassungsausschuß, im Falle der Berufung an den Berufungsausschuß zu zahlen.

§ 43

Die Amtsdauer der Mitglieder der Zulassungsinstanzen beträgt 4 Jahre. Danach sind die Mitglieder neu zu bestellen. Wiederholte Bestellung ist zulässig.

Übergangsbestimmungen:

1. Sämtliche seit 4. 9. 1939 erfolgten vorübergehenden und anderen Zulassungen zur kassenärztlichen Tätigkeit gelten mit 1. Oktober 1948 als ordentliche Zulassungen, soweit nicht bis zum 30. September 1948 von Kassenverbänden oder der Kassenärztlichen Vereinigung beim zuständigen Zulassungsausschuß Widerspruch gegen die Zulassung einzelner Ärzte erhoben ist.

Bei Widerspruch entscheiden die Zulassungsinstanzen nach den Vorschriften der Zulassungsordnung.

2. Die Kassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung können eine Überprüfung der Zahl der Kassenarztstellen für einzelne Stadt- oder Landkreise verlangen. Soweit eine Überbesetzung festgestellt wird, sind Vereinbarungen der Zulassungsparteien (Kassenärztliche Vereinigung und Kassenverbände) herbeizuführen, welche die Nichtbesetzung freierwerdender Kassenarztstellen bis zur Erreichung eines angemessenen Verhältnisses festlegen.

Streptomycin

Vom Bayerischen Staatsministerium des Innern ging uns unter dem 5. 8. 1948 folgendes Schreiben zu:

Den Gesundheitsabteilungen der Länder ist es gelungen, über das Verwaltungsamt für Wirtschaft, Frankfurt/Main, Streptomycin in beschränktem Umfang einzuführen. Der auf Bayern treffende Anteil beträgt zunächst 1,65 kg, so daß bei einer angenommenen durchschnittlichen Anwendung von 80 g Streptomycin pro Patient vorerst nur etwa 20 Fälle zur Behandlung kommen können. Die Militärregierungen der britischen und US-Zone haben es daher zur Bedingung gemacht, daß das importierte Streptomycin bis auf weiteres ausschließlich zur Behandlung der tuberkulösen Meningitis verwendet wird.

Nach einem Beschluß des Länderrates Stuttgart werden in den Ländern Behandlungszentren für die Behandlung mit Streptomycin eingerichtet. In Bayern wurde dafür das Kinderkrankenhaus Schwabing (Prof. Hußler) bestimmt. In Zukunft muß die Einleitung von Streptomycin-Behandlungen von tuberkulösen Meningitis-Fällen im Einvernehmen mit dem leitenden Arzt des zuständigen Behandlungszentrums, in Bayern mit Herrn Prof. Hußler, Städt. Kinderkrankenhaus Schwabing, erfolgen. Dieser ist für die Entscheidung über die Aufnahme der Behandlung, für die für den Behandlungsfall festzusetzende Dosierung, sowie die Überwachung der Behandlung verantwortlich.

Näheres ist dem in der Anlage beigefügten Merkblatt von Prof. Lempp, Stuttgart zu entnehmen.

Für die Lagerung und Auslieferung des Streptomycins wurde die Apotheke der Universitätspoliklinik München, Pettenkoferstr. bestimmt. Der Preis für 1 Gramm beträgt zunächst 10.— DM. zuzüglich einer noch näher zu bestimmenden Gebühr für die dem Bayerischen Staatsministerium des Innern durch den Transport entstandenen Unkosten. Vor Abgabe des Streptomycins durch die Universitätsapotheke

muß die Kaufsumme bei der Amtskasse der Universitätsklinik, München, Beethovenplatz 1, einbezahlt werden.

Diese Verfügung ist umgehend durch die Regierungen den unterstellten Gesundheitsämtern bekannt zu geben.

Regierungsmedizinaldirektor.

i. A.: gez. Dr. Aub,

Merkblatt über Streptomycin von Ob. Med. Rat Dr. Lempp

Streptomycin hat sich als ein sehr wirksames Antibiotikum gegen die verschiedensten Krankheitserreger erwiesen, und zwar auch gegenüber einigen gram-negativen Erregern und säurefesten Stäbchen, gegen die Penicillin unwirksam ist. Seine Anwendung kommt daher für die verschiedenartigsten Krankheitszustände, für nichttuberkulöse bakterielle Infektionen, für verschiedene Tuberkuloseformen und insbesondere für die Meningitis tuberkulosa in Betracht. In der Anwendung des Streptomycins ist man über das experimentelle Stadium noch nicht hinaus, und es bestehen noch Unklarheiten über die Höhe der Dosierung und die Dauer der Behandlung. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß bei der Anwendung des Streptomycins schwere Schädigungen zu beobachten sind, wie insbesondere Schädigungen des Nervus acusticus und vestibularis, sowie der gesamten geistigen Entwicklung infolge hydrocephalitischer Veränderungen.

Die Kosten der Behandlung sind außerordentlich hoch; 1 Gramm Streptomycin kostet ungefähr DM. 10.—. Bei einer durchschnittlichen Menge von 60—100 Gramm für den einzelnen Krankheitsfall kostet das Medikament 500—1000 DM., dazu kommt der Krankenhausaufenthalt von mehreren Monaten.

