BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

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

Heft 5 | MÜNCHEN, MAI 1950 | 5. Jahrgang

Das neuzeitliche

Analgeticum

mit spasmolytischer Komponente

Stadapyrin mit Kodein

10 Tabl. 0,75 DM o. U.
20 Tabl. 1,35 DM o. U.

10 Tabl. 0,85 DM o. U.
20 Tabl. 1,55 DM o. U.

Bei Schmerzen aller Art,
Erkältungskrankheiten

Gelonida antineuralgica

CODEIN. PHOSPHORIC. 0,01, PHENACETIN. ACID. ACETYLOSALIC. aa 0,25

Die nach dem Gelonid-Verfahren (DRP) hergestellten Tabletten zerfallen in Wasser oder in der Magenflüssigkeit fast augenblicklich zu einem ganz feinen Pulver. Hierdurch wird der Eintritt des therapeutischen Effektes stark beschleunigt. Neben dem schnellen Wirkungseintritt zeigt sich in der Praxis die hohe Wirkungsstärke und lange Wirkungsdauer des Präparates.

Das Arzneimittel mit der potenzierten Wirkung

GÖDECKE & CO., CHEM. FABRIK A.G., WERK MEMMINGEN

DYMAL

VERDAUUNGSFERMENT

Auf den Erfahrungen Freudenbergs aufbauendes
Fermentgemisch aus Proteinase und Amylase.

Bewährt bei: **Achylie, Anacidität, Meteorismus, Dys- und Afermentie**

Preise stark herabgesetzt!

Röhre mit 10 Tabletten zu je 0,36 g	DM	–.85 m. U.
Röhre mit 20 Tabletten zu je 0,36 g	DM	1.30 m. U.
A.-P. mit 175 Tabletten zu je 0,36 g	DM	6.25 m. U.
für Private	DM	7.50 m. U.
A.-P. mit 300 Tabletten zu je 0,36 g	DM	9.60 m. U.
für Private	DM	11.50 m. U.

BOEHRINGER MANNHEIM

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

Statistisches Taschenbuch
für
Bayern 1950

Herausgegeben vom
Bayerischen Statistischen Landesamt.
128 Seiten Din A 6 Kart. DM 3.–

Wie liegen die gesundheitlichen Verhältnisse in Bayern? Wieviel Personen stehen in den verschiedenen Berufen des Gesundheitswesens im Dienst? Wie steht es mit dem Nachwuchs? Wie sieht es mit dem Krankenhauswesen aus? Welches sind die wichtigsten Todesursachen?

Alle diese Fragen und noch viele andere aus dem wirtschaftlichen, geographischen, politischen, bevölkerungspolitischen und kulturellen Aufbau Bayerns beantwortet mit übersichtlich geordnetem Zahlenmaterial und Schaubildern das handliche kleine Nachschlagewerk.

Es ist unentbehrlich für alle im Gesundheitswesen Tätigen, für Wissenschaftler, Politiker, Beamte und Wirtschaftler und für alle im öffentlichen Leben stehenden Personen.

RPV

RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

Wenn Sie

an einen **Reichsbahnbeamten persönlich** eine Rechnung über DM 4.– schicken, so kostet Sie das 22 Dfg an Porto. Wenn Sie das **durch uns besorgen lassen**, so zahlen Sie an uns 20 Dfg (= 5% des Rechnungsbetrages.) Sie **sparen also bar 2 Dfg** und **außerdem:**

Das **Karteiblatt**, auf das Sie die ärztliche Leistung eintragen (Sie erhalten es kostenlos von uns), das **Rechnungsformblatt** und den **Briefumschlag**, die **Spesen für die Anforderung des Differenzbetrages**, den **Differenzbetrag** (30% des Rechnungsbetrages), den Sie selbst sehr wahrscheinlich „schwimmen" ließen, die ganze **Arbeit** und den **Ärger.**

Wollen Sie da noch zaudern, sich unsere Aufklärungsschrift kostenlos und unverbindlich zu erbitten?

Ärztl. Verrechnungsstelle e. V. Ganting

BELLA SANOL

Kombination von Extr. belladonnae, Extr.-sec. cornut. + Acid.-phenylaethylbarbituric.
Alle Neurosen des vegetativen Nervensystems, Migräne, allgemeine Nervosität und vegetative Erregbarkeit, klimakterische Beschwerden.

DR. SCHWARZ KG. REICHELSHEIM I. ODW.

Sehr wirtschaftlich! Kl. Packung Inhalt 20 Dragees DM 1.75
O. Packung Inhalt 100 Dragees DM 5.50

MOLOID-TABLETTEN

Nitrokörpergemisch gegen Migräne, Gefäßstörungen, Angina pectoris

Nitrokörper sind oft unstabil, ihre Auswahl und Einbettung in wirkungserhaltendes Medium erfordert Sorgfalt und Erfahrung.

Moloid-Tabletten bieten die Gewähr für Stabilität und Wirksamkeit.

Packungen zu 20 und 40 Tabletten

Nachkontrolle auf erhaltene Wirksamkeit

Herstellung	Nitrokörpergehalt Soll für 10 Tabletten	ist Dezember 1949
September 1949	3,3 mg	3,3 mg
Juni 1949	3,3 mg	3,3 mg
Mai 1949	3,3 mg	3,3 mg
März 1949	3,3 mg	3,3 mg
Oktober 1948	3,3 mg	3,3 mg
Mai 1948	3,3 mg	3,0 mg
Oktober 1947	3,3 mg	3,0 mg
April 1947	3,3 mg	3,0 mg
März 1946	3,3 mg	3,0 mg

SÜDMEDICA G. m. b. H. MÜNCHEN 25

Unsere standardisierten Präparate für Ihre HORMON-*Therapie*:

INSULIN · DEPOT-INSULIN Isotonische Lösung von reinstem Kristall-Insulin

HEPARHORM Antiperniciosafaktor der Leber, hochkonzentriert

OXYTOCIN Uteruswirksame Komponente des Hypophysenhinterlappens ohne blutdruckwirksame und antidiuretische Komponente

PITUHORM Gesamtwirkstoffe des Hypophysenhinterlappens

PARATHORM Wirksames Prinzip der Nebenschilddrüse

THYREOHORM Hochgereinigter Jod-Eiweiß-Komplex der frischen Schilddrüse

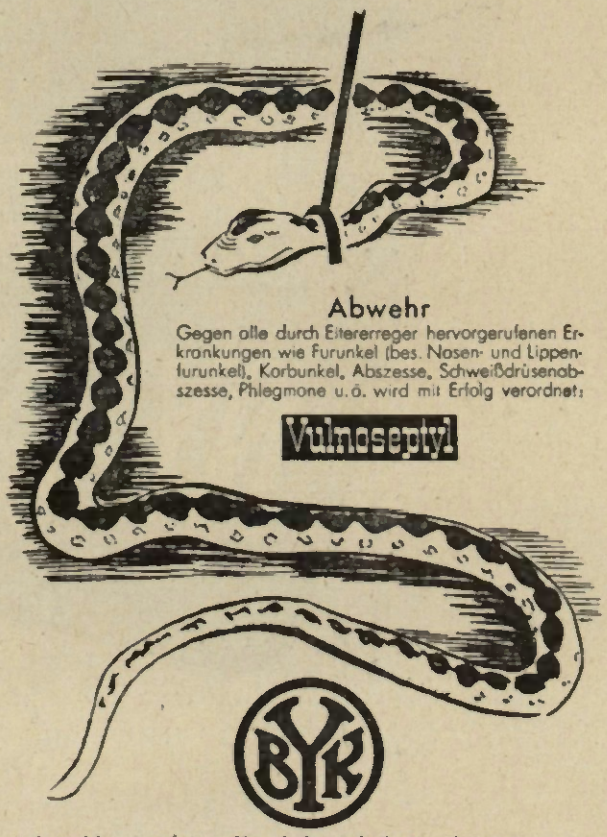
OVOHORM Native Ovarialsubstanz

NUCLEOTON körpereigene Kreislaufwirkstoffe aus Zellgewebe von Warmblüterorganen kombiniert mit Gewebshormonen des Pankreas

Verlangen Sie Ärztemuster!

HORM

HORMON-CHEMIE-MÜNCHEN



Abwehr

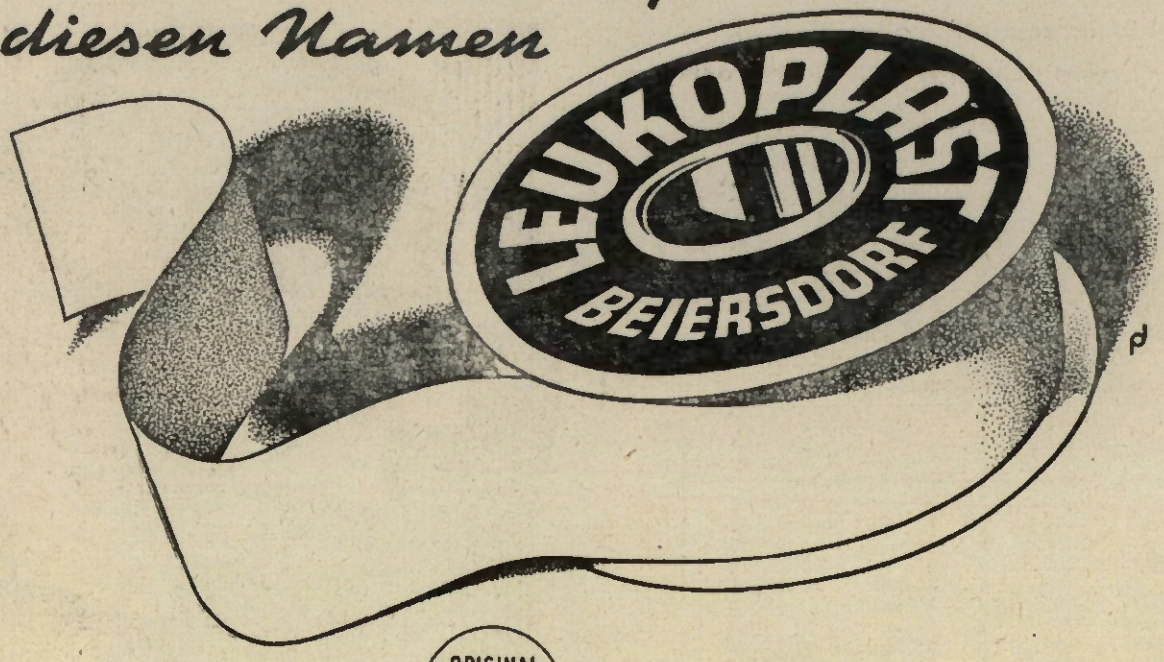
Gegen alle durch Eitererreger hervorgerufenen Erkrankungen wie Furunkel (bes. Nasen- und Lippenfurunkel), Karbunkel, Abszesse, Schweißdrüsenabszesse, Phlegmone u. ä. wird mit Erfolg verordnet:

Vulnoseptyl

BYK

Byk-Gulden Lomberg, Chemische Fabrik G.m.b.H., Konstanz

Achten Sie bitte auf diesen Namen



NUR DAS ORIGINAL Beiersdorf PFLASTER HEISST LEUKOPLAST

L 115a

Sicherung der zelebralen u. kardialen Blutversorgung während der Nacht durch rektale THEOPHYLLIN-PAPAVERIN-THERAPIE mit

NYXANTHIN-Basitorien

ZUSAMMENSETZUNG:
Unophyllin 0,2
Papaverin. basic. 0,1
Monoaethanolamin. phenyl-aethylbarbituric. 0,064

Indikationen: Koronarinsuffizienz, Asthma cardiale, Zerebralsclerose, Hypertonie, Asthma bronchiale.

Handelsformen: Schachtel mit 6 Suppositorien DM 2.50
Klinikpackung mit 50 Suppositorien DM 16.15

DR. KARL THOMAE GMBH BIBERACH AN DER RISS Thomae

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 5 | München, Mai 1950 | 5. Jahrgang

Wiederaufbau oder Zerstörung?

Von Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayer. Landesärztekammer

Kaum war der Waffenlärm des Krieges verhallt und der Schock der unmittelbaren Folgen des Zusammenbruches der Hitlerschen Gewaltherrschaft abgeflaut, so regten sich im deutschen Volk getreu seiner besonders ausgeprägten Ordnungsliebe und Arbeitsfreudigkeit allerorten Kräfte zum Wiederaufbau. Die Folgen zweier in einem Zeitraum von nur drei Jahrzehnten verlorenen Kriege mit geradezu katastrophalen wirtschaftlichen Auswirkungen zwingen uns, nicht nur ungeheure Lasten zu tragen, sondern auch heute noch — 5 Jahre nach Beendigung des eigentlichen Kriegsgeschehens — in einer unsere eigene Willensentfaltung stark beengenden Abhängigkeit vom Wollen fremder Mächte zu leben. Trotzdem hat unser Volk bereits Wiederaufbauleistungen vollbracht, denen die übrige Welt ihre Anerkennung nicht versagt, ja sogar Bewunderung zollt. Sie weiß aber ebensogut, vielleicht besser noch als wir, daß teuflische Kräfte am Werk sind, um den Wiederaufbau zu stören und eine auf die Gebote der christlich-abendländischen Weltanschauung gestützte Sicherung des Weltfriedens zu hindern.

Nicht zuletzt suchte auch die Ärzteschaft baldmöglichst die Folgen des Zusammenbruches zu überwinden, die nicht nur die Volksgesundheit auf das schwerste bedrohten, sondern auch die Erhaltung eines echten Arzttums gefährdeten. Die dazu unbedingt notwendige Zusammenfassung aller hilfsbereiten Ärzte wurde durch die Entnazifizierungsvorschriften unseligen Angedenkens sehr erschwert. Zudem waren zunächst freie Wahlen zur Bestimmung von Beauftragten der Ärzteschaft zwecks Wiederaufrichtung einer arbeitsfähigen ärztlichen Berufsvertretung nicht durchführbar. Der von der amerikanischen Mil.-Reg. für Bayern eingesetzte komm. Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Kallenberger, geriet bald in arge persönliche Bedrängnis, da einerseits den befehlenden Stellen offenbar die nötige Kenntnis der Bedingungen der Berufsausübung des deutschen Arztes mangelte und andererseits der Präsident der Kammer nicht genügend vertraut war mit den Gewohnheiten seiner Auftraggeber. Sein Ersatz durch einen mit den bayer. Verhältnissen nicht genügend vertrauten Arzt verstärkte nur die Unsicherheit der Lage. Da das dem Bayer. Ärztegesetz vom Jahre 1927 im wesentlichen nachgebildete, von der amerikanischen Militärregierung gewünschte und gebilligte und vom damaligen bayer. Ministerpräsidenten Dr. Högner am 25. 5. 46 erlassene neue Bayer. Ärztegesetz bereits Rechtskraft besaß, hätte schon damals dem zielstrebigen Wiederaufbau eines geordneten ärztlichen Berufslebens in Bayern an sich nichts mehr im Wege gestanden. Der neue ernannte komm. Leiter der Kammer, Dr. Stein, bemühte sich jedoch, die Durchführung des Ärztegesetzes zu verhindern.

Erst Ende des Jahres 1946 wurden die Wahlen zu den Organen der im Ärztegesetz bestimmten ärztlichen Berufsvertretung nach der vom Bayer. Staatsministerium des Innern erlassenen Wahlordnung durchgeführt. Auch sie brachten nicht die erhoffte, zum Wiederaufbau unerläßliche Festigung des ärztlichen Berufsstandes. Einzelne im vorbildlichen Ärztegesetz vom Jahre 1927 nicht enthaltene Bestimmungen des neuen Gesetzes machten die Aufnahme der Berufstätigkeit solcher Ärzte, die erst während des Krieges oder der Nachkriegszeit nach Bayern gelangt waren, von einer besonderen Genehmigung abhängig. Dieser Umstand gab insbesondere Anlaß zu Bestrebungen gegen die Durchführung des Ärztegesetzes, denen jedoch seit der Beschlußfassung des Bayer. Landtages über das vorläufige Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens vom 24. 6. 47 keine Bedeutung mehr zukam, da nun die beanstandete Gesetzesbestimmung aufgehoben wurde.

Interessierte Kreise machten bereits anfangs des Jahres 1947 den Versuch, die Rechtsgültigkeit des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 46, das bereits vor dem Inkrafttreten der Verfassung des Freistaates Bayern vom 2. 12. 1946 erlassen wurde, mit der Behauptung zu bestreiten, es enthalte verfassungswidrige Bestimmungen. Ein Rechtsgutachten des Bayer. Staatsministers der Justiz Dr. Müller wies diese Auffassung zurück.

Offenbar in Verkennung der wirklichen Aufgaben der im Gesetz verankerten ärztlichen Berufsvertretung und der in den Besonderheiten der gesamten deutschen Verhältnisse begründeten Eigenart ihrer Verfassung glaubten auch Stellen der amerikanischen Militärregierung in einzelnen Bestimmungen des Ärztegesetzes Widersprüche gegen amerikanische, für wirtschaftliche Vereinigungen in Deutschland aufgestellte Grundsätze erblicken zu sollen. Solchen Einwendungen beugte sich das Bayer. Staatsministerium des Innern und unterließ es, die ihm im nach wie vor rechtsgültigen Bayer. Ärztegesetz vom 25. 5. 46 auferlegten Maßnahmen zu vollziehen. Der dadurch bewirkte eigenartige Schwebezustand erwies sich als abträglich nicht nur für den dringend notwendigen Wiederaufbau im ärztlichen Abschnitt, sondern auch für die Sicherung

der Volksgesundheit in mannigfacher Hinsicht. Über die zu seiner Überwindung stattgehabten Verhandlungen und Unternehmungen wurde im Bayer. Ärzteblatt*) so eingehend berichtet, daß hierzu nichts weiter anzuführen ist.

Schließlich gelang es uns doch, die Widerstände soweit zu überwinden, daß sich das Bayer. Staatsministerium des Innern Ende des Jahres 1949 entschloß, die zur Durchführung des Ärztegesetzes erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Die bis dahin aufgeschobenen Neuwahlen zu den Organen der ärztlichen Berufsvertretung wurden nun durch die Bayer. Landesärztekammer sofort in die Wege geleitet. Sie sind inzwischen bis auf die Wahl der Abgeordneten zur Landesärztekammer, die für den 3. Juni 1950 anberaumt ist, bereits erfolgt.

Nun wäre nach jahrelangem, unablässigem und mühevollem Ringen endlich die Bahn frei für ein ersprießliches aktives Vorgehen der Beauftragten der bayer. Ärzteschaft — wenn sich nicht neuerdings einige Ärzte bemühten, die Grundlagen für einen Wiederaufbau im ärztlichen Sektor zu vernichten. Das vordem von einzelnen Mitgliedern der bayer. Ärzteschaft an den Tag gelegte Bestreben, die von der Mehrheit ihrer Berufskollegen als unbedingt erforderlich erkannte und daher gewünschte Ordnung des ärztlichen Berufslebens zu verhindern und sich dazu sogar der Hilfe von Mitgliedern der Besatzungsmacht zu bedienen, mußte als sehr bedauerlich bezeichnet werden. Den nunmehrigen Zerstörungsversuch richtig zu benennen, sträubt sich meine Feder. Es werden daher hier nur die vorliegenden Tatsachen berichtet, um der Ärzteschaft Bayerns selbst ein zutreffendes Urteil zu ermöglichen.

Am 20. 2. 50 reichten die Herren Dr. Dr. Gustav Berthold, Arthur Münzberg, Rudolf Rockstroh und Friedrich Stoiber beim Bayer. Verfassungsgerichtshof eine Beschwerdeschrift ein, in der sie eine Verfassungswidrigkeit in erster Linie des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 46 behaupten und den gleichen Einwand gegen die vom Bayer. Landtag am 14. 6. und 30. 9. 49 beschlossenen Gesetze zur Regelung der ärztlichen Versorgung der Pflichtkrankenkassenmitglieder erheben.

Die Vertretung der von den genannten Ärzten eingereichten Beschwerde beim Bayer. Verfassungsgerichtshof hat neben einem Rechtsanwalt Herr Ministerialdirektor a. D. Ernst Schindler in Ansbach (bis März 1933 amtlich tätig in Berlin, in Schlesien beheimatet, nach dem Zusammenbruch vorübergehend als Vizepräsident von Mittelfranken in Ansbach eingesetzt, wo seine Frau als praktische Ärztin tätig ist), übernommen. Seine Verbindung mit Vertretern des hessischen Bundes der Freien Ärzte Deutschlands e. V., der bereits seit geraumer Zeit die bayer. Ärzteschaft in den Bann seiner Anschauungen und Absichten zu ziehen sucht, ist bekannt.

Die Beschwerdeschrift beschäftigt sich u. a. auch mit der ärztlichen Berufsordnung und geht dabei von der irrigen Annahme aus, daß die auf dem 52. Deutschen Ärztetag in Hannover 1949 beschlossene Formulierung unverändert vom Bayer. Staatsministerium des Innern, das die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns nach Anhörung der Bayer. Landesärztekammer zu erlassen hat, übernommen werde. Dies geschah jedoch keineswegs. Vielmehr wurden einige ernsthaft beanstandbare Aufstellungen der hannoverschen Fassung in die unter dem 26. 1. 50 für die Ärzte Bayerns vom Bayer. Staatsministerium des Innern erlassene Berufsordnung überhaupt nicht aufgenommen oder den verfassungsrechtlichen oder sonstwie übergeordneten rechtlichen Bestimmungen angepaßt. Damit werden die auf die ärztliche Berufsordnung abzielenden Punkte der Beschwerdeschrift von vornherein gegenstandslos.

Im übrigen richtet sie sich gegen die Festlegung der Pflichtmitgliedschaft aller in Bayern wohnenden Ärzte zur gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung, womit die Frage neuerdings aufgeworfen wird, die durch das oben erwähnte Gutachten des bayer. Justizministers bereits beantwortet wurde, und zwar im Sinne der Ablehnung des Vorwurfes der Verfassungswidrigkeit einer solchen Pflichtmitgliedschaft. Des weiteren wird die Einrichtung der Berufsgerichtsbarkeit scharf kritisiert und insbesondere hervorgehoben, daß es eine besondere Ehre des ärztlichen Standes nicht gebe. Hierzu mag an dieser Stelle nur gesagt werden, daß die Berufsgerichte nicht die Bedeutung von „Ehrengerichten" im eigentlichen Sinne haben. Sie dienen vielmehr in erster Linie dem Zweck, die Allgemeinheit vor verderblichen Verfehlungen gegen die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns zu schützen. Auf weitere Einzelheiten der Ausführungen der Beschwerdeschrift soll hier nicht eingegangen werden, da deren rechtliche Prüfung Angelegenheit des Bayer. Verfassungsgerichtshofes ist. Dessen Entscheidung sieht die Bayer. Landesärztekammer mit Ruhe entgegen. Zu bemerken ist nur noch, daß das Bayer. Staatsministerium des Innern in einer über die Bayer. Staatskanzlei eingereichten Gegenschrift zu einer Ablehnung aller Beschwerdepunkte kam.

Die Beschwerdeführer fügten der Begründung ihres Vorbringens noch folgende Bemerkung bei:

„Schließlich sei eine Bemerkung dafür gemacht, daß die Beschwerdeführer erst jetzt, mehr als drei Jahre nach dem Inkrafttreten des Ärztegesetzes, die Verfassungsbeschwerde erheben. Den Grund dafür wolle der Verfassungsgerichtshof darin erblicken, daß erst jetzt, mehr als drei Jahre nach Inkrafttreten des mit der Beschwerde angegriffenen Gesetzes, das Staatsministeriums des Innern gemäß Art. 14 des Ärztegesetzes die Wahlordnung und die Satzung erlassen hat. (Vgl. Bayer. Staatsanzeiger Nr. 1/5 vom 7. Januar 1950.)"

Sachlich ist dazu zu bemerken, daß das Staatsministerium des Innern erstmals bereits am 28. 11. 46 eine Wahlordnung nach den Vorschriften des Art. 14 des Bayer. Ärzteschaft erließ.

Im übrigen erfordert die Aufstellung der Beschwerdeführer nur noch eine kurze Bemerkung und Feststellung. Die Wahlordnung für die Landesärztekammerwahl wurde entsprechend der Vorschrift des Ärztegesetzes vom Bayer. Staatsministerium des Innern nach Anhörung der Bayer. Landesärztekammer erlassen. Als Grundlage diente die bereits vorher von der gleichen Stelle nach den gleichen Grundsätzen erlassene Wahlordnung für die Wahlen zur Zahnärztekammer. Auf Wunsch der Bayer. Landesärztekammer wurden in diese Wahlordnung noch einige Bestimmungen aufgenommen, die eine stärkere Beteiligung der ärztlichen Kreisverbände und der ärztlichen Bezirksvereine bei den Wahlvorbereitungen bezwecken, des weiteren die Kosten der Wahlvorbereitungen der Kammer überbürdet und deren Präsident verpflichtet, die Versammlung der Gewählten innerhalb von 4 Wochen nach Abschluß der Wahl einzuberufen. Eine Beanstandung der

*) Bayer. Ärzteblatt Nr. 16-17, 47; Nr. 1-2, 48; Nr. 10-11, 48; Nr. 1, 49; Nr. 6, 49; Nr. 10, 49; Nr. 12, 49; Nr. 1, 50; Nr. 4, 50. Außerdem: Sonderdrucke-Referat: Zum 51. Deutschen Ärztetag, und zum 4. Bayer. Ärztetag 1949.

Beschwerdeführer in Richtung der Persönlichkeitswahl erscheint im Hinblick auf die allerdings durch keine tatsächlichen Vorgänge gestützte Behauptung, sie verträten die Anschauungen der Mehrheit der bayer. Ärzteschaft nicht verständlich, da sie ja dann gar keine Sorge zu haben brauchten, nicht auch bei dem angeordneten Wahlsystem über die Majorität der Wählerstimmen zu verfügen. Weitere Erörterungen hierzu wären müßig, da der Entscheid dieser Frage bei den Ärzten Bayerns liegt.

Ausführungen zu der von den Beschwerdeführern aufgestellten Behauptung einer Verfassungswidrigkeit der vom Bayer. Landtag beschlossenen KV-Gesetze müssen den Beauftragten der Kassenärzte überlassen bleiben. Hier soll daher nur ganz allgemeinhin hervorgehoben werden, daß diese Gesetze dringend notwendig waren, damit eine Regelung der Zulassung von Ärzten zur Behandlung der Krankenkassenmitglieder endlich wieder ermöglicht wurde, und zwar unter gebührender Mitwirkung der Ärzteschaft, statt daß sie dem Ermessen behördlicher Stellen allein überlassen blieb. Auch hierbei handelt es sich um einen Wiederaufbau bewährter ärztlicher Einrichtungen. Es besteht aber Veranlassung, in diesem Zusammenhang nochmals mit aller Bestimmtheit darauf hinzuweisen, daß lediglich die nicht zutreffende Auffassung der amerikanischen Militärregierung von den wirklich notwendigen, den deutschen Verhältnissen angepaßten Aufgaben der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung zu einer scharfen Trennung der Arbeitsbereiche der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung zwang. Zweifellos wäre eine enge gesetzlich geregelte Verbundenheit der ärztlichen Standesorganisation mit den ärztlichen Vereinigungen, die mittelbar oder auch unmittelbar wirtschaftliche Ziele verfolgen, weit zweckmäßiger. Eine solche Verbindung — wie sie im neuen österreichischen Ärztegesetz vom 30. 3. 1949 hergestellt ist unter Beibehaltung der Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte des Landes — würde jedoch den in der amerikanischen Besatzungszone Deutschlands geltenden Richtlinien für die wirtschaftlichen Zwekken dienenden Personenvereinigungen grundsätzlich durchaus widersprechen, so daß an eine derartige Regelung bis auf weiteres nicht herangetreten werden kann.

Die Kenntnis dieser Trennung der Aufgaben der Landesärztekammer von denen der Kassenärztlichen Vereinigung scheint immer noch nicht genügend bekannt zu sein, da es sonst überhaupt nicht verständlich wäre, daß versucht wird, für Vorgänge, die sich ausschließlich im Gebiete der Kassenärztlichen Vereinigung abspielen, dann, wenn sie nicht die Zustimmung davon betroffener Ärzte finden, Beauftragte der ärztlichen Berufsvertretung und dabei in erster Linie den Präsidenten der Kammer verantwortlich zu machen. Dieser Unfug dient ebenfalls keineswegs dazu, die mühevolle Wiederaufbauarbeit zu fördern, und sollte daher endlich einmal unterbleiben.

Die Trennung des umfassenderen Interessengebietes der ärztlichen Berufsvertretung und des enger umschriebenen der Kassenärztlichen Vereinigung darf jedoch nicht soweit getrieben werden, daß jede ernsthafte Fühlungnahme der Beauftragten dieser ärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Die Landesärztekammer muß vielmehr von allen wesentlichen Vorgängen im anderen Arbeitsbereich zeitgerecht in Kenntnis gesetzt werden, zumal die Krankenversicherungsgesetzgebung grundsätzlich zum Interessengebiet der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung überhaupt gehört. Sie darf nicht etwa als Reservat der Kassenärztlichen Vereinigung angesehen werden, obwohl dieser bei der Beratung einer Neufassung solcher Gesetze die Rolle des erfahrenen Sachverständigen zukommt.