Der Gesundheitsausschuß des Länderrates hat sich entschlossen, Streptomycin aus USA. in beschränktem Umfang einführen zu lassen, sieht sich jedoch veranlaßt, die Anwendung des Streptomycins vorläufig ausschließlich auf die Behandlung der tuberkulösen Meningitis zu beschränken. Bei der an sich stets tödlich verlaufenden tuberkulösen Meningitis erscheint die Anwendung des Streptomycins ohne Rücksicht auf die Kosten und ohne Rücksicht darauf, daß evtl. schwere und irreparable Schäden entstehen könnten, berechtigt, zumal in manchen Fällen ganz überraschende Besserungen des Krankheitszustandes und in einzelnen Fällen auch dauernde Heilungen festgestellt sind.

Da über Anwendung und Dosierung des Mittels noch keineswegs Klarheit herrscht, muß die Behandlung der tuberkulösen Meningitis auf die Anstaltsbehandlung beschränkt werden.

Damit auf Grund größtmöglicher Erfahrung die absolut notwendigen weiteren Beobachtungen und Feststellungen gemacht werden können, hat der Gesundheitsausschuß des Länderrates beschlossen, Behandlungszentren in den Ländern der US-Zone einzurichten. Die Annahme von TBC-Meningitis-Fällen für Streptomycin-Behandlung muß von jetzt ab im Einvernehmen mit dem leitenden Arzt des zuständigen Behandlungszentrums erfolgen. Der leitende Arzt des Behandlungszentrums ist für die Entscheidung über die Annahme der Behandlung, über die für den Behandlungsfall festzusetzende Dosierung, sowie für die Überwachung der Behandlung verantwortlich.

Als Behandlungszentrum wurde bestimmt:

Für Bayern: Kinder-Krankenhaus Schwabing (Prof. Hußler).

Ärztliche Zeugnisse für Prostituierte

Vom Bayerischen Staatsministerium des Innern wird uns mitgeteilt:

Mit Anordnung des Amtes der Militärregierung in Bayern vom 30. 4. 1946 wurde die Erteilung von Genehmigungen an Prostituierte zur Ausübung ihres Gewerbes untersagt. Bisher erteilte Lizenzen waren sofort zurückzuziehen. Nach der Anordnung des Amtes der Militärregierung in Bayern Nr. 6—315, Titel 6 ist es allen Ärzten verboten, an Prostituierte ärztliche Zeugnisse auszustellen, in denen bestätigt ist, daß diese nicht geschlechtskrank sind. Diese Anordnung der Militärregierung lautet:

„Ärztliche Zeugnisse zur Bestätigung des Nichtvorhandenseins von Geschlechtskrankheiten werden nicht ausgestellt. Die deutschen Behörden werden angewiesen, daß unter keinen Umständen ärztliche Zeugnisse über Nichtvorhandensein von venerischen Krankheiten ausgestellt werden dürfen für Personen, die auf Grund dieses oder vorstehenden Paragraphen auf Geschlechtskrankheiten untersucht wurden oder sich irgend

einer anderen Untersuchung zum Zwecke der Feststellung der Infektionsquelle unterziehen, mußten.“

Es wurde festgestellt, daß gegen diese Verfügungen vielfach verstoßen wird, da sie offensichtlich nicht hinreichend bekannt sind.

Die Gesundheitsämter sind von den vorstehenden Anordnungen in Kenntnis zu setzen mit dem Auftrage, allen in ihrem Amtsbezirk wohnenden Ärzten einschließlich Krankenhausärzten diese Anordnungen gegen Nachweis zu eröffnen mit dem Hinweis, daß Zuwiderhandlungen einen Verstoß gegen Anordnungen der Besatzungsmacht darstellen und durch die Militärgerichte geahndet werden.

Neu zuziehenden Ärzten sind diese Anordnungen in der gleichen Weise bekanntzugeben.

I. A. gez. (von Lex)

Ergänzend hierzu wird uns vom Bayer. Staatsministerium des Innern, Gesundheitsabteilung, unterm 25. 5. 48 mitgeteilt:

Die Min.-Entschl. Nr. 5131/97 vom 18. 3. 1948 hat, wie aus Rückfragen hervorgeht, zu Mißverständnissen Anlaß gegeben. Es wird daher ergänzend verfügt, daß zwar Zeugnisse über das Nichtvorliegen einer geschlechtlichen Erkrankung den Untersuchten nicht ausgehändigt werden dürfen, daß aber Befundberichte befugten Behörden (Gesundheitsämtern, Gerichten usw.) auf Aufforderung zugestellt werden können, wobei die untersuchte Person als Überbringer nicht Verwendung finden darf.

Bei der Abfassung dieser Befundberichte ist darauf zu achten, daß in denselben nicht etwa das Fehlen einer Geschlechtskrankheit bestätigt wird, sondern lediglich der klinische, mikroskopische oder serologische Befund bei der betreffenden Untersuchung angegeben wird. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß diese Befundberichte die Angabe der Veranlassung der Ausstellung des Attestes, des Zweckes, zu dem es gebraucht wird, und der befugten Stelle, der es vorgelegt werden soll, sowie des Ortes und des Tages der stattgehabten Untersuchung enthalten müssen.

gez. Dr. A u b.

Salvarsan

Wie das Bayerische Staatsministerium des Innern am 9. 8. 1948 mitteilt, ist die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 7. Jan. 1948 Nr. 5411 c 407 betreffend den Verkehr mit Salvarsan und antiluetischen Wismutpräparaten (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 3) mit sofortiger Wirkung aufgehoben.

Die oben genannte Bekanntmachung betraf die Einschränkungen im Verkehr mit Salvarsan und Wismut, wie sie in Nr. 4 des Bayer. Arzteblattes veröffentlicht worden waren. Diese Beschränkungen sind nunmehr aufgehoben. Demnach kann Salvarsan und Wismut wieder wie früher aus den Apotheken bezogen werden.

MITTEILUNGEN

Entlohnung von Sprechstundenhilfen ohne Fachkenntnisse

Zu unserem Artikel „Tariflöhne für das Hilfspersonal der Ärzte“ in Heft 12/13 des „Bayerischen Arzteblattes“ geben wir auf Wunsch aus Leserkreisen noch einige Ergänzungen.

Vielfach melden sich heute Sprechstundenhelferinnen aus kaufmännischen und anderen Berufen, ohne über die nötigen Fachkenntnisse zu verfügen. Auch aus Hausfrauenberufen bewerben sich in zunehmendem Maße Kräfte für die Praxis-hilfe, teils auch ohne die nötigen Kenntnisse in Schreibmaschine, Stenographie und Karteihaltung zu besitzen. Diese sind natürlich nicht als vollwertig anzusehen und können daher erst nach einer mehr oder weniger langen Anlernzeit in die mitgeteilten Tarifordnungen eingestuft werden.

Es empfiehlt sich, in solchen Fällen einen Anlernvertrag nach folgendem Muster abzuschließen und die Einstufung später entsprechend den erreichten Kenntnissen vorzunehmen.

Zwischen Herrn Dr. med. in als Ausbilder und Fräulein aus ist heute folgender Anlernvertrag abgeschlossen worden.
Herr Dr.: nimmt Frl.: als anzulernende Sprechstundenhelferin an und verpflichtet sich, sie dem Ziele der Ausbildung entsprechend zu unterweisen.

§ 1 Die Anlernzeit dauert Monate, und zwar vom ... bis zum ... Auf die Anlernzeit wird Krankheit oder sonstige Arbeitsversäumnis nicht angerechnet.

Die ersten 4 Wochen gelten als Probezeit. Während dieser Zeit ist beiden Parteien der jederzeitige Rücktritt vom Vertrag ohne Entschädigungsanspruch gestattet. Der Ausbilder verpflichtet sich, der Anzulernenden innerhalb dieser Probezeit Mitteilung zu machen, wenn die Eignung der Anzulernenden nicht vorhanden oder zweifelhaft ist.

§ 2 Nach Ablauf der Probezeit kann das Ausbildungsverhältnis nur gelöst werden, wenn dafür ein nach den gesetzlichen Bestimmungen als wichtig zu bezeichnender Grund vorhanden ist. Als wichtiger Grund gilt insbesondere dauernder und schwerer Verstoß gegen die in § 4 niedergelegten Verpflichtungen. Zur sofortigen Entlassung berechtigt den Ausbilder insbesondere ein Verstoß gegen die Schweigepflicht. Der Vertrag wird sowohl durch den Tod des Anzulernenden als auch durch den Tod des Ausbilders aufgehoben. Ferner durch Aufhebung der Praxis. In diesem Falle muß der Ausbilder dafür besorgt sein, der Anzulernenden eine Anlernstelle nachzuweisen, in der sie ihre Ausbildung beenden kann.

§ 3 Der Ausbilder verpflichtet sich, der Anzulernenden eine

monatliche Beihilfe in Höhe von DM. zu gewähren. Außerdem wird der Anzulernenden folgender Urlaub gewährt ...

Die tägliche Arbeitszeit beträgt

§ 4 Die Anzulernende verpflichtet sich:

- a) dem Ausbilder, dessen Angestellten und Patienten gegenüber sich höflich und gesittet zu betragen,
- b) sich den ihr zu ihrer Ausbildung übertragenen Arbeiten mit Fleiß und Aufmerksamkeit zu widmen,
- c) alle Praxisvorgänge geheim zu halten,
- d) die festgesetzte Arbeitszeit einzuhalten,
- e) das Arbeitsmaterial nur zu den ihr aufgetragenen Arbeiten zu verwenden und sorgfältig und sparsam mit ihm umzugehen.

§ 5 Spätestens Wochen vor Ablauf der Anlernzeit hat der Ausbilder der Anzulernenden schriftlich mitzuteilen, ob nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Beschäftigung als Sprechstundenhilfe bei dem Ausbilder beabsichtigt ist. In diesem Falle hat der Ausbilder nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die erforderliche Zustimmung des Arbeitsamtes einzuholen.