Wenn mancherseits über eine bedenkliche, den Wiederaufbau beeinträchtigende Zersplitterung der ärztlichen Interessenvertretung geklagt wird, so kann diese Gefahr angesichts mancher Sonderbestrebungen tatsächlich nicht in Abrede gestellt werden. Dies gilt nicht zuletzt auch für die Entwicklung mancher Erscheinungen im Bereiche des neu ins Leben gerufenen Hartmannbundes. So sehr seine Wiedererrichtung zum Zwecke der Vertretung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzteschaft begrüßt werden mußte, so wenig darf er versucht sein, Angelegenheiten zu betreiben, zu deren Behandlung nur die gesetzliche ärztliche Berufsvertretung befugt ist. Will der Hartmannbund seinen Namen rechtfertigen, so muß er sich zunächst bestreben, den freiwilligen Zusammenschluß möglichst aller Ärzte herbeizuführen, da er erst dann in der Lage sein wird, die Vertretung ihrer rein wirtschaftlichen Belange mit einiger Aussicht auf Erfolg zu betreiben. Bevor er diesem Ziele näher gekommen ist, muß ihm ebenso eine weise Mäßigung seiner Ansprüche empfohlen werden, wie auch eine angemessene Zurückhaltung mit Versprechungen von Wunscherfüllungen seiner Mitglieder, da eine Verstärkung zwar durchaus verständlicher Wünsche ohne die Bereitstellung von Mitteln zu ihrer Erfüllung einem ernsthaften Wiederaufbau keineswegs dient, sondern ihn gefährdet. Das gleiche gilt auch für alle sonstigen in bester Absicht errichteten ärztlichen Vereinigungen. Sie alle soliten sich immer der Tatsache bewußt bleiben, daß die Ungunst der Zeitverhältnisse zahlreiche Wünsche auch der Ärzte zwar voll berechtigt erscheinen läßt, daß wir aber leider auch zwei unsere wirtschaftlichen Mittel völlig erschöpfende Kriege verloren haben. Eine allzu laute Verkündigung oder Bestätigung solcher wenn auch noch so verständlicher Wünsche bringt uns ihrer Erfüllung nicht näher, eher entfernt sie uns vom Ziele der Erreichung bescheidenerer. Weit mehr gilt es jetzt, alle Kräfte in gemeinsamer Arbeit einzusetzen, um uns allmählich in zielbewußtem, die tatsächliche Lage nüchtern einschätzendem Bestreben wieder einen Platz an der Sonne zu erkämpfen.

Auf die ungeheueren Gefahren, die der Erhaltung echten Arzttums drohen, wurde bereits hingewiesen.*) Immer wieder mußte daran erinnert werden, daß nach allen Erfahrungen nur die in der Ärzteschaft selbst liegenden Kräfte deren Lebenserhaltung zu sichern vermögen, daß aber Erwartungen einer Hilfe von außen nur zu Enttäuschungen führen. Will sich die Ärzteschaft in diesen schweren Zeiten behaupten, so muß sie in erster Linie alles daran setzen, um in einheitlicher Geschlossenheit den Kampf um ihren Bestand zu führen. Diese Geschlossenheit setzt aber die Erhaltung einer alle Ärzte umfassenden gesetzlichen Berufsvertretung voraus, in deren Rahmen dann den einzelnen Sondervereinigungen ausreichende Betätigungsmöglichkeiten verbleiben. Der Wiederaufbau einer entsprechenden alle Ärzte umfassenden Berufsvertretung wird auf dem festen Grund der noch lebendigen, bewährten ärztlichen Tradition weit eher mit Aussicht auf Erfolg vorgenommen werden können als auf dem unsicheren Boden eines Neulandes, dessen Tragfähigkeit völlig unerprobt ist.

Nächst dem Priester und dem Richter gehört der Arzt zu den bedeutendsten Stützen der Gesellschaft, da er im

*) Bayer. Ärzteblatt, Nr. 4/50.

Verein mit jenen berufen ist, die höchsten Güter der Menschheit zu verwalten. Wie der Priester die Achtung vor den jedes menschliche Zusammenleben regelnden moralischen Grundgesetzen sichert und der Richter die Ordnung der Rechtsbeziehungen der Menschen untereinander wahrt, so ist der Arzt verantwortlich für die Erhaltung von Gesundheit und Leben. Die hohe Bedeutung der Aufgaben dieser Berufe bedingt einerseits die Gewährung einer weitgehenden Freiheit bei ihrer Ausübung, da die damit verbundene außerordentliche große Verantwortung sonst nicht getragen werden kann. Andererseits erfordert sie aber auch eine feste Regelung der Berufstätigkeit dieser Stände, damit die ihnen zugebilligte Freiheit nicht in Willkür ausartet.

Diesen Erfordernissen ist in allen Kulturstaaten des Abendlandes Rechnung getragen. Die Verhältnisse der genannten Berufsstände unterliegen im großen einer staatlichen Regelung und ihre im freien Wettbewerb tätigen Mitglieder sind in Berufsverbänden zusammengefaßt, die in der einen oder anderen Form gehalten sind, die Berufsausübung ihrer Mitglieder in angemessener Art zu ordnen und zu überwachen. Eine solche Regelung bezweckt auch das Bayer. Ärztegesetz, indem es die Errichtung einer ärztlichen Berufsvertretung auf der Grundlage des Selbstverwaltungsrechts ihrer Mitglieder unter staatlicher Aufsicht vorschreibt. Diese Aufsicht beschränkt sich auf eine Überwachung der Tätigkeit der Organe der Berufsvertretung hinsichtlich der Beachtung der allgemein gültigen Gesetze. Der Aufbau dieser gesetzlichen Berufsvertretung entspricht durchaus demokratischen Grundsätzen. Die Mitglieder der leitenden Organe werden in freien Wahlen bestimmt und die von der Gesamtärzteschaft mit der Führung der Geschäfte Beauftragten haben die Interessen aller Ärzte zu vertreten. Damit gewähren die Bestimmungen des Gesetzes den Ärzten das Recht der Selbstverwaltung ihrer Angelegenheiten und verleihen ihnen den Rechtsschutz, ihre Belange allen Außenstehenden gegenüber gebührend zu wahren. Außerdem dient das Ärztegesetz durch die in ihm festgelegte ärztliche Berufsgerichtsbarkeit dem Zwecke der Reinhaltung der bayerischen Ärzteschaft von unsauberen Elementen. Diese Einrichtung ist sowohl zur Erhaltung der für ein ersprießliches ärztliches Wirken unbedingt erforderlichen Achtung des Arztes seitens der Allgemeinheit, wie auch zum Schutze des kranken Menschen vor gefährlichen Machenschaften zum Arzt nicht Berufener unerläßlich.

Dem Vorbringen gegenüber, daß das Bayer. Ärztegesetz, weil es eine Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte und eine ärztliche Berufsgerichtsbarkeit vorsieht, den Bedingungen demokratischer Freiheit nicht gerecht werde, muß auf die besondere Eigenart des ärztlichen Wirkens im Dienste der Volksgesundheit hingewiesen werden. Überreiche, jahrzehntelange Erfahrungen bewiesen, daß eine ungeregelte Freiheit der ärztlichen Betätigung nicht den wohlbegründeten Forderungen gerecht wird, die nicht nur von der Bevölkerung, sondern auch von der Ärzteschaft selbst an das Verhalten des Arztes gestellt werden. Die im Gesetz gezogenen Schranken tasten die notwendige Freiheit des ärztlichen Handelns an sich nicht an und behindern ebensowenig die Behauptung der allgemeinen Rechte des Arztes. Das Bayer. Ärztegesetz stimmt im übrigen in seinen Grundsätzen durchaus mit allen anderen nach dem Zusammenbruch da und dort in westdeutschen Ländern neu erlassenen Ärztegesetzen überein. Es besteht daher wirklich keine Veranlassung zu einer grundsätzlich andersartigen Gestaltung des bayer. Gesetzes. Eine Berichtigung einzelner zweifellos verbesserungsbedürftiger Bestimmungen ist keineswegs so vordringlich, daß sie nicht erst im Zuge einer Vereinheitlichung des Arztrechtes aller Länder des westdeutschen Bundes erfolgen könnte.

Im Hinblick auf die Besonderheiten des Arztwesens wäre eine Gleichartigkeit der Ärztegesetze der Länder, wenigstens ihrer grundsätzlichen Bestimmungen, zu wünschen. Obzwar die Festlegung des Arztrechtes, insbesondere auch der Art der ärztlichen Berufsvertretung an sich den Ländern vorbehalten ist, könnte doch wohl der Erlaß eines Rahmengesetzes durch den Bund die wünschenswerte Einheitlichkeit herstellen, ohne daß es den Ländern verwehrt würde, ihren besonderen Verhältnissen durch die entsprechende Einschaltung weiterer Bestimmungen Rechnung zu tragen.

Bekanntlich haben sich die Ärztekammern der westdeutschen Länder in einer Arbeitsgemeinschaft zur Beratung allgemeiner ärztlicher Fragen und zur Herbeiführung eines möglichst einheitlichen Vorgehens zusammengefunden. Dieser Zusammenschluß tritt in den seit dem Jahre 1948 wieder regelmäßig stattfindenden deutschen Ärztetagen auch nach außen hin in Erscheinung. Die Beschlüsse dieser Ärztetage sollen der gesamten westdeutschen Ärzteschaft als Richtlinien für ihre Bestrebungen dienen. Eine Rechtswirksamkeit kommt ihnen aber erst dann zu, wenn sie entweder von den gesetzgebenden Körperschaften der Länder durch entsprechende Beschlüsse übernommen werden oder, soweit eine solche parlamentarische Anerkennung nach den Landesgesetzen nicht erforderlich ist, durch zustimmende ministerielle Anordnungen rechtswirksam werden.

Das Zusammenwirken der westdeutschen Ärztekammer in der Arbeitsgemeinschaft hat sich im allgemeinen als fruchtbar erwiesen, doch mußte manchmal einer betonten Neigung zu einem zentralistisch ausgerichteten Vorgehen entgegengetreten werden. So sehr eine möglichst gleiche Zielsetzung auf dem Gebiete der ärztlichen Interessenvertretung geboten erscheint, so notwendig ist es, der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse und Bedürfnisse der einzelnen Länder gebührend Rechnung zu tragen. Dieser Grundsatz wurde von uns von Anfang an betont und dem föderalistischen Prinzip auch in der Folgezeit Achtung zu verschaffen gesucht. Daß dies nicht immer leicht war, mag hier nur am Rande bemerkt werden.

Die unerhört großen Schwierigkeiten, unter denen unser aller Leben in der jetzigen Notzeit verläuft, erfordert für solche Unzuträglichkeiten einen ebenso großen Aufwand an Verständnis wie für die meist einer unzulänglichen Kenntnis der tatsächlichen Gegebenheiten zuzuschreibenden Unzufriedenheiten nicht gerade sehr kleiner Kreise mit den Erfolgen der Bemühungen ihrer Beauftragten. Leider wird heutzutage weit mehr von Rechten gesprochen als von Pflichten und in noch bedenklicherem Ausmaße Wünschen Ausdruck verliehen, deren Erfüllung in Anbetracht der Lage nicht in Bälde oder gar nicht zu erwarten steht. Fast noch schlimmer ist in ihren Auswirkungen eine verbreitete, geradezu neurotische Unrast und Ungeduld, die jedes Verständnis für ein den tatsächlichen Verhältnissen angepaßtes, ruhiges, zielbewußtes Vorgehen vermissen läßt, der nachzugeben aber verhängnisvoll und unverantwortlich wäre. Wohl jeder, der heute Allgemein-

interessen zu vertreten hat, wird ein überaus großes Maß von Verständnis für die der allgemeinen Not entspringenden Unzuträglichkeiten aufzubringen haben, um davon unbeirrt dem kategorischen Imperativ der Pflicht zu gehorchen. Den Mut dazu wird er schöpfen dürfen aus Beobachtungen, die erkennen lassen, daß unserem Volke trotz allem ein guter Kern erhalten blieb, so daß die Hoffnung auf einen Wiederaufstieg aus der dunklen Tiefe zu lichteren Höhen nicht unberechtigt sein dürfte. Mir selbst erleichterte die Befolgung des Wahlspruches meines Vaterhauses: „Fürchte Gott, tue Recht, scheue niemanmanden" das Ausharren auf der Stelle, die mir von der bayerischen Ärzteschaft zugewiesen wurde. Ich glaube erwarten zu dürfen, daß den Absichten einzelner Verblendeter, das begonnene Werk des Wiederaufbaus zu zerstören, kein Erfolg beschieden sein wird. Solche Störungsversuche werden uns jedenfalls nicht abhalten, auf dem vorerst wiedergewonnenen festen Boden der im bayerischen Ärztegesetz verankerten ärztlichen Berufsvertretung die Wiederaufbauarbeit mit gehobenem Mut fortzusetzen.

Obwohl die Kundgebungen der Bayerischen Landesärztekammer keinen Zweifel über ihre Zielsetzungen bestehen lassen konnten, machte der „Aufbaukreis schwäblscher Ärzte" in einer Druckschrift: „Gedanken zur kommenden Landesärztekammerwahl" im Anschluß an eine nicht gerade sehr klare kritische Stellungnahme zur Tätigkeit der Kammer programmatische Aufstellungen, die den Anschein der Neuheit erwecken könnten. Sie stellten jedoch im wesentlichen eine formulierte Wiedergabe der bekannten Zielsetzungen der Bayerischen Landesärztekammer dar. So erfreulich diese Übereinstimmung der Absichten ist, so befremdend wirkte die Unterlassung eines entsprechenden Hinweises auf diesen Zusammenhang. Zur Vermeidung lrriger Meinungen darf daher hier nochmals betont werden, daß die Bayer. Landesärztekammer es lm Zuge des Wiederaufbaus für geboten hält, in erster Linle dafür zu sorgen, daß

1. eine gesetzliche ärztliche Berufsvertretung in der im Bayer. Ärztegesetz vom 25. 5. 1946 festgesetzten Form auf der Grundlage einer Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte, mit ärztlicher Berufsgerichtsbarkeit und als Körperschaft des öffentlichen Rechts erhalten bleibt;
2. die Krankenversicherungsgesetzgebung in der Weise umgestaltet wird, daß nur solche Personen der Zwangskrankenversicherung unterstellt werden, deren wirtschaftliche Lage die Tragung der Kosten für den Fall einer Erkrankung nicht erlaubt;
3. darüber hinaus den Versicherten eine, wenn auch geringe Mitbeteiligung an der Kostentragung für die ärztlichen Leistungen zur Wiederherstellung des notwendigen Seibstverantwortungsbewußtseins auferlegt wird;
4. durch eine der neuzeitlichen Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnis und der technischen Errungenschaften mehr angepaßte Neuordnung des Medizinstudiums und eine Bekanntmachung der Studierenden mit den Fortschritten des Allgemeinwissens, die Erziehung der Medizinstudenten zum wirklichen Arzt gefördert wird;
5. Maßnahmen ergriffen werden, die eine weitere Überfüllung der deutschen Länder mit Ärzten verhindern, wozu einerseits eine vernünftigere Planung des Zugangs zum Studium und andererseits eine erhebliche Verschärfung der Prüfungen dienen können;
6. eine bessere Verteilung der vorhandenen Ärzte auf die Länder des deutschen Westens stattfindet;
7. alle notwendigen ärztlichen Arbeiten in den Krankenhäusern entsprechend bezahlt werden;
8. der ärztlichen Berufsvertretung ein angemessener Einfluß auf die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten eingeräumt wird;
9. sobald und soweit lrgend tunlich, allen approbierten Ärzten die gleiche Chance zur Betätigung ln der freien Praxis eröffnet wird, und
10. die ärztliche Fortbildung jede nur mögiiche Förderung erfährt.

Die Erreichung dieser Ziele darf als möglich bezeichnet werden, doch bedarf es dazu nicht nur ihrer unablässigen tatkräftigen Verfolgung, sondern vornehmlich des Gemeinschaftselnsatzes der ganzen Ärzteschaft ln mutiger Entschlossenheit.

Möge sich endlich die Gesamtheit der Ärzteschaft dazu bereit finden, ihre Kräfte, statt sie in nutzlosen, dem Ansehen des Arztes äußerst abträglichen Kämpfen zu vergeuden, dem so dringend notwendigen Wiederaufbau zuzuwenden!

Grundsätzliches zur Frage der kommenden Vertragsabschlüsse zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen

Von C. Schlndler, München

Wenn Krankenhäuser schon früher wirtschaftlich so gut wie gar nie als Erwerbsinstitute zu betrachten waren — selbst reine Privatkliniken waren fast stets Zuschußbetriebe —, so hat sich das Bild vom Jahre 1945 ab und insbesondere aber nach der Währungsumstellung geradezu katastrophal verschlimmert. Ich brauche wohl nicht auszuführen, daß die Teuerung einerseits und die ungenügenden Verpflegungssätze andererseits unsere Betriebe absolut passiv gestalten müssen. Die letzte Erhöhung der Kassenverpflegssätze belspieisweise waren ja nur eine kümmerliche Teillösung. Wenn man noch weiterhin ln Betracht zieht, daß infolge der Beschaffungsunmöglichkeit während des Dritten Reiches und auch bis zur Währungsumstellung die notwendigen Nachschaffungen gar nicht mehr möglich waren, wenn man ferner erwägt, welche Schäden an Gebäulichkeiten durch Abnützung oder gar durch Bombenschäden noch nicht behoben werden konnten, so stehen wir, wenn eine wirkliche, richtige Abrechnung mit den dringend nötigen Abschreibungen und Rückstellungen erfoigt, nicht nur vor ieeren Kassen, sondern vor immer mehr ansteigenden Schulden. Durch die Wegschwemmung aller Reserven gelegentlich der Währungsumstellung ist die Lage eine trostlose geworden. Es ist daher nur zu verständlich, daß die Krankenhäuser an eine Einnahme-

erhöhung unbedingt denken müssen. Die wesentlichsten Kostenträger sind und bleiben ja die Krankenkassen.

Während früher manche Krankenhausträger im Krankenhausbetrieb anfallende Mehrkosten aus eigener Tasche bezahlt haben, gibt es heute kaum mehr eine Kategorie von Krankenhausträgern, die sich diesen Luxus noch leisten kann. Beim Staat, in Städten, Landkreisen, Gemeinden ist die Vielzahl der Leistungen auf anderen Gebieten eine ganz enorme. Ich erinnere nur: Armenlasten, Fürsorgelasten, Schulen, Wohnungsnot, Straßenbauten u. a. absorbieren sehr viel Geld, so daß jede einzelne Betriebssparte schauen muß — soweit es überhaupt möglich ist —, mit ausgeglichener Rechnung zu arbeiten.

Wie sich schon seit Jahrzehnten zeigt, steigen die Unkosten in den Krankenhäusern fast ständig an. Das hängt sowohl mit der ganzen zunehmenden wirtschaftlichen Teuerung in den letzten Jahren einerseits als auch mit dem Fortschreiten der medizinischen Wissenschaft andererseits zusammen. Wenn wir nur unsere Rechnungen von 1938 mit heute vergleichen, so ergibt das eine erschreckende Differenz. Wenn auch die Steigerung der Arbeitslöhne bisher keine allzu große war, so ist doch auf dem Sektor der personellen Ausgaben eine straff durchgeführte Arbeitszeitbeschränkung ein wesentlich verteuernder Faktor. Eine weitere Belastung auf dem personellen Sektor ist die Einstellung Schwerkriegsbeschädigter bzw. die Beschäftigung von nicht mehr voll arbeitsfähigen Persönlichkeiten. Die sachlichen Ausgaben sind im allgemeinen selbst bei Berücksichtigung des zum Teil einsetzenden Rückgangs mancher Produkte immer noch im Durchschnitt mindestens ca. 60—70% über dem Jahre 1938.

Eines der Hauptmomente der Verteuerung der Betriebe ist aber zweifellos, daß gerade in der allerletzten Zeit durch das rapide Aufholungsbedürfnis in der medizinischen Wissenschaft sich die Ausgabeposten enorm gesteigert haben. Das ca. 12—15jährige Abgeschlossensein vom Ausland — denn wir kommen ja erst allmählich mit der medizinischen Wissenschaft des Auslandes in Fühlung und leider noch nicht genügend auf internationalen Kongressen — brachte eine furchtbare Entwicklungslücke in die deutsche medizinische Wissenschaft. Dazu wurden während der Zeit des 3. Reiches fast alle Gelder für die Aufrüstung verwendet, die medizinischen Etats, wo es nur irgendwie möglich war, gekürzt, und nun soll all das nachgeholt werden; das kostet Geld, sehr viel Geld. Das, was zu diesem Teuerungsausgleich allein hätte führen können — eine adäquate Angliederung der Verpflegssätze, insbesondere der Kassenverpflegssätze, ist leider ausgeblieben. Daß da die armseligen 15—20%, die wir jetzt als Zulage bekommen haben, nicht genügen, davon weiß jedes Krankenhaus ein trauriges Lied zu singen. Während in Vorkriegszeiten ein gewisser Ausgleich dadurch war, daß ein relativ hoher Prozentsatz der Patienten Selbstzahler waren, trat auch hier eine schmerzliche Wandlung ein, weil die Zahl der Selbstzahler inklusive der in Privatkrankenkassen Versicherten auf 10 bis allerhöchsten 15% infolge der allgemeinen Not zurückgegangen ist.

Nun gehen die Krankenkassen bereits darauf aus, den Selbstzahlerkreis noch weiter einzuengen und damit den Krankenhäusern die letzte stille Reserve zu nehmen. Dagegen muß mit allen Mitteln Stellung genommen werden; nicht etwa bloß von seiten der Ärzteschaft, sondern auch von seiten der Krankenhäuser. Eine Hinaufsetzung der Beitragspflicht bei einem Einkommen von DM 600.— oder gar darüber pro Monat wird bzw. würde nicht bloß der Ärzteschaft, sondern auch den Krankenhäusern den letzten Stoß versetzen. Die wenn auch nicht allzu großen Mehreinnahmen bei den Selbstzahlern ermöglichen ja, das Kasseneinnahmesoll herabzudrücken. Für die Krankenkassen ist es natürlich besser, gerade die höheren Beiträge der besser bezahlenden Kassenmitglieder hereinzubekommen, um damit ihre Leistungsfähigkeit zu steigern. Das geschieht aber einfach dadurch, daß man den Krankenhäusern, der Ärzte- und Zahnärzteschaft das Brot wegnimmt. Das kann doch niemals der Sinn einer sozialen Versicherung sein. Über die Auswirkung eines solchen radikalen Systems liefert uns ja England das herrlichste Beispiel. Das sind Zustände — weiß Gott — alles eher als ideal. Hier muß der Staat, soviel ich höre, pro Jahr etwa 250 Mill. engl. Pfund zuschießen, also auf DM umgerechnet Milliardenbeträge. Immerhin wäre dieser Weg, den die Krankenkassen zu gehen gewillt sind, praktisch eine nicht unwesentliche weitere Schädigung der Krankenhäuser. Es muß schon einmal darauf hingewiesen werden, daß in der ganzen, großen vorliegenden Streitfrage die Krankenkassen allzu sehr, was an sich ja scheinbar für ihren Zweck recht vernünftig aussieht, bloß auf die Erweiterung ihrer finanziellen Einnahmen hinarbeiten, ohne zu berücksichtigen, daß sie die Institutionen (Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte), auf deren Mitwirken sie doch wieder angewiesen sind, immer noch mehr schwächen. Die ganze Ausweitung des Leistungskreises der Krankenkassen geht immer mehr auf Kosten der tatsächlichen Leistungsorganisationen. Die Krankenkasse wird in demselben Maß größer, als sie ihre Mitarbeiter kleiner macht. Das ist unsozial und auf die Dauer ein untragbarer Zustand.

Wie schon eingangs erwähnt, müssen also die Krankenhäuser unbedingt darauf dringen, mit ausgeglichener Rechnung zu arbeiten. Am gerechtesten wäre es zweifellos, wenn, abgesehen von einem gestaffelten allgemeinen Verpflegssatz je nach Bau, Inneneinrichtung und ärztlicher Leistungsfähigkeit, die tatsächlich anfallenden Ausgaben nach ihrem wahren Verbrauchswert vergütet würden. Pauschalsätze, in denen alles inbegriffen ist, können niemals eine effektive, gerechte Realvergütung sein. Es ist eine der unabdingbarsten Forderungen, beim Abschluß künftiger Krankenhaus- und Krankenkassenverträge die Trennung zwischen allgemeinem Verpflegssatz und den Sonderleistungen zu fordern. Im allgemeinen Verpflegssatz soll lediglich Unterbringung, Verköstigung, Beleuchtung, der Verbrauch aller alltäglichen Pflegeutensilien, Wart und Pflege inbegriffen sein. Für eine Reihe größerer kommunaler Anstalten, die in der Lage sind, ihre Ärzte voll mit Pensionsberechtigung zu honorieren, wird auch die ärztliche Behandlung der Krankenkassen in diesem Satz mit inbegriffen sein. Bei allen übrigen Anstalten, also dem Großteil der karitativen Anstalten, aber auch bei den allermeisten kommunalen Krankenhäusern ist das aber aus sehr begreiflichen Gründen nicht der Fall. Hier muß die Möglichkeit einer entsprechenden Vergütung für ärztliche Behandlung gegeben werden. Selbstverständlich muß dieser allgemeine Verpflegssatz in diesen Fällen dann auch entsprechend niedriger sein. Es müssen also alle größeren Anstalten, die den Arzt selbst bezahlen, einen relativ höheren allgemeinen

Verpflegssatz erhalten. — Die bisher erwähnten Ausgaben sind im allgemeinen alle mehr oder minder stabil. Alle übrigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die von der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft abhängen, unterliegen großen Schwankungen. Daher müssen diese Sonderleistungen aber unbedingt nach den tatsächlich anfallenden Kosten vergütet werden, und zwar für alle Krankenanstalten überhaupt. Daß dies durchaus möglich ist, dafür haben wir genügend Beweise. Es gibt eine sehr große Reihe von Krankenanstalten, bei denen das seit Jahrzehnten durchgeführt wird. Die Abrechnung mit den Krankenkassen wickelt sich einwandfrei ab. Es wäre sicherlich am allervernünftigsten und gerechtesten, wenn die Krankenhäuser auch hinsichtlich der ärztlichen Kostenleistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen würden und nicht, wie bisher, über die KVB. Das allein wäre sauber und gerecht. Das allein würde auch eine viel innigere Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ermöglichen.

Der Einwand, der von seiten der Krankenkassen gemacht wird, ist in Kürze folgender: Es wird von den Ärzten noch mehr als bisher, ohne zu fragen, was es kostet, ordiniert. Sehr oft Sachen, die sicherlich nicht absolut notwendig sind. Demgegenüber ist einzuwenden, daß bei einer entsprechenden Kontrolle sogar wesentlich weniger ordiniert wird als bei der Pauschalsatzverrechnung. Der Unterschied ist nur der: daß im ersten Falle die Mehrkosten scheinbar mehr zu Lasten der Krankenkassen, im anderen Falle zu Lasten der Krankenhausträger kommen, die dann aber schließlich einen gewaltig erhöhten Allgemeinsatz doch auch fordern müßten. Ich sähe gerade in einem genau sowohl von den Krankenkassen als vom Krankenhausträger kontrollierten Extravergütungssatz die größere Einschränkungsmöglichkeit. Die Krankenkassen haben beim allgemeinen Pauschalsatz, der schließlich eben doch auch gefordert werden muß, keinen Einblick über den Verbrauch bei allen Nebenleistungen, müßten ihn aber, wie oben schon erwähnt, schließlich doch ebenso bezahlen wie beim getrennten Verhältnis. Ich kann mir nun denken, daß gerade etliche Krankenhausträger hier auch ein Haar in der Suppe finden können, weil die Krankenkassen ein gewisses Mitkontrollrecht hätten. Den Hauptentscheid über die Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit eines angewandten Mittels bzw. einer angewandten Heilmethode wird ja letzten Endes immer von ärztlicher Seite aus getroffen werden müssen. Wenn aber ständige Kontrollen vorliegen und der Arzt bei den Kontrollen selbstverständlich mitbeteiligt sein muß, wird er sich vielleicht doch mehr als bisher bemühen, sich die dringliche Notwendigkeit der Ordination zu überlegen. (Ich verweise hier auf meinen demnächst im „Krankenhausarzt" erscheinenden Artikel „Was muß der Chefarzt von der Verwaltung und Betriebsführung des Krankenhauses wissen?".)

Ein weiterer Einwand, der gemacht werden könnte, ist der einer erhöhten Arbeitsbelastung der Verwaltung. Er wird aber reichlich aufgewogen durch eine Verminderung der tatsächlichen, stets kontrollierbaren Ausgaben.