Dr. jur. Cordes

Ernährungswirtschaft

Im Verlag Georg Lutzeyer, Minden, Westfalen, erschien als Sonderdruck eine Broschüre (24 Seiten) über die „Neuregelung der Gesundheitszulagen ab 1. 7. 1948“, einschließlich der nachträglich ergangenen Abänderungen, bearbeitet von Ministerialdirektor H. Podyen, herausgegeben von der Verwaltung für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten der Vereinigten Wirtschaftsgebiete, Frankfurt/M. Die Broschüre enthält eine erschöpfende Darstellung der derzeit geltenden Bestimmungen für Gesundheitszulagen aller Kategorien, nebst ausführlichen Gewichtstabellen. Die Broschüre kann bezogen werden vom obigen Verlag oder aus der Zweigstelle Frankfurt/M., Baselerstr. 27. Preis DM. 0.90.

Brennspiritus

Die Staatliche Spiritusdirektion bat neuerdings Klage geführt, daß von Ärzten trotz der seinerzeitigen Aufforderung im Arzteblatt Nr. 20/47 weiterhin in verschiedenen Fällen Rezepte auf Brennspiritus zu Einreibungszwecken und ähnlichem ausgestellt werden. Die Direktion ersucht uns neuerdings darauf hinzuweisen, daß dies absolut unzulässig ist. Wir ersuchen daher die Kollegen nochmals von Verschreibungen dieser Art in Zukunft abzusehen und die Patienten anzuweisen, sich selbst mit einem Antrag an das zuständige Wirtschaftsamt zu wenden, von wo aus im Falle der Dringlichkeit die Zuteilung ohne weiteres erfolgt.

Sulfanomidetafel

Die „Sulfanomidetafel“, auf die wir in Nr. 4 des Bayer. Arzteblattes bereits hingewiesen haben, ist in neuer, verbesserter Auflage erschienen und gegen Einsendung von DM. 1.50 auf das Postcheckkonto Frankfurt/M., Nr. 43967, Dr. Ernst Reith, Frankfurt/M., Bürgerstr. 19 erhältlich.

Kleine Kulturnachrichten

Prof. Dr. Otto Marburg in New York verstorben

Eine internationale Kapazität auf dem Gebiet nervöser Störungen, Prof. Dr. Otto Marburg, der den Lehrstuhl für Klinische Neurologie an der Columbia-Universität inne hatte, starb Mitte Juni nach langer Krankheit im Mount-Sinai-Krankenhaus in New York. Er war Verfasser von mehr als 200 wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Büchern über Neurologie. Prof. Dr. Marburg wurde im Jahre 1938 als rassistisch Verfolgter aus Österreich vertrieben und wanderte nach den USA. aus.

Prof. Dr. Hasselmann aus USA zurückgekehrt

Prof. Dr. med. C. M. Hasselmann, Vorstand der Universitäts-Hautklinik Erlangen, ist aus Amerika zurückgekehrt, wo er als Delegierter am 5. Internationalen Kongreß in Havanna/Kuba und am 4. Internationalen Tropenkongreß in Washington teilgenommen hatte.

Neue Bücher

„Material zu den Gegenwartsproblemen der Sozialversicherung“, Ergänzungsband von Ministerialrat Dr. Schieckel erschienen im Richard Pflaum-Verlag, München 2, 1948. (Enthält wertvolles dokumentarisches Material zur Sozialversicherungsreform mehrerer europäischer Länder. Deutschland: der Hamburger Plan, Regelung in der russischen Zone, Stellungnahme des Zonenbeirates, der Gewerkschaften, des bayerischen Ministerrates etc. England: Englisches Weißbuch über Sozialversicherung. Frankreich: Gesetz über die Verallgemeinerung der Sozialversicherung. Schweiz: Bundesgesetz über Alters- und Hinterlassenversicherung.)

„Lehrbuch der Arbeitshygiene, Band I, Allgemeine Physiologie und Hygiene der Arbeit“ von Franz Koelsch, erschienen 1947 im Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart.

Hans Braun: „Rezepturmäßige Arzneiverordnung für Ärzte und Studierende“. 269 Seiten, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1947. Preis DM. 15.—

Hans Horsters: „Grundriß der klinischen Diagnostik“. 7. Aufl. 698 Seiten, 152 Abb. Urban & Schwarzenberg, Berlin-München. 1947. Preis DM. 18.—

Schriftenreihe „Fürsorge und Sozialreform“, Heft 9: „Das gesunde und kranke Schulkind“. „Kampf gegen die Tuberkulose“. 90 Seiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin-München. 1948. Preis DM. 3.60.

Kurt Voit: Diagnostische und therapeutische Eingriffe der Inneren Medizin. I. Aufl., 64 S., 30 Abb. Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1947. Preis DM. 4.50.

(Behandelt die Technik der üblichen Eingriffe wie Injektionen, Infusionen, Punktionen des Pneumothorax, der Rektoskopie, Elektrodiagnostik usw. nicht nur für den Anfänger, sondern auch für technisch Geübtere.)

Wilhelm Ziegelmaier: Neue Nahrungsquellen. Kommunalpolitische Aufgaben zur Sicherung der deutschen Volksernährung. I. Aufl., 141 Seiten. Albert Nauck & Co., Berlin 1947.

(Wertvolle Anregungen zur Verbreiterung unserer Ernährungsbasis, besonders für Kommunalbeamte, Lehrer, Land- und beamtete Ärzte. Gärtnerische, land- und forstwirtschaftliche Einzelratschläge.)