Ich habe in unserem Krankenhaus folgende Erfahrung gemacht: Wir hatten vor der letzten Verpflegssatzerhöhung teils Verträge mit einem festen Pauschalsatz (ohne ärztliche und Röntgenleistungen) von DM 5.75; von den weitaus größeren Teilen der anderen Krankenkassen bekamen wir nur einen allgemeinen Verpflegssatz von DM 4.20, sämtliche Extraleistungen wurden vergütet. Im letzteren Fall gelang es uns, relativ wesentlich besser durchzukommen, während wir beim erst erwähnten Verrechnungsmodus von DM 5.75 (Gesamtpauschalsatz) wesentlich daraufbezahlt haben. Diese Erfahrungen wird jede in einer gleichen Lage befindliche Anstalt machen. Die Krankenkassen wissen ganz genau, daß ein absoluter Pauschalsatz zu ihrem Nutzen und zum schweren Schaden der Krankenhäuser ist. Bei einer richtigen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, die einmal kommen muß, und zwar um jeden Preis, sehe ich keine Schwierigkeiten bei diesem Verrechnungsmodus. Unser Krankenhaus ist mit den Krankenkassen stets gut zu Rande gekommen. Freilich muß ich zugeben, daß ich sehr streng als der dirigierende Arzt darüber gewacht habe, daß bei Kassenpatienten nicht unnötige Prozeduren gemacht wurden, und nun kann ich mich eines Vorwurfs nicht erwehren, den ich — so herzlich leid es mir tut — manchen meiner Krankenhausarztkollegen nicht ersparen kann: nämlich, daß sie gar nicht daran denken, was die verordneten Dinge eigentlich kosten. Es ist gewiß verständlich, daß der Arzt meint, sein Bestes zu tun, wenn er alles evtl. Mögliche, das aber noch lange nicht durchprobiert ist, bei seinen Patienten versucht. Ich stehe nun gewiß nicht auf dem Standpunkt, einfach auf dem Altgewohnten stehen zu bleiben; das wäre ja absolut töricht, aber ich fordere weitaus mehr Kritik, gerade in einer Zeit, in der es sich um Sein und Nichtsein unserer Krankenhäuser handelt. Die meisten Krankenhäuser befinden sich weder baulich noch betriebsmittelmäßig auf der Höhe. Wenn es sich um die Frage „Leben oder Sterben der Krankenhäuser" handelt, brauchen wir einen scharfen, wirtschaftlich kritischen Verstand. Es geht nicht an, kritiklos teuerste Sachen, die durchaus noch nicht ausprobiert sind, bloß deshalb anzuwenden, weil etwa in der amerikanischen, englischen und ähnlichen Literatur einige günstige Fälle berichtet wurden. Gewiß ist es auch hier Grundsatz, nicht absolut stur zu werten. Es kann wohl ein auf einem Spezialgebiet versierter Arzt, der auch die Gewähr dafür bietet, kritisch zu sein, selbstverständlich in so einem Fall, soweit es die Mittel erlauben, auch hier versuchsweise weitergehen. Aber muß denn jeder Krankenhausarzt jedes neue Mittel sofort verwenden, ohne daß es allgemein ausprobiert ist? Wenn wir ganz ehrlich sind, müssen wir zugeben, daß auch in der Medizin gewisse — wenn Sie wollen — Moden bestehen. Was haben wir nicht alles mit Vitamin- und Hormonpräparaten behandeln wollen? Ist nicht auch ein gewisser kritikloser Abusus, ja geradezu eine Verschwendung mit manchen Sulfonamiden und einer Reihe anderer Mittel gemacht worden, in Fällen, wo sie manchmal bei einer strengen Kritik ziemlich wirkungslos sein mußten? Wobei beileibe nicht gesagt sein soll, diese Mittel nicht anzuwenden.

Wir müssen von manchen Krankenhausärzten schon entschieden mehr Kritik verlangen unter größerer Berücksichtigung einer strengen Indikation und damit doch der Wirtschaftlichkeit. Das gilt nicht etwa bloß für Medikamente, sondern insbesondere für eine Reihe anderer Verordnungen auf hydrotherapeutischem, elektromedizinischem Gebiet etc. In gleicher Weise sind nicht streng indizierte, allzu schablonenhafte Untersuchungen unbedingt zu vermeiden. Auch hierin wird manchmal sehr viel gefehlt. Ich bin selbst der Allerletzte, der nicht für eine gründliche Untersuchung im Krankenhaus eintritt, aber

hier handelt es sich auch nicht um das Daß, sondern um das Wie. In reichen Ländern kann man hier den Kreis begreiflicherweise weiter spannen als bei uns. Es dreht sich ja bei uns um das Sein und Nichtsein der Krankenhäuser.

Nachdem ja allenthalben in Deutschland eine Umstellung auf der ganzen Buch- und Rechnungsführung mehr und mehr von der kameralistischen auf die kaufmännische erfolgt, können wir in sofort greifbarer Form viel eher einen Überblick über die Wirtschaftlichkeit nicht nur des ganzen Krankenhauses, sondern vor allem — was grundlegend wichtig ist — auf allen einzelnen Sparten gewinnen. Dadurch ist uns ermöglicht, da, wo des Guten zuviel geschieht, retardierend einzugreifen. Aber auch das Gegenteil kann der Fall sein. Auch hier kann ich nur durch eine jederzeit mögliche Kontrolle, die — und das ist grundsätzlich — eine fortlaufende sein muß, wirkliche Betriebsverbesserungen erzielen. Was gehört nun in eine Krankenhausrechnung hinein?

1. eine unmittelbare Einnahmen- und Ausgabenberechnung;
2. Abschreibungen;
3. Rückstellungen.

Sinn der Abschreibungen ist die Ergänzungsmöglichkeit alles Abgenützten; angefangen von Gebäuden und allem sonstigen allgemeinen und technischen Material. Rückstellungen müssen dazu dienen, die stets mit der Entwicklung der Wissenschaft auftauchenden tatsächlich notwendigen Einrichtungen zu beschaffen, wobei immer ein wesentliches Augenmerk darauf gerichtet sein muß, ob diese Neuanschaffungen auch wirklich zweckentsprechend sind und in einer ausreichenden, für den Patienten nutzbringenden Weise ausgenützt werden. Weitere Rückstellungen sind selbstverständlich auf mehrere Jahr verteilt notwendig, um die in den letzten 15 Jahren nicht möglichen Ergänzungen allmählich wieder nachschaffen zu können. Ich brauche nicht zu erwähnen, welcher Notstand hierdurch in fast allen Krankenhäusern vorhanden ist. Bloß um ein Beispiel anzuführen: Ich kenne Krankenanstalten, die oft nur 1—1½ Wäschegarnituren haben. In gleicher Weise sind allmählich auch in den letzten 15 Jahren unterlassene Gebäude- und Einrichtungsschäden zu beheben. Und nun kommt noch ein wichtiges Kapitel, das leider auch von den Krankenhausträgern nicht genügend gewürdigt wird: fast jedes Krankenhaus hat innerhalb von etwa 1—2 Jahrzehnten bauliche Ergänzungs- und Erweiterungsbedürfnisse, die auch wieder mit der Entwicklung der Wissenschaft mehr und mehr kommen. Ich erinnere bloß, um ein Beispiel anzuführen: die Möglichkeiten, ja die Notwendigkeiten, schon in mittleren, vor allem aber in größeren Krankenhäusern neue Sonderstationen zu errichten für besondere Spezialgebiete. Hier haben wir nun an sich eine Möglichkeit, daß wir bei der Selbstkostenberechnung (Krankenhausbauten, Platz, innere Einrichtung) von den tatsächlich vorhandenen Krankenhauswerten bis zu 4% pro Jahr abziehen können. Dadurch sind wir einigermaßen in der Lage, diese Kategorie von Neuerstellungen finanzieren zu können; denn wäre das nicht der Fall, so müßten alle diese dringend notwendigen Neuerstellungen nur auf Anleihe gemacht werden, deren Verzinsung und Tilgung das Krankenhaus in einer unmöglichen Weise belasten würde. Schließlich ginge das ja lediglich auf Kosten des täglichen Verpflegssatzes, d. h. zum Nachteil der Kranken.

Ich habe bis jetzt nur immer zu sehr durch die Brille des Krankenhausarztes die ganze Frage betrachtet. Ich versuche nun, meine Nahbrille abzunehmen und durch meine etwas in die Ferne gerichtete Brille in die Krankenkassenverhältnisse hineinzugucken. Ich stehe grundsätzlich auf dem Standpunkt, daß die Zusammenarbeit zwischen den beiden großen Gruppen: hie Krankenhäuser, hie Krankenkassen viel zu wenig innere Fühlung hatten; ja daß oft viel zu viel gegeneinander gekämpft wurde. Die Krankenkassen wissen ganz genau, in welch katastrophaler Lage die Krankenhäuser derzeit sind. Weil sie nun selbst nicht auf Rosen gebettet sind, suchen sie — Beispiele haben wir genug dafür —, den Krankenhäusern abzuzwacken, wo es geht.

Leider kann ich einem Großteil der Krankenhausverwaltungen den Vorwurf nicht ersparen, nämlich, daß sie keine wirkliche, tatsächliche kaufmännische Verrechnung durchgeführt haben, indem sie insbesonders die Abschreibungs- und Rückstellungsfrage entweder ganz oder nur ungenügend berücksichtigt haben. Diese „scheinbar ausgeglichenen Krankenhausrechnungen", ja sogar „Überschüsse" geben den Krankenkassen begreiflicherweise die Waffe des Einwands in die Hand: Ihr Krankenhäuser braucht ja das gar nicht; das Krankenhaus X und Y kommt durch, also müßt ihr auch durchkommen. Daß dieser Rückschluß, in der Form gezogen, unrichtig ist, liegt auf der Hand. Der Fehler liegt aber primär bei den Krankenhausverwaltungen. Leider Gottes besteht bei manchen Krankenhausverwaltungen das Bestreben, unter keinen Umständen ein Defizit aufzuweisen auf Kosten der notwendigen, aber nicht genügend betätigten Abschreibungen bzw. Rückstellungen. Man hat eine Betriebsrechnung aufgestellt und will beweisen, daß dieselbe richtig war. Das ist, genau betrachtet, eine Art Betrug, und zwar eine der schlimmsten und verhängnisvollsten Formen des Selbstbetrugs, der schließlich auf Kosten des Krankenhausträgers selbst wieder geht. Wenn anders nicht der Krankenhausträger sich selbst bereit erklärt, die tatsächlichen Defizite doch zu decken, was aber heute — praktisch gesprochen — keinem Krankenhausträger mehr möglich ist. Eine solche falsche Rechnung muß sich natürlich katastrophal auswirken, wenn wir in die Verhandlungen mit den Kassen treten. Ich kann hier einem Großteil der Krankenhausverwaltungen einen Vorwurf nicht ersparen. Wir haben bisher den Krankenkassen nicht zuviel, sondern im Gegenteil, viel zu wenig verrechnet, und das rächt sich heute bitter. Die Krankenkassenverwaltungsleute sind viel zu kluge Männer, als daß sie die Schwäche der Krankenhäuser nicht ganz genau kennen würden. Sie haben es meisterlich verstanden, daraus ihren Nutzen zu ziehen. Wenn es so weitergeht wie bisher, ist das Ende für unsere Krankenhäuser klar abzusehen.

Es müssen die Krankenhäuser und die Krankenkassen weitaus mehr gegenseitiges Verständnis aufbringen, als das bisher der Fall war. Wir gehören also nicht gegeneinander, sondern wir müssen unbedingt miteinander an den Wagen gespannt werden. Aber nicht so, daß das eine Pferd nach vorwärts und das andere nach rückwärts eingespannt wird. Die beiden müssen nebeneinander, neben oder noch richtiger gesagt: miteinander gehen. Wir haben mit Bedauern erleben müssen, daß gelegentlich der jetzt stattgehabten Verpflegssatzerhöhungsverhandlungen die

Krankenkassen sich nicht gescheut haben, die Gelegenheit zu benützen, für eine große Gruppe von Krankenhäusern den Pauschalsatz zu erzwingen. Sie haben das getan, weil sie wußten — wie ich oben schon erwähnt habe —, daß es zu ihrem Vorteil, aber zu unserem Nachteil ist. So sehr ich die Wahrung eigener Interessen begreife, so darf es doch nicht so weit gehen, daß ich den Partner, auf den ich selbst angewiesen bin, schädige.

Ich bin mir wohl bewußt, daß auch auf der Krankenhausseite durch manche überhöhte Sonderrechnung ab und zu Fehler begangen wurden, doch ist im Verhältnis die Zahl der Beschwerden keine allzu große. Jetzt bereits im Aufbau begriffene Schiedsstellen werden hier sicherlich den rechten Weg finden lassen.

Wenn wir nun daran gehen, unsere ganzen Selbstkosten aufzustellen, und wenn wir auf dem absoluten Verlangen bestehen müssen, mit ausgeglichener Bilanz zu arbeiten, können wir auf Verpflegssätze nicht eingehen, bei denen es nicht nur fraglich, sondern unmöglich erscheint, daß wir mit den derzeitigen Vergütungen, die wir von den Krankenkassen erhalten, auskommen können.

Die große Frage ist freilich die, können die Krankenkassen die tatsächlich anfallenden Unkosten wirklich aus eigenen Mitteln decken? Ich glaube, diese Frage verneinen zu müssen. Die Krankenkassen sind, wenn sie unsere billigen, gerechten Anforderungen decken müssen, finanziell wohl kaum dazu in der Lage.

Ich habe wenig Verständnis dafür, auch vom Arbeitnehmer, der ohnehin nicht auf Rosen gebettet und nach meinem Dafürhalten für den heutigen einfachsten Lebensstandard verschiedentlich nicht genügend bezahlt ist, noch mehr für die Krankenhäuser und damit für die Krankenkassen abzunehmen als bisher. Wir stehen also hüben und drüben vor einem großen Graben, den zu überbrücken ich kaum eine Möglichkeit sehe.

Wenn man von den Krankenhäusern immer genaue Rechnungsführung verlangt, was ich verständlich finden kann, so erscheint es gewiß nicht ungerechtfertigt, diese Forderung auch bei den Krankenkassen aufzustellen. Nun scheint es mir aber nicht allzu wesentlich, mit Einwänden zu kommen über eine vielleicht doch noch zu — wollen wir einmal sagen: — großzügige Betriebsführung der Krankenkassen in personeller und sachlicher Beziehung. Immerhin würde ich es für gerecht empfinden, in gleicher Weise, wie das bei den Krankenhäusern verlangt wird, intensiver als bisher eine Rechnungstellung auch von den Krankenkassen zu fordern.

Eine andere, viel größere Frage ist die: ist nicht der ganze Betreuungskreis der Krankenkassen ein viel zu großer und aufgeblähter geworden, so daß naturgemäß der Kreis der einzelnen Gebiete, für die die Krankenkassen in der Hauptsache zu sorgen hätten, finanziell nicht mehr genügend versorgt werden kann. So wird den Krankenhäusern, Ärzten, Zahnärzten usw. die billigerweise zu fordernde Vergütung niemals zuteil; das geht auf die Dauer nicht.

Es erhebt sich auch eine andere große Frage: ist es zweckmäßig, heute dem Versicherten alle Lasten abzunehmen und ihn gar nicht doch — wenn auch in der bescheidensten Weise mit zur Kostendeckung heranzuziehen. Psychologisch wäre das durchaus richtig. Andere Länder, England, Frankreich, Schweiz, verlangen wenigstens einen kleinen Beitrag — und wenn es auch nur ein paar Prozent sind — vom Arbeitnehmer; wobei selbstverständlich der völlig Mittellose auch von diesen Abgaben befreit werden müßte.

Ich kann aus meiner eigenen Sprechstundentätigkeit nur das eine sagen: jeder Kassenpatient geht wegen der lächerlichsten, kleinsten Beschwerden zum Arzt, was ein Selbstzahler niemals auch nur annähernd in dem gleichen Ausmaß macht. Der Schrei nach Medikamenten ist von seiten der Versicherten ein unendlich viel lauterer als beim Selbstzahler. Die Erfahrungen Englands sprechen eine zu deutliche Sprache. Über dieses Kapitel ließe sich unendlich viel sagen. Wenn also von den Krankenhäusern verlangt wird, in dieser großen Frage nach dem Rechten zu sehen, so erscheint es gewiß nicht unbillig, einmal prinzipiell in dieses Gebiet hineinzuleuchten. Man tue diese Frage nicht mit einer pseudohumanen Geste oder mit einigen in Parteiversammlungen vielleicht wirksamen Schlagworten ab, das ist zu billig. Es wäre m. E. in erster Linie Sache der Krankenkassen selbst sowie aber auch der anderen Gruppen, der Ärzteschaft, Zahnärzte, Krankenhäuser usw., aber auch aller am Kranken selbsttätigen Organe, einer der Gesamtheit verantwortlichen Gesetzgebung die ganzen Fragen noch einmal zur Prüfung zu übergeben. So kommen wir aus den ewigen, lächerlichen, unseligen Streitigkeiten niemals hinaus, wenn nicht bei aller Beschränkung von allen Seiten jeder einzelnen Gruppe die Lebensmöglichkeit gegeben wird. Das läuft also zwelfellos auf eine Umgestaltung der ganzen Krankenversicherungsgestzgebung hinaus. Kommt die nicht, so wird eine grundsätzliche Änderung der derzeitigen Notstände niemals beseitigt. Es geht absolut nicht an, daß, wie bisher das meistens geschehen ist, nur das Machtwort von einer Gruppe, nämlich vom Krankenkassensektor gegeben wird. Da werden immer Keime zu weiteren Streitereien sich rasch weiterentwickeln. Es ist doch in der Demokratie ein selbstverständliches Gebot, daß eine Arbeitsleistung nach Recht und Billigkeit vergütet wird. Jeder Arbeiter ist seines Lohnes wert. Leben und leben lassen.

Es ergibt sich die Frage, was wird denn sein, wenn die Krankenhäuser nicht den tatsächlichen Ersatz bekommen? Sehr einfach: die Leistung geht zurück. Ich möchte kurz darauf zurückkommen, was neulich in einer Sitzung im bayerischen Arbeitsministerium in Anwesenheit der wesentlichen Krankenkassen- und Krankenhausvertreter erwähnt wurde. Ich sagte damals: wenn es so weitergeht, sind in etwa 2—3 Jahren die Krankenhäuser vollständig heruntergewirtschaftet und schließlich bankrott, und zwar besonders alle die, die überhaupt keine Möglichkeit haben, von irgend einer Seite Zuschüsse zu bekommen. Das sind in erster Linie die karitativen und die Privatkrankenanstalten. Diese können von keiner Seite aus irgendwie nennenswerte Zuschüsse bekommen. Darauf erhob sich der Vertreter einer großen Krankenhausgruppe und sagte: Wir sind bereits soweit.

Wenn die Krankenhäuser aber trotzdem noch kümmerlich weitervegetieren wollen, muß die Leistung für den Kranken — wie eben erwähnt — zurückgehen; damit ist jedoch der Hauptzweck des Krankenhauses nicht erfüllt. Dies ist die drohende Tragödie.

Es drängt sich hier die Frage auf: wer hat an dem Erhalten eines guten Krankenhausbetriebes in erster Linie Interesse? 1. Der Kranke selbst, 2. die Krankenkassen,

3. die Allgemeinheit, der Staat. Nun ist es selbstverständlich nicht möglich, daß der Staat diese ganze Differenz einfach darauf bezahlt. Eine ungefähre Rohberechnung der Zuschüsse, die notwendig wären, um bei uns z. B. in Bayern einigermaßen einen Ausgleich zu schaffen, würde mindestens 60 Millionen pro Jahr betragen. Das kann der Staat wohl schwerlich leisten. Wer heute vom Staat fordert, muß auch dessen Leistungsfähigkeit absolut in Betracht ziehen. Dies auszuführen, würde viel zu weit führen. Ich erinnere nur, um ein paar Beispiele anzuführen, an Besatzungskosten, Wohnungsnot, Flüchtlingsnot usw.

Nun gäbe es noch einige, wenn auch kleine Mittel, auf die ich kurz zu sprechen kommen möchte. Ist es nicht möglich, daß der Staat den Krankenhäusern Befreiung von sämtlichen Steuern gibt? Handelt es sich doch durchwegs um gemeinnützige Institute. Wenn auch beispielsweise die Umsatzsteuer keine allzu große Summe ausmacht, so wäre ihre Beseitigung doch eine Hilfe, für die die Krankenhäuser alle außerordentlich dankbar wären; wenigstens in diesen Zeiten der katastrophalen Not. Insbesondere wäre es für die Privatheilanstalten, die sich vielleicht mit in der allergrößten Not befinden, zumal sie vielfach kleinere Häuser sind, von großer Bedeutung, wenn sie vom Lastenausgleich befreit werden könnten; denn auch die Privatkrankenanstalten stellen einen nicht unwesentlichen Faktor in der gesamten Krankenhausbehandlung dar. Für diese Gruppe von Krankenanstalten, ebenso für alle karitativen Krankenanstalten möchte ich ganz besonders eintreten, da deren Not am allergrößten ist.

Eine weitere Möglichkeit wäre es, wenn wir zoll- und steuerfrei Importartikel, wie z. B. Tee, Kaffee, Kakao, fernerhin nur aus dem Ausland beziehbare Medikamente bzw. medizinische Apparate, dann auch Rohstoffe für medizinische Artikel, Baumwolle, Wolle usw., soweit sie für Krankenhauszwecke verwendet werden, bekommen könnten. Man wende nicht ein, daß die Kontrollen nicht möglich wären. Das kann sicherlich gemacht werden.

Als letzte Weisheit kommt dann freilich die Frage: sind die Länder oder der Bund nicht doch in der Lage, wenigstens gewisse Zuschüsse zu geben. Nun bin ich mir wohl im klaren, daß bei einer Zahl von 448 000 Krankenbetten in Westdeutschland ein solcher Zuschuß — wie schon oben erwähnt — ein sehr großer wäre. Wenn wir die Gesamtsumme berechnen, so wären schätzungsweise 300 bis 400 Mill. DM vom Bund oder den Ländern aufzubringen. Das ist natürlich nicht möglich, so daß die anderen angedeuteten Maßnahmen prinzipielle Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes, Steuer- bzw. Zollerlässe wenigstens erreicht werden müssen.

Die sofortige Abschaffung des Preisstops für die Krankenhäuser muß, besonders angesichts der großen Not der Krankenhäuser, unter allen Umständen gefordert werden. Der Preisstop für Krankenhäuser stellt eine ganz einseitige Maßnahme zugunsten der Krankenkassen und zum schweren Nachteil der Krankenhäuser dar.

Ich gebe mich keinen Illusionen hin, möchte aber doch all denen, die hier mitzureden haben, — dies sind die Krankenkassen, die Krankenhaus- und Krankenhausarztverbände und der Staat — anheimgeben, der Lösung dieser Frage näherzutreten, und zwar so rasch als möglich.

Diese Zeilen wollen nichts anderes als die lange unter der Asche schwelende Glut der Not der Krankenhäuser zum Erlöschen zu bringen. Ich gehe aus von dem Gedanken, daß das bei einer vernünftigen kaufmännischen Buchführung sich unweigerlich ergebende Defizit der Krankenhäuser von den Krankenkassen derzeit allein nicht getragen werden kann. Ich glaube, daß heute — wie noch nie — die beiden großen Gruppen, die sich leider oft feindlich gegenüberstanden, hier ein gemeinsames Betätigungsfeld finden müßten. Freilich ist es notwendig, dieser Frage nicht allzusehr vom rein parteipolitischen Standpunkt aus näherzutreten, was sachlich zweifellos nicht nur nicht berechtigt ist, sondern direkt schädlich wäre. Eine weitere Vermassung der Krankenbehandlung, etwa in eine Einheitskasse, kann ich als Arzt — von einer höheren Warte aus gesehen — keinesfalls gutheißen. Die Gefahr, daß der Kranke noch mehr als bisher zu einer Nummer wird, würde sich damit noch vergrößern. Vergessen wir nie, daß als oberstes Ziel uns allen die Behebung der leiblichen und seelischen Not des kranken Menschen gilt. Das ist ein großes und heiliges Gebot!

Warum eine Aktivierung der Kassenärztlichen Vereinigung?

Kurze Übersicht über die bisher üblichen 8 Honorarverteilungsmaßstäbe mit Vorschlägen für einen Rahmenhonorarverteilungsmaßstab Bayern und Schlußwort / Von Dr. Albin Hofmann, Thalmässing

(Fortsetzung aus Nr. 1/2 und 3/50)

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Dr. Dörfler, Weißenburg, bin ich in den Besitz einer Übersicht der bisherigen 8 Honorarverteilungsmaßstäbe Bayerns gekommen, die ich Ihnen nicht vorenthalten möchte.

Diese Übersicht beginnt mit der Auszahlung der Wegegelder, die, außer in München-Stadt, überall nach der gleichen und bekannten Staffelkürzung ausgezahlt werden. — Auch die Nachtkilometer werden, außer München-Stadt, überall gleich mit 0,85 DM pro Nachtkilometer ausbezahlt, nur mit dem Unterschied, daß die Nachtzeit in Schwaben nur von 20 bis 6 Uhr gerechnet wird, im Gegensatz zu den anderen Abrechnungsstellen, die die Nachtzeit bis 8 Uhr rechnen. — Weitere Unterschiede ergeben sich in der Begrenzung von km pro Behandlungsfall, wobei Oberbayern auf 3 km und Oberfranken auf 5 km je Behandlungsfall begrenzen.

Sehr unterschiedlich ist auch die Festsetzung der Höchstsumme an Wegegeldern pro Vierteljahr, die in Oberbayern und Schwaben auf 1200.— und in Mittelfranken auf 1750.— DM konstant festgelegt ist, während sie in Niederbayern und der Ober-

NEU!

Chemotherapeuticum

zur

Madenwurm-Bekämpfung

EGRESSIN

(N-Isoamylcarbaminsäure-3-methyl-6-isoprapylphenylester)

Egressin wirkt spezifisch auf die Oxyuren

Originalpackungen

EGRESSIN für Kinder

Packung mit 6 Tobletten zu 0,9 g DM 1.65 (1.70 m. U.)
(für Kinder unter 12 Johren)

EGRESSIN

Packung mit 12 Tabletten zu 0,9 g DM 2.75 (2.80 m. U.)
(für Erwachsene und ältere Kinder)

Außerdem Anstaltspackungen

Prospekt und Probe auf Anforderung

E. Merck

CHEMISCHE FABRIK • DARMSTADT

E·MERCK·DARMSTADT

I–11

Bei Verstopfung

MBK

Compretten

sind wirtschaftlich und zuverlässig

Daluwal (Laxativum vegetabile)
Extr. Rhei comp., Extr. Aloes, Evonymin, Extr. Cascar. sagrad., Ol Menth. pip. (sacch. obduct.)
Packungen mit 10, 20 und 50 Stück
zu **DM —.40, —.60** und **1.15**

Alainum campasitum
Alain, Extr Cascar. sagrad., Extr. Belladonn. (sacch. abduct.)
Packungen mit 20 u. 50 Stück zu **DM —.85** u. **1.75**

Extractum cascarae sagradae
0,15 und 0,25 g (sacch. obduct.)
Packungen mit 25 Stück zu **DM —.80** und **1.—**
Packungen mit 100 Stück zu **DM 2.25** und **2.90**

Phenalphthaleinum 0,1 g
Packungen mit 20 u. 50 Stück zu **DM —.55** u. **—.95**

Weitere Erzeugnisse bitten wir unserem Gesamtverzeichnis zu entnehmen.

Wir bitten, die Bezeichnung „Compretten" auf Rezepten stets ungekürzt zu schreiben.

E. Merck, Darmstadt
C. F. Baehringer & Saehne G.m.b.H., Mannheim
Knall A.-G., Ludwigshafen a. Rh.

ROCHE

NEU!

AROVIT

Synthetisches Vitamin A
Zur intensiven Vitamin A-Therapie

30 und 200 Dragees zu je 50 000 I. E. =
ca. 17 mg Vitamin A-Acetat

DEUTSCHE HOFFMANN-LA ROCHE AG · GRENZACH · BADEN

Baldrian-Dispert

VALDISPERT

Rein pflanzliches Sedativum

hochkonzentriert
absolut unschädlich
geruch- u. geschmacklos

30 DRAGEES DM 1,15

RHENANIA

PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG DER
KALI-CHEMIE AKTIENGESELLSCHAFT SEHNDE (HANNOVER

pfalz jedes Quartal von der Honorarverteilungskommission bestimmt wird.

Der Anteil der Wegegelder an der Gesamteinnahme der Abrechnungsstellen schwankt in Mittelfranken zwischen 8 und 9% und wird in dieser Höhe von der Honorarkontrollkommission gehalten durch entsprechende individuelle Kürzungen. Denselben Modus finden wir bei der oberpfälzischen und niederbayerischen Abrechnungsstelle.

Schließlich finden wir die sog. Wegeklasseneinteilung in Oberbayern mit 2 Wegegruppen und 90% und 100% Auszahlung, in Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben mit 3 Wegegruppen und 90%, 100% bzw. 120% Auszahlung.

Endlich sei noch auf die Unterwerfung der Wegegelder bei der Ertragskürzung hingewiesen; während in Mittelfranken 50% der Wegegelder der Ertragskürzung unterworfen werden, werden andernorts die Wegegelder der Ertragskürzung überhaupt nicht unterworfen.

Welchen Forderungen muß nun der zukünftige Rahmen-Honorarverteilungsmaßstab gerecht werden bezüglich der Wegegelder?

Er muß der unterschiedlichen Verteilung der Ärzte in Großstädten, Kleinstädten und dem flachen Lande und der unterschiedlichen Besetzung eines Bezirkes mit praktischen und Fachärzten verschiedener Gebiete Rechnung tragen und gerecht werden. Innerhalb dieses beweglichen Rahmens sind folgende Forderungen zu stellen und zu berücksichtigen:

1. Erhöhung des Betrages für den Einzelkilometer von bisher 0,50 bis auf 0,75 DM bei Tag und von 0,85 bis auf 1,25 DM bei Nacht, wobei die Nachtzeit von 20 bzw. 22 Uhr bis 6 bzw. 8 Uhr zu rechnen ist.
2. Beibehaltung der bisherigen Staffelkürzung, nachdem die Gebühren für die Einzelkilometer erhöht sind. — Ohne Erhöhung der Einzelkilometer späterer Beginn der Staffelkürzung.
3. Vierteljährliche Festsetzung des Anteiles der Wegegelder am Gesamtkassenhonorar zwischen 10—14% durch die Honorarkontrollkommissionen der Abrechnungsstellen.
4. Festsetzung einer Höchstsumme an Wegegeldern pro Quartal und Arzt durch die Honorarkontrollkommission in Höhe von 1200.— bis 1750.— DM.
5. Begrenzung der Kilometer pro Behandlungsfall und Quartal auf 3—5 km.
6. Einbeziehung der Wegegelder in die Ertragskürzung. Diese Möglichkeit muß im Rahmen-Honorarverteilungsmaßstab vorgesehen sein, obwohl ich persönlich der Ansicht bin, daß die Wegegelder nicht der Ertragskürzung unterworfen werden sollten, wie dies ja schon bei den allermeisten Abrechnungsstellen der Fall ist.

II. Die 2. große Gruppe in der Übersicht der 8 Honorarverteilungsmaßstäbe Bayerns bilden die sog. Grundleistungen. Hierbei ist es wichtig, zu unterscheiden zwischen den Grundleistungen unter 10.— DM Preugo, die mit dem sog. Fallpauschale abgegolten sind, und den Grundleistungen über 10.— DM Preugo.