Die Versandbuchhandlung Eder in Kühnhausen über Traunstein/Obb. teilt mit, daß bei ihr noch vorhanden bzw. nach Erscheinen lieferbar sind:

1. „Deutsches Arzneibuch VI, broschiert DM. 18.—, Leitfaden für Brunnenhygiene von Prof. Boger, DM. 4.80.

2. In Vorbereitung sind: Arzneimittelforschungen Band IV, „Penicilline - Monographie“ / Schwermetalle als Wirkungsgruppen von Fermenten von Prof. Warburg.

In memoriam

Es starben im Bezirksverein München:

Oberregierungsrat a. D. Dr. med. Otto Stömer, gest. 5. 5. 1948.

Im Bezirksverein Fürstenfeldbruck:

Dr. Josef Heitmeier, Fürstenfeldbruck, gest. 31. 5. 1948.

Im Bezirksverein Garmisch-Partenkirchen:

Dr. med. Emil Lobedank, geb. 22. 3. 1868, gest. 11. 7. 1948 in Garmisch-Partenkirchen.

San.-Rat Dr. med. Wilhelm Pinggéra, geb. 4. 5. 1878, gest. 6. 7. 1948 in Bad Kohlgrub.

Im Bezirksverein Ansbach:

Dr. med. Heinrich Weinmann, geb. 1. 6. 1910, gest. 22. 7. 1948 in Gülchsheim.

Im Bezirksverein Landshut:

San.-Rat Dr. Gustav Joerdens, gest. 20. 7. 1948 in Landshut.

Warnung

(Außer Verantwortung der Schriftleitung)

Wie das Hessische Staatsministerium des Innern mitteilt, wurde für den ehemaligen Studenten der Medizin Friedrich August Schillgallis die Einziehung der Bestallungsurkunde veranlaßt, die auf Grund gefälschter Unterlagen ausgestellt worden war. Gleichzeitig wurde verfügt, daß Sch. von keiner hessischen Universität zum Studium wieder zugelassen werden darf.

In diesem Zusammenhange muß auf die große Verantwortung hingewiesen werden, die alle diejenigen Stellen auf sich nehmen, welche über Niederlassungen, Zulassungen und Anstellungen von Ärzten zu entscheiden haben. Nur durch schärfste Kontrolle aller Unterlagen wird es möglich sein, peinliche Fehler zu vermeiden, welche dem Ansehen des Arztstandes in gleicher Weise schaden wie der Volksgesundheit. Die in den letzten Monaten sich häufenden Zahlen derartiger Fälle, besonders aber der Fall der Besetzung der Chefarztstelle am Krankenhaus in Baden-Baden sollten zur Vorsicht mahnen.

Adgo 28

Der Münchener Verein, Krankenversicherungsanstalt a. G., München, Maximiliansplatz 8 hat sich freundlicherweise erböt, einen Neudruck der Allgemeinen Deutschen Gebührenordnung (Adgo 28) auf seine Kosten herstellen zu lassen. Dieses Anerbieten wurde von der ärztlichen Berufsvertretung mit aufrichtigem Dank angenommen. Der Versand der Neuauflage an die Ärztlichen Bezirksvereine ist bereits durchgeführt.

Kostenlose Exemplare können beim zuständigen Bezirksverein abgeholt werden.

An unsere Leser!

Durch den Fortfall verschiedener einschränkender Bestimmungen erscheint das „Bayerische Arzteblatt“ ab sofort als 16 seitige Monatszeitschrift. Eine Auflageerhöhung ist vorbereitet; Einzelheiten werden bekanntgegeben.

BAYERISCHES ARZTEBLATT
Richard Pflaum Verlag
München 2 · Lazarettstraße 2-6

Mitarbeiter dieser Nummer:

Dr. Gerhard Meiner, geb. 21. 8. 1898 in Dresden.

Dr. Walther Landauer, geb. 22. 7. 1911 in Stuttgart.

„Bayerisches Arzteblatt“ Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Veröffentlichung unter der Zulassungsnummer US. E-172 der Nachrichtenkontrolle der Militärregierung. Auflage: 8 500. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Ärztekammer DM 1.50 zuzüglich DM —.48 Zustellgebühr. Postcheckkonto: München 13 900. Richard Pflaum Verlag (Abt. Bayer. Arzteblatt.) Anzeigenannahme: Carl Gabler, G. m. b. H., München 19, Aiblinger Straße 2, Telefon 30 405. Postcheckkonto: München 46 21. Druck: Franz X. Seitz, München 5, Rumpfstr. 23.

Stellenangebote

Am Städt. Krankenhaus Wasserburg e. l. Ist die Stelle des **Cheferztes** zum 1. 10. 48 neu zu besetzen. Erfahrene Fachärzte für Chirurgie mit Kenntn. in Geburtshilfe, Frauenkrankheiten und Röntgen wollen ihr Gesuch mit Lebenslauf u. Zeugnisabschriften bis 1. 9. 48 beim Stadtrat Wasserburg einreichen. Persönliche Vorstellung nicht erwünscht.

Stellengesuche

Facharzt für Chirurgie, auch firm in Gynäkologie und Geburtshilfe, 42 J., Flüchtlingspaß, sucht neuen Wirkungskreis an Krankenhaus oder Klinik. Zuschr. erb. u. M. H. 32391 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Dr. med. Sudetendeutscher, 28 Jhr. alt, kath., approb. Karlsuniversität Prag, ledig, pol. unbelast., Pflichtassistentenzeit absolv., sucht **Assistentenstelle**. Engl., franz., tschech. Sprachkenntnisse. Zuschrift unt. B.V. 33082 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, Münch. 19, Aiblinger Str. 2.

Ehemal. RK-Schwester, m. OP.-Saaleusbildung u. Kenntn. in Stadt- u. Landpraxis sucht Stelle als **Sprechstundenhilfe**, nach Möglichkeit bei Chirurgen oder Landarzt. Ang. unt. M. G. 32461 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, Münch. 1, Theatinerstr. 8/1.

25jähr. staatlich geprüfte Schwester mit Kenntnissen im Labor, Steno., u. Maschinenschreiben sucht Stelle in Privat- oder Krankenhaus. Ang. unt. 8. X. 33085 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, Münch. 19, Aiblinger Str. 2.

Staatl. gepr. Krankenschwester s. Stellung. Angeb. unt. M. Z. 32335 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Arztvertretungen

Facharzt für Chirurgie übernimmt Vertretung. Zuschr. erb. unt. M. Z. 32445 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Facharzt für Urologie mit langjähr. Erfahrung in leit. Stellung, Kenntn. in Dermat. und Vener. übernimmt Vertretung. Angeb. unt. B. L. 33066 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 19, Aiblinger Str. 2.

Übernahme Dauervertretung für pr. Arzt in München u. Obb. Führerscheine vorhanden. Zuschr. erb. unt. M. V. 32414 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, Münch. 1, Theatinerstr. 8/1.

Fachärztin für Augenkrankheiten s. Vertretung od. Ass.-Stelle. Eventl. Assoziation m. ält. Augenarzt. Zuschr. erb. unt. M. H. 32430 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Praxistausch

Gute Kassen- und Privatpraxis in unmittelbarer Nähe Stuttgarts in landschaftl. schöner Gegend mit moderner Praxis- und Wohnräumen aus familiären Gründen geg. gleichwertige Praxis in Oberbayern oder München und Umgebung zu tausch. gesucht. Ang. unt. C. A. 33087 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 19, Aiblinger Str. 2.

Praxisbedarf

Schreibmaschine Mercedes, gut erhalten zu vermieten. Ang. unt. C. B. 33093 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, Münch. 19, Aiblinger Str. 2.

Kurzwellen-Therapie-Gerät, Fabrikat FWK 103 für 220 V Wstr., ganz wenig gebraucht, zu verkaufen. Hans Press (13a) Rehu/Ofr., Postfach 46.

Moderner Untersuchungs-Stuhl zu verkaufen oder zu tauschen. J. Thalmaier, Rosenheim, Münchnerstr. 9.

Modernes Mikroskop bis 860 Vergr. zu verkaufen. Zuschr. u. M. N. 25131 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Zeiss-Mikroskop, üb. 1500fache Vergrößerung, preisw. zu verkaufen. Zuschr. erb. unt. M. G. 32428 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Ärzte-Bereitschaftstasche „Paretus“ und Aktenaschen in la Kernleder-Ausführung, jetzt wieder lieferbar. Prosp. und Preisliste durch Generalvertretung f. Bayern: Hans Prohl, (13b) Oberstdorf/Allgäu.

Liebl & Ritzinger G.m.b.H., Krankenhaus-, Ärzte- und Laboratoriumsbedarf, München 15, Mozartstr. 14, Tel. 62119, Säuglingswaage, comb. Haushaltswaage, z. Zt. prompt lieferbar. Preis DM 48.- bzw. DM 50.- Wir liefern auch sämtliche med. Geräte, chir. Instrumente, Ärztemöbel usw. Fordern Sie im Bedarfsfalle unverbindliche Kostenansch.

Sterilisatoren für Ärzte, Anstalten usw. Zum Kelmfreimachen im Wasserbad bei elektr. Beheizung in friedensmäß. Ausführung DM 195.—. Versand auch nach auswärts. Zahlungserleichterung, Spezialprospekt frei. Krauss & Co., Augsburg Karlstraße 7.

Sterilisatoren, Dekamikron-Infrarot-Tiefenstrahler, Stativ- und Tischmodell, Oberlauf-Kleinspeicher 8 l, Heißwasserspeicher 80 l, und Instrumententische sofort lieferbar. Auf Wunsch wird Zahlungserleichterung gewährt. Otto Dickert, Elektro-Großhandlung, (24a) Hamburg 1, Bugenhagenstr. 5 (Bugenhagenhaus).

Einige **Osram-Ultravitalux-Lampen** 220 V Wstr. und 220/500 Watt-Glühf. frei zu verkaufen. O-Ge-Yau-Elektro-Großhandlung, München 15, Schloßstr. 2.

Verschiedenes

Prakt. Arztl. 32 Jhr., Bayer, sucht **Praxisbeteiligung** (auch bei Facharzt) oder Praxisübernahme. Auto und Praxiseinrichtung (Kurzwellengerät, Höhensonne etc.) kann zur Verfügung gestellt werden. Angeb. unt. 8. U. 33079 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 19, Aiblinger Straße 2.