Die vor mir liegende Übersicht erwähnt in keinem Falle die Grundleistungen über 10.— DM Preugo bzw. über 15.— DM Adgo. Demnach müßte man annehmen, daß diese Grundleistungen über 10.— DM Preugo bei allen Abrechnungsstellen gleich und voll ausgezahlt werden. Das stimmt nur teilweise, denn, wie ich aus dem genauen Studium der Original-Honorarverteilungsmaßstäbe von Mittelfranken und Oberfranken weiß, enthalten wenigstens diese beiden Maßstäbe einen Passus bezügl. Wegfall des Fallpauschale bei Ausführung großer Sonder- und Sachleistungen. Hier darf ich auf meine früheren Ausführungen verweisen, wobei ich nochmals ganz besonders darauf hinweisen möchte, daß das Fallpausehale in allen Fällen wegzufallen habe, wo große Sonderleistungen und große Sachleistungen ausgeführt wurden. Ein Unterscheidung zwischen überwiesene und eigenen Fällen, bzw. ambulant oder stationär, ist hier nicht am Platze und macht den beabsichtigten Wegfall des Fallpauschale bei großen Sonderleistungen nur unwirksam.

Diese großen Sonderleistungen werden in Mittelfranken, Schwaben, Oberfranken voll ausbezahlt und der Quotenkürzung unterworfen. In München-Stadt, Oberpfalz, Oberbayern, Niederbayern und vermutlich auch in Unterfranken werden diese großen Sonderleistungen über 10.— DM zunächst mit 20% gekürzt und dann der Quotenkürzung unterworfen.

Noch viel unterschiedlicher ist die Bezahlung der sog. Fallpauschalen.

Das Fallpauschale des Praktikers beträgt DM 6.— außer bei der Abrechnungsstelle in Oberbayern und Oberpfalz, wo sie 6.60 DM beträgt. Bei den Fallpauschalen der Fachärzte ergeben sich viel größere Unterschiede zwischen den einzelnen Abrechnungsstellen und im Verhältnis zu dem Fallpauschale des Praktikers.

Das Fallpauschale des Internisten beträgt DM 6.— in Oberfranken, Mittelfranken, 6.50 in Schwaben, 6.60 in Unterfranken, 7.20 in Oberbayern und Oberpfalz.

Das Fallpauschale der Augenärzte beträgt DM 6.— in Oberfranken, Mittelfranken, Schwaben, 6.60 in der Oberpfalz und in Unterfranken und 7.20 in Oberbayern.

Das Fallpauschale der Kinderärzte ist bei allen Abrechnungsstellen die gleiche wie die der Augenärzte.

Die Chirurgen bekommen überall 7.50 DM pro Fall.

Das Fallpauschale der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte beträgt DM 7.— in Oberfranken, Mittelfranken, Schwaben, 7.20 in der Oberpfalz und in Unterfranken und 7.50 in Oberbayern.

Das Fallpauschale der Lungenärzte beträgt DM 6.— in Ober- und Mittelfranken und in Schwaben, 6.60 in der Oberpfalz, 7.80 in Unterfranken und Oberbayern.

Die Nervenärzte bekommen pro Fall DM 7.50 in Ober- und Mittelfranken, Schwaben, Oberpfalz, 7.80 in Unterfranken und Oberbayern.

Für die Röntgenologen ist lediglich in Oberbayern und in Unterfranken ein Fallpauschale von DM 7.80 vorgesehen. Hier müssen wir aber die sehr verschiedene Auszahlung der Röntgenleistungen an und für sich berücksichtigen.

Die Frauenärzte erhalten DM 7.— in Oberfranken, Mittelfranken, Schwaben, 7.50 in der Oberpfalz, 8.10 in Oberbayern und Unterfranken.

Die Orthopäden sind mit DM 6.— in Oberfranken, Schwaben, Mittelfranken, 7.50 in der Oberpfalz und 8.40 in Oberbayern und Unterfranken bezahlt.

Das Fallpauschale der Hautärzte beträgt DM 7.20 in der Oberpfalz, 7.50 in Schwaben, 8.— in Ober- und Mittelfranken und 9.— in Oberbayern.

Das Fallpauschale der Magen-Darmärzte beträgt DM 6.— in Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben, das Fallpauschale der anderen Abrechnungsstellen ist nicht genannt.

Für Urologen findet sich in der vor mir liegenden Übersicht lediglich ein Fallpauschale von DM 7.50 in der Oberpfalz und 8.— in Mittelfranken.

Aus dieser Übersicht ergibt sich die Tatsache, daß die Fallpauschalen für die verschiedenen Fachgebiete am größten schwanken in Oberbayern um DM 2.40 zwischen dem Praktiker mit 6.60 und dem Hautarzt mit 9.— und am geringsten schwanken in der Oberpfalz um nur DM 0.90 zwischen dem Praktiker mit 6.60 und dem Chirurgen, Nervenarzt, Orthopäden, Frauenarzt und Urologen mit 7.50. Die oberpfälzische Abrechnungsstelle hat also die Angleichung der Fallpauschalen am weitesten von allen Abrechnungsstellen durchgeführt. Diese Angleichung ist auf Grund meiner Berechnungen, die ich ja unabhängig von dem oberpfälzischen Vorbild gemacht habe, unbedingt anzustreben und durchzuführen, um die bisherige Benachteiligung der praktischen Ärzte gegenüber den Fachärzten zu beseitigen. Hier geht es nicht um einen Klassenkampf, sondern um die Beseitigung eines unhaltbaren Unrechtes. Wie ich im Heft 2 Seite 36 des Bayerischen Ärzteblattes nachgewiesen habe, betrugen im 4/48 bei der Abrechnungsstelle Nürnberg die Forderungen der prakt. Ärzte an Grundleistungen 63,60% bei einer zahlenmäßigen Beteiligung von 70,52%; die der Fachärzte 36,40% bei einer nur 29,47%igen zahlenmäßigen Beteiligung und bei der oberfränkischen Abrechnungsstelle war ungefähr das gleiche Verhältnis festzustellen. Die Verhältnisse bei den anderen Abrechnungsstellen Bayerns waren und sind mir nicht bekannt und können dort jeweils überprüft werden, wenn sich jemand benachteiligt fühlt. — Wenn die Fachärzte etwa 7% mehr der gesamten Grundleistungen anfordern als ihrer Zahl entspricht, so ist das immerhin eine Summe von über 150 000.— DM pro Vierteljabr. Wenn man dann noch überlegt, daß diese Übersumme sich nur auf 38,40% Fachärzte verteilt und nicht auf 70,52%, so ergibt sich daraus die Tatsache, daß die Fachärzte von dieser Summe doppelt betroffen werden im Vergleich zu den Praktikern. Und daraus resultieren letzten Endes die im Verhältnis viel größeren Forderungen aus Grundleistungen der Fachärzte im Gegensatz zu den Praktikern. — Hätten wir in Mittelfranken die Fallpauschalen der Oberpfalz, dann wäre ich bei meinen Berechnungen wahrscheinlich gar nicht auf diesen Übelstand gekommen. Und schließlich bei aller Anerkennung der fachärztlichen Leistungen, müssen wir auch einen gerechten Lohn für den Praktiker fordern.

Diese Grundleistungen aus dem Fallpauschale werden in Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz noch einer Staffelkürzung unterworfen, die ab 250 Fällen beginnt und deren Staffelung mir leider nicht bekannt ist (Bayernschlüssel). — In Schwaben hat man eine Staffelkürzung ab 800 Fällen, auf die ich nicht näher eingehen möchte und die meiner Ansicht nach viel früher beginnen müßte, es sei denn, daß in Schwaben größere Fallzahlen vorhanden sind als z. B. in Mittelfranken. — Auf die in Mittelfranken versuchten und wieder aufgegebenen Staffelkürzungen der Fallpauschalen einschließlich der großen Sonderleistungen, großen Sachleistungen usw., darf ich auf meine früheren Ausführungen im Heft 1 und 2 des Bayerischen Ärzteblattes verweisen. Meinen Vorschlag einer Staffelkürzung der Grundleistungen entsprechend der Staffelkürzung der Wegegelder finden Sie in Heft 3 S. 60 des Bayerischen Ärzteblattes.

Welchen Forderungen muß nun der zukünftige Rahmenhonorarverteilungsmaßstab Bayern gerecht werden bezügl. der Grundleistungen? Er muß die bisherige Benachteiligung der praktischen Ärzte gegenüber den Fachärzten beseitigen durch Angleichung der Fallpauschalen, Wegfall des Fallpauschale bei großen Sonderleistungen und großen Sachleistungen und durch eine entsprechende bei etwa 250 Fällen beginnende Staffelkürzung der Grundleistungen. Dadurch werden auch die Spitzeneinkommen beseitigt und der Ärzteschaft erhalten. Die oberpfälzische Abrechnungsstelle dürfte meiner Ansicht nach hier beispielgebend sei und was dort möglich ist, muß in den anderen Abrechnungsstellen ebenfalls möglich sein. — Außerdem muß der Rahmenhonorarverteilungsmaßstab Bayern auch noch eine 10 bis 20%ige oder noch höhere Kürzung der großen Sonderleistungen vorsehen. Bei den Abrechnungsstellen, wo diese Kürzung bisher noch nicht durchgeführt wurde, z. B. in Mittelfranken, wäre diese 20%ige Kürzung der großen Sonderleistungen noch durchzuführen. Meiner Ansicht nach ist aber eine 20%ige Kürzung der großen Sonderleistungen noch zu wenig, wenn man die Grundleistungen der Staffelkürzung unterwirft, wie ich sie vorgeschlagen habe und wie sie mit dem Bayernschlüssel ähnlich durchgeführt wird. Aus Gerechtigkeitsgründen ist die gleiche Staffelkürzung der großen Sonderleistungen vorzunehmen, wie sie bei den Wegegeldern bzw. den Grundleistungen aus dem Fallpauschale angewendet wird. Diese Bestimmung muß der Rahmenhonorarverteilungsmaßstab Bayern enthalten. Im übrigen darf ich auf meine Ausführungen in Heft 3 S. 61 verweisen.

III. In der vor mir liegenden Übersicht der 8 Honorarverteilungsmaßstäbe Bayerns findet sich auch eine Aufstellung der sog. Ertragskürzung. — Diese wird in

München-Stadt und Oberbayern nicht durchgeführt, weil dort der sog. Bayernschlüssel der Grundleistungen durchgeführt wird. In Schwaben und Oberfranken beginnt diese Ertragskürzung bereits bei 3000.— DM Bruttoertrag, während sie in Mittelfranken, Niederbayern und Oberpfalz erst bei 4000.— Bruttoertrag beginnt. Dabei beginnt man überall mit 20% Kürzung, während Oberfranken gleich mit 30% kürzt, wobei es ja auch schon bei 3000.— beginnt. Die Ertragskürzung ist also in Oberfranken am stärksten durchgeführt. Dabei ist noch zu erwähnen, daß in Oberfranken auch noch 50% der Wegegelder der Ertragskürzung unterworfen sind, wie wir es nur noch in Mittelfranken und Schwaben finden. — In der Oberpfalz und in Niederbayern sind die Wegegelder der Ertragskürzung nicht unterworfen; ebenso verhält es sich in Unterfranken, Oberbayern und München-Stadt. — Ich wiederhole hier meine Forderung, die Wegegelder ganz allgemein der Ertragskürzung nicht zu unterwerfen, zumindest solange sie nicht wesentlich erhöht sind. Die Ertragskürzung kürzt dann weiter mit 30% + 200.— DM, 40% + 500.— DM und 50% + 900.— DM. Diese Staffelkürzung haben Mittelfranken, Schwaben und Oberfranken gleich, nur mit dem Unterschied, daß Oberfranken bereits ab 3000 DM kürzt und die anderen beiden Abrechnungsstellen ab 4000 DM Bruttoertrag. — In Niederbayern kürzt man ab 4000 DM und zieht bei der 50%igen Kürzung nicht 900.— sondern nur 500.— DM ab. Damit führt Niederbayern die Ertragskürzung am schwächsten durch im Vergleich zu Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben.

Für den Rahmenhonorarverteilungsmaßstab Bayern ist also bezügl. Ertragskürzung zu fordern, die Möglichkeit ab 3000 DM bzw. noch früher zu kürzen, wobei die einzelnen Abrechnungsstellen je nach den Vierteljahreseinkommen stärker oder schwächer kürzen können. Auch hier darf ich auf meine früheren Ausführungen hinweisen.

IV. Am Schlusse der vor mir liegenden Übersicht der 8 Honorarverteilungsmaßstäbe findet sich noch eine Aufstellung über Röntgen und EKG.

In der Oberpfalz und Niederbayern wird kein Röntgenhonorar bezahlt, da es sich um eine Leistung unter 10.— DM handelt. — In Mittelfranken zahlt man 66%. — In Schwaben, Oberbayern und Oberfranken ist dieser Posten mit unbekannt angegeben.

Die Röntgenunkosten werden in der Oberpfalz, Niederbayern, Oberfranken, Oberbayern mit einer 20%igen Kürzung belegt und in Mittelfranken nur mit einer 10%igen Kürzung.

Daraus ergibt sich, daß in Mittelfranken die Röntgenleistungen weitaus am besten bezahlt werden, ein Umstand, der zu Lasten der praktischen Ärzte geht.

Bei den EKGs. wird kein Honorar bezahlt in Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz. — Ein Honorar von 5.— DM zahlt München-Stadt, von 6.— DM Oberfranken und 4.— DM = 33⅓% Mittelfranken.

Die EKG-Unkosten betragen in Oberbayern, Oberfranken, Oberpfalz und Niederbayern 4.— DM und in Mittelfranken 6.— DM.

Demnach ergibt sich, daß ein EKG mit insgesamt 4.— DM in Oberbayern, Oberpfalz und Niederbayern honoriert wird, mit 10.— DM in Oberfranken und mit ca. 8.70 DM in Mittelfranken.

Für einen Rahmenhonorarverteilungsmaßstab Bayern wäre also bezügl. Röntgen und EKG ein Wegfall des Honorars zu fordern und eine Bezahlung der Unkosten mit derselben Staffelkürzung wie die Wegegelder, wobei evtl. eine Erhöhung notwendig sein kann. Bei einer derartigen Bezahlung wäre dann zu fordern, daß die Sachleistungen für Röntgen und EKG der Ertragskürzung nicht zu unterwerfen sind.

Im Heft 3 S. 59 des Bayerischen Ärzteblattes habe ich für einen neuen Rahmen-Honorarverteilungsmaßstab Bayern folgende 3 Grundforderungen aufgestellt:

1. Beseitigung der Spitzeneinkommen zu Gunsten der weniger verdienenden, teils um das Existenzminimum kämpfenden Ärzte.

2. Gleiche Behandlung aller Forderungen, wie Wegegebühren, Fallpauschalen, klinische Leistungen, große Sonderleistungen, große und kleine Sachleistungen, d. h. Anwendung der Staffelkürzung und weiteren Sicherungen der bisherigen Wegegeldberechnung auch bei den anderen Forderungen.