Sanatorium Herzoghöhe Bayreuth, Kulmbacherstr. 103, Tel. 3280, Privatambulanz für neurologisch u. psychisch Kranke. Privat und Kassen.

Arzt-Witwe, kinderlos, m. schönem Anwesen, vollst. Praxis- u. Wohnungseinrichtung. (Nähe einer bayer. Stadt) sucht Verbindung mit Arzt zwischen 48—56 Jahren, mgl. ohne Anhang. Zuschr. unt. C. D. 33100 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH, München 19, Aiblinger Str. 2.

Zehnerzl.-Wwe. mit Praxis u. schöner Wohnung, 30 Jahre, 170 groß, blond, sehr flotte Erscheinung, sehr gebildet, ohne Anhang, vermögend, wünscht Wiederheirat mit (Zahn-)Arzt od. Akademiker. Zuschr. unt. W 1390 an „DeWeDe-Werbung“, Regensburg 2.

Gebildete Dame aus Akademikerfamilie, 25 J., 1,72 groß, blond, evangel., vermögend, hübsche Erscheinung, wünscht Briefwechsel mit Arzt (Kinderarzt bevorzugt) zwecks späterer Ehe. Zuschriften unter W 1281 an De-We-De-Werbung, Regensburg 2, Maxstr. 6.

Bellabrom „Steiger“ beseitigt durch spezifischen medikamentösen Eingriff in das vegetative Nervensystem nicht nur Krampfzustände, sondern beeinflusst auch günstig die psychische Komponente der Erkrankung. (Spasmolyticum, Antineuroticum) 10 ccm K.-P. DM 1,72 lt. AT. m. U. 20 ccm O.-P. DM 3,25 lt. AT. m. U. 20 Tabl. K.-P. DM 1,20 lt. AT. m. U. 60 Tabl. O.-P. DM 3,15 lt. AT. m. U. Max Steiger & Co., Arzneimittelwerke GmbH, Kitzingen/M.

Aschheim-Zondek und andere Biol. Schwangerschaftsreaktionen führt laufend aus: **Hormonlebor Liselotte Reidl**, Neubiberg bei München, Hohenbrunnerstr. 40. Aufsicht durch die Univ.-Frauenklinik. Bei lebenswichtiger Indikation Bezahlung durch die Kassen.

Buchhaltungs - Unterrichts - Briefe. Behördlich genehmigt. Buchführung und Bilanz durch Briefwechsel im Einzelunterricht bis zum vollen Lehrerfolg mit Abschlußzeugnis. Kleine Raten. Preisliste kostenlos. Bertuch (13b) Bad Tölz, Merzstr. 11.

Arsen-Lecin enthält einen 0,01prozentigen As.-Zusatz und verbindet eine wirksame Arsen-Therapie mit der Eisen-Phosphorsäure-Therapie. Lecinwerk Dr. Ernst Laves, Hannover u. Neustadt/Rbg.

Pro-Vitamin „A“ „Unicura“. Zur Vitamin-A-Therapie „O. P.“ Flasche mit ca. 20 ccm Inhalt.

Unicura
Pharmazeutische Produkte, GmbH,
Hamburg-Bahrenfeld.

Instrumentenkocher

in friedensmäßiger Ausführung
sofort preisgünstig lieferbar

Egon Pahalý

Großhandlung orthopädischer, medizinischer, elektrotechnischer u. feinmechanischer Erzeugnisse.

Augsburg - Rosenaustraße 59
Fernruf: 6116

Auch ein Arzt kann krank werden!

Sondertarif für Ärzte

Unsere Leistung: Ein Krankengeld bis zu DM 20.— täglich zur Überbrückung des Verdienstausfalles insbesondere bei tangandauernden Erkrankungen und zur Deckung der durch Krankheit entstehenden Kosten. — Beiträge ab DM 5,90 monatlich sechs Beitragsklassen.



Leipziger Verein-Barmenia

Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
Hauptverwaltung Wuppertal, Hofaue 68

Verlangen Sie Ärztemuster von:

ARGOLETT Kataplasma

Antiphlog. Kataplasma mit Thiophen-Schwefelwirkung

LACTODERM Wundsalbe

Milchweiß und Laktose enthaltend, bei Strepto- und Staphylokokkeninjektionen demotherapeutisch wirksame Wund- und Heilsalbe

TRACTOLAN Zugsalbe

auf der Basis von Seife, Icthyol, Alum. silic. und Schieferöl aufgebaute kräftige, aber nicht reizende Zugsalbe

PERNIODERM Frostsalbe

durch die Wirksamkeit v. Icthyol, Campher u. Schieferöl ausgezeichnete Frostsalbe

BABYLETT Säuglingssalbe

Milde Säuglings- und Brustwarzensalbe mit Milchweiß und Laktose

ARGOLETT G.m.b.H. WANGEN i. Allgäu



Zur Kohletherapie
Metoral

das Kohlepräparat mit darmberuhigenden Zusätzen. Nachhaltige Absorptionskraft gegenüber Gasen u. Intoxikationsprodukten. Adstringierende und darmtonisierende Wirkung. In ausreichender Menge lieferbar.

LUDWIG HEUMANN & CO.
NURNBERG

GASTROMOTIN

(Tropfen)

Vegetabilisches

Stomachicum

Sedativum

Carminativum

Bewährt bei Hyposecretion, Meteorismus, Flatulenz, Gastrocardialem Symptomkomplex, Magenneuosen, Rekonvaleszenz.

2 - 3 mal täglich 20 Tropfen.

Handelsformen: Original-Packung zu 20 ccm DM 1,34
Großpkg. für Kliniken und Krankenhäuser.

In zettgemäßem Umfang wieder lieferbar.

Dr. Ehrnsperger, München 2 BS.

Arbuze

das pflanzliche Verdauungs-Enzym

Behebt Fermentmangel in Magen und Darm - substituirt Pepsin und Trypsin. Verbessert Ausnutzung der Eiweiße, auch pflanzlicher Provenienz. Bewährt bei Indigestionen, Gastroenteritis, Achylie, gastragenen und Fäulnisdiarrhöen, gestörter Fettresorption. Meist schlagartige Behebung subjektiver Beschwerden: Magendruck, Völlegefühl, Meteorismus, Aufstoßen, Brechreiz, Kopfschmerz usw. (60 Tabletten = 1,55 DM.)

DR. SCHWAB G.M.B.H., MÜNCHEN 13

Unsere Präparate zur parenteralen Therapie

Insulin

Depot-Insulin

Heparhorm

Antiperniziöso-Faktor der Leber

Oxytocin

Wehenregende Komponente des Hypophysenhinterlappens

Parathorm

Wirksames Prinzip der Nebenschilddrüse



HORMON-CHEMIE
MÜNCHEN

MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherungsanstalt a.G. München
Lebens- und Altersversicherungsanstalt a.G. München

vormals

Versicherungsanstalten
des Bayerischen Gewerbebundes
MÜNCHEN - MAXIMILIANSPLATZ 8

Günstige Tarife für Einzelpersonen und Familien.

300 000 Versicherte in Bayern

Die von uns für die bayerische Ärzteschaft neu herausgebrachte Allgemeine Deutsche Gebührenordnung (Adbg 1928) steht den Herren Ärzten auf Anforderung beim zuständigen Ärztlichen Bezirksverein kostenlos zur Verfügung.

Patentex

Das seit 4 Jahrzehnten mit unveränderter Zuverlässigkeit bewährte Vaginalantisepticum und -Prophylacticum

Patentex G.m.b.H. Frankfurt a.M.

Für Nieren- u. Zuckerkrankte:

Überkinger Adelheid-Quelle

klinisch und pharmakologisch geprüft und erprobt.
Große Erfolge selbst bei veralteten Nierenleiden.
Bewährt auch bei Zuckerkrankheit.

Prospekte und Bezugsquellennachweis durch

Mineralbrunnen A.-G., Bad Überkingen
Kreis Göppingen (Württ.)

ASTHMA-SPEZIALPRÄPARATE

„ZANEDO“

werden jetzt in größerem Umfange in unserer neuen Fabrik in Halstein hergestellt und zwar:

ZANEDO-FORTE-ASTHMAPULVER
O. P. Verkaufspreis O. P. mit 8 Pulvern DM. 1.10

ZANEDO-FORTE-ASTHMATABLETTEN
Röhre mit 10 Tabletten - Verkaufspreis DM 1.45

ZANEDO-FORTE INHALATIONSMITTEL
Flasche ca. 20 Gramm - Verkaufspreis DM 5.05

ZANEDRIN, injizierbares Asthmapräparat
Schachtel mit 6 Ampullen, Verkaufspreis DM 2.85

ERICH H. GRAEF
ARZNEIMITTELFABRIK
Hamburg I, Spaldingstraße 216/218



Millionenfache Bewährung

unserer Tarife verbürgt auch in Zukunft
Sicherheit, Schutz und Hilfe in allen Fällen



Bezirksdirektion

MÜNCHEN
Briennerstr. 52

WÜRZBURG
Dominikanerplatz 8

NÜRNBERG
Johannisstr. 1

AUGSBURG
Haunstetterstr. 23

REGENSBURG
Domplatz 6

GROCONA

NERVOVALIL

Nerventonikum

Das bewährte Beruhigungsmittel bei nervösen Angst- und Erregungszuständen, Einschlafstörungen

Zusammensetzung: Valerianae, Bromsalze, Glycerophosphate, Antipyretika, Sacch., Aromatic. et Corrig.

Originalflasche mit ca. 150 g Inhalt



GROSSMANN & CO. NACHF. • DÜSSELDORF

ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1891

Zur Sulfonamid-Therapie:

Das reine Sulfanilsäureamid

Gombardol

von bester Verträglichkeit und Wirksamkeit

Tabl. zu 0,3g in Röhren zu 10 u. 20 Stück

Tabl. zu 0,5g in Röhren zu 10 u. 20 Stück



C.F. BOEHRINGER & SOEHNE G.m.b.H.
MANNHEIM

SERAC
empfehlen:

Hyphan - Serag
Gonodotrope Hypophysen Vorderlappenhormone in Pulverform.

Replaseran - Serag
Polyvalentes ortei genes Serum aus dem Retroplazentarblut gesunder Mütter

Vipradin - Serag
Sterile Lösung des Giftes der Vipera ammodytes.

S E R A G
SÜDDEUTSCHES SERUM-UND ARZNEIMITTELWERK GMBH
HAAR B. MÜNCHEN