3. Gleichberechtigung der Praktiker mit den Fachärzten, zumindest eine weitgehende Angleichung.

Diese Forderungen habe ich aufgestellt auf Grund von Berechnungen und Überlegungen, die sich an Hand der mittelfränkischen und oberfränkischen Honorarverteilungsmaßstäbe ergeben haben. Nachdem ich nun einen Gesamtüberblick über die Honorarverteilung in ganz Bayern bekommen habe, komme ich zu folgenden Feststellungen:

1. Meine Forderungen sind am wenigsten in Mittelfranken und vielleicht noch in Oberbayern erfüllt. Das mag die Erklärung dafür sein, daß ich in Mittelfranken geradezu zu diesen Berechnungen und Überlegungen veranlaßt wurde.

2. Am weitesten scheint meinen Forderungen schon die Oberpfalz gerecht worden zu sein und wie schon erwähnt, in völliger gegenseitiger Unabhängigkeit.

3. Bezüglich der einzelnen Forderungen bestehen noch sehr große Unterschiede, die bei aller Anerkennung der Verschiedenheiten der Abrechnungsstellen hinsichtlich Verteilung von Stadt- und Landärzten und hinsichtlich der verschiedenen Zusammensetzung zwischen Praktikern und Fachärzten doch noch weitgehendst ausgeglichen werden können, zum Wohle der gesamten Ärzteschaft.

4. Was für eine Abrechnungsstelle billig und möglich ist, muß auch bei der anderen Abrechnungsstelle unter den gleichen Voraussetzungen möglich sein. Dabei sollen durchaus Unterschiede möglich sein, nur dürfen die Unterschiede nicht größer sein, als ihrer Grundlage entspricht.

5. Die Änderungen in der Honorarverteilung werden jeweils von den Honorarkontrollkommissionen der einzelnen

Abrechnungsstellen durchgeführt und hier komme ich auf die grundsätzliche Frage:

Wie ist eine Honorarverteilungsänderung möglich?

Nach diesem Wie wurde ich auch schon öfters durch Briefe von Kollegen gefragt, und hier möchte ich nun die Antwort darauf geben.

Die Honorarverteilung innerhalb einer Bezirksstelle wird keinesfalls von der Landesstelle vorgeschrieben und auch ein aufzustellender Rahmen-Honorarverteilungsstab Bayern berücksichtigt bezirkliche Eigenheiten, wie Herr Kollege Dr. Landauer, der Leiter der Landesstelle Bayern, im Schlußwort zu seinen Ausführungen im Heft 2 S. 38 ausdrücklich betont hat und auf dem letzten Bayerischen Ärztetag in Erlangen im August vorigen Jahres auch mündlich ausgeführt hat. Die Honorarverteilung innerhalb einer Bezirksstelle ist also ureigenste Angelegenheit der Bezirksstelle und in dem neuen Satzungsentwurf zur KVB ist diese Absicht auch im § 15 Ziff. 5a festgelegt mit folgenden Worten: „den Bezirksstellen obliegt ferner: ... d) die Honorarverteilung.

Wie ist aber nun eine Änderung der Honorarverteilung innerhalb einer Bezirksstelle auf Grund dieses Satzungsentwurfes möglich? Ich darf es gleich vorwegnehmen: nur auf Grund eines Beschlusses der Honorarkontrollkommission bzw. der Vorstandschaft einer Bezirksstelle. Dieser Satzungsentwurf erwähnt nämlich mit keinem Wort oder einem seiner 20 Paragraphen die Mitgliederversammlung. — Eine Beschlußfassung einer Vollversammlung der Mitglieder ist in diesem Satzungsentwurf nicht vorgesehen. Ebenso ist die Möglichkeit nicht vorgesehen, daß durch eine gewisse Anzahl von Mitgliedern bzw. Vertrauensmännern eine derartige beschlußfähige Vollversammlung aller Mitglieder einer Bezirksstelle einberufen werden könnte. Im § 16 dieses Satzungsentwurfes ist nur vorgesehen eine Versammlung aller Mitglieder einer Bezirksstelle pro Jahr, und diese lediglich zur Unterrichtung und nach Belieben des Bezirksstellenvorstandes. Ich zitiere diesen § wörtlich: „die Vorstände der Bezirksstellen sollen jährlich einmal in Versammlungen die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder unmittelbar unterrichten."

Ziffer 2 des § 16 lautet: „Die Vertrauensmänner der Bezirksstelle halten die Verbindung zwischen den Mitgliedern und den Organen der KVB aufrecht. Sie haben ihre Mitglieder in geeigneter Form über die Vorgänge innerhalb der KVB zu unterrichten. Notwendige Lehrgänge sind von den Bezirksstellen durchzuführen."

Eine Änderung der Honorarverteilung einer Bezirksstelle ist bei dem momentanen Stand der Satzung also nur möglich, wenn die Honorarkontrollkommission dazu bereit ist, und diese Änderung evtl. von der Vorstandschaft genehmigt wird. Wenn man sich streng an den Satzungsentwurf hält, ist aber nicht einmal eine Genehmigung durch die Vorstandschaft nötig und kann auch nicht durch diese veranlaßt werden; denn die Honorarkontrollkommissionen sind vollständig selbständig wie z. B. auch die Zulassungsausschüsse. Dies ist im § 10 des Satzungsentwurfes festgelegt: die Organe der KVB sind: die Vertrauensmännerversammlung innerhalb der Bezirksstelle, — der Vorstand der Bezirksstelle, — die Vertreterversammlung und der Landesvorstand.

Den von diesen Organen berufenen Ausschüssen können zur Durchführung ihrer Aufgaben Befugnisse und Vollmachten, wie sie den Organen selbst zustehen, übertragen werden. Die Amtsdauer der gewählten Organe beträgt 4 Jahre."

Die Mitgliederversammlung einer Bezirksstelle mit über 98% aller Ärzte hat also lediglich die Vertrauensmänner zu wählen, die ihrerseits wiederum die Ausschüsse, in unserem Falle die Honorarkontrollkommission, wählen. — Ein direkter Einfluß auf die Wahl der Honorarkontrollkommission und die spätere Tätigkeit dieses Ausschusses ist durch die Mitgliederversammlung, also nach dem Satzungsentwurf nicht mehr möglich.

Für den momentanen Zeitpunkt ergibt sich für die Ärzteschaft nur die Möglichkeit, Anregungen über die Vorstandschaft oder an die Honorarverteilungskommission direkt heranzutragen, wobei es dieser anheimgestellt ist, auf die Anregungen und Vorschläge einzugehen oder nicht.

Für die Zukunft ergibt sich aus diesem Umstand die dringende Forderung einer aktiveren Mitarbeit innerhalb der KVB, um einerseits die richtigen Vertrauensmänner und Vorstände zu wählen, die Interessenvertreter sein müssen und nicht nur repräsentative Vertreter. Auch auf die Wahl der Vorstände einer Bezirksstelle muß die Mitgliederversammlung noch einen direkten Einfluß haben und auf die Wahl der Unterausschüsse. Die bisherigen Wahlmethoden haben eine zu geringe Breite und sind die gleichen, wie in der kleinen und großen Politik mit der entsprechenden Verwaltungsdiktatur, ohne die genügende aktive Mitarbeitsmöglichkeit der Mitglieder. Der Satzungsentwurf muß dahin abgeändert werden, daß eine breitere Mitarbeit aller Arztkollegen möglich ist, und ich hoffe, daß diesen Forderungen auf der nächsten Vertreterversammlung in München, auf welcher über die Satzung der KVB abgestimmt wird, Rechnung getragen wird.

So ist es, auf Grund der momentanen Satzung, auch unmöglich, konkrete Beschlüsse bezüglich einer Erhöhung des Kassenhonorars durch die Kassen, durch Vollversammlungen der Mitglieder zu fassen und sie als Verhandlungsbasis an die Landesstellen mit den Kassen heranzutragen. Es können eben immer nur Anregungen und Vorschläge sein, nicht aber für die Vorstandschaft bzw. Landesstellen bindende Beschlüsse und Forderungen. Ich hoffe, daß hier Abhilfe geschafft werden kann und wird.

Und damit komme ich zum Schlusse meiner heutigen Ausführungen. Aus rein ideellen Gründen habe ich mich mit dem Problem der Verteilung des Kassenhonorars beschäftigt und entsprechende Berechnungen angestellt und Verbesserungsvorschläge gebracht. Politische oder taktische Gründe einer Opposition sind für mein Handeln nicht maßgebend gewesen. Ursprünglich ging ich davon aus, die Spitzeneinkommen aus Kassenhonorar wenlger

verdienenden Arztkollegen zukommenzulassen. Bei diesen Berechnungen kam ich dann auf die Benachteiligung der praktischen Ärzte gegenüber den Fachärzten, die in Mittelfranken größer zu sein scheint wie bei anderen Abrechnungsstellen, wie ich in dieser Arbeit nachgewiesen habe. Für die Beseitigung dieser Benachteiligung werde ich unbeirrt von unbegründeten Vorwürfen weiterhin bei jeder Gelegenheit eintreten, zumal hier andere Abrechnungsstellen bereits beispielgebend vorangegangen sind. Dies mag auch Herr Kollege Dr. Edelmann bedenken, der entweder meine Ausführungen nicht vollständig gelesen und begriffen hat, oder der nur aus der bangen Sorge heraus, sein Kasseneinkommen könnte ihm in Zukunft zugunsten der um ihr Existenzminimum kämpfenden Arztkollegen verkleinert werden, mir den unerhörten Vorwurf eines Klassenkampfes macht und einer beabsichtigten Spaltung der Ärzteschaft. Aus meinen heutigen Ausführungen wird Herr Kollege Dr. Edelmann ja entnehmen, daß z.B. die Angleichung des Fallpauschales und damit eine Erniedrigung seines Fallpauschales als Hautarzt in der Oberpfalz schon rauhe Wirklichkeit geworden ist. Dort beträgt das Fallpauschale des Hautarztes nur mehr 7.20 DM im Gegensatz zu seinem bisherigen Fallpauschale von 8.— DM in Oberfranken. Andererseits ist in der Oberpfalz der Unterschied des Fallpauschale des Hautarztes nur um 0.60 DM höher als das Fallpauschale des praktischen Arztes mit 6.60, während Herr Kollege Edelmann in Oberfranken das Fallpauschale des Praktikers mit 2.— DM überragt.

Andererseits sind mir so viele zustimmende Zuschriften zugegangen, daß ich sie nicht einzeln beantworten kann und hoffe, mit meinen heutigen Ausführungen die gewünschten Fragen ebenfalls beantwortet zu haben. Ich möchte nicht versäumen, Herrn Kollegen Dr. Landauer für sein Schlußwort zu meinen Ausführungen im Heft 2 S. 38/39 recht herzlich zu danken sowie den vielen anderen Kollegen für ihre Anregungen und Zustimmungen.

In der Hoffnung, daß meine Anregungen nicht böswillig mißverstanden werden und auf fruchtbaren Boden fallen, zum Wohle der gesamten Ärzteschaft in fester Geschlossenheit und Einigkeit, schließe ich meine Betrachtungen zur Verteilung des Kassenhonorars.

Zu obigen Thema sind uns nachstehende Erwiderungen zugegangen:

1. Dr. W. Schlegel, Augenarzt in Fürth i. B., Nürnberger Straße 2:

Betreff: „Warum eine Aktivierung der Kassenärztlichen Vereinigung?"

Wenn ich im folgenden zu der Artikelserie des Herrn Dr. Hofmann, Thalmässing, Stellung nehme, so möchte ich vorausschicken, daß ich keineswegs zu den zitierten Beziehern von „Spitzeneinkommen" gehöre. Dennoch scheint es mir notwendig, mich zu der von Dr. H. vertretenen Ideologie zu äußern. Anerkennenswert erscheint es mir, daß Kollege H. seine Absichten nicht verschleiert, sondern offen zugibt, daß er den Kollegen, die mehr Arbeit leisten, wieder ihr sauerverdientes Arbeitsentgeld wegnehmen will, um für sich mehr zu bekommen. Ich will nur die mir am wesentlichsten erscheinenden Punkte berühren.

1. Die zur Zeit ungünstigen Steuersätze als Grund anzuführen, einem Arbeiter seinen Arbeitslohn nicht auszubezahlen, ist wohl einzigartig.

2. Herr Dr. H. hat bei seinen Bemühungen, sein Einkommen zu vergrößern, ganz übersehen, daß Kollegen mit größerer Fallzahl im allgemeinen auch wesentlich höhere Praxisunkosten haben. Daß außer seinen Benzinkosten auch die übrigen Unkosten gestiegen sind, vergißt er offenbar ebenso, wie die Tatsache, daß Stadtärzte für ihre Kilometer überhaupt keine Entschädigung bekommen.

3. Warum bei Sonderleistungen der Fall selbst nicht bezahlt werden soll ist, wenn man die Dinge nicht durch die persönliche Brille des Herrn Kollegen H. betrachtet, unerklärlich. Als Beispiel: Ein Patient mit operationsreifem grauen Star kommt in meine Sprechstunde. Ich untersuche beide Augen eingehend, mache einen Bindehautabstrich, entnehme Bindehautsekret zu einer bakteriologischen Untersuchung und sende dieses ein, spüle die Tränenkanäle, messe den Blutdruck, untersuche den Urin, führe die zur Operation nötige Vorbehandlung durch. Dann kommt der Patient ins Krankenhaus, ich operiere ihn dort und besuche ihn dann dort 14 Tage lang mindestens einmal täglich. Nach der Entlassung kommt der Patient wieder in meine Sprechstunde zur Nachbehandlung, zu mehreren Sehschärfenbestimmungen und schließlich zur Starbrillenverordnung. Da bringt es Herr Dr. H. fertig, zu sagen, es wäre ungerechtfertigt, den Schein neben der Sonderleistung zu vergüten — nur deshalb, weil er selbst offenbar nicht in der Lage ist, zu operieren.

4. Alle von Herrn Dr. H. gemachten Vorschläge zielen nur dahin, sein persönliches Einkommen auf Kosten eines großen Teiles seiner übrigen Kollegen zu erhöhen und bei geringster Arbeitsleistung ein möglichst hohes Entgeld zu bekommen. Dr. H. vergißt auch, daß die meisten Stadtärzte fast nur von Kasseneinnahmen leben, er jedoch, in ländlicher Umgebung, wesentliche Einnahmen von privater Seite genießt.

5. Ein derartiger Standpunkt ist mit der üblichen Moral nicht zu vereinen. Moralisch ist eine Kürzung der Fallzahl nach erst zu rechtfertigen von einer Zahl an, von der ab man annehmen muß, daß ein Arzt, auch bei guten Fähigkeiten und großer Arbeitskraft, eine genügende Versorgung der Patienten nicht mehr durchführen kann. Es scheint nicht glaubhaft, daß der erste Vors. der KVB, Herr Kollege Dr. Landauer, eine derartige Einstellung billigt, wie Herr Dr. H. behauptet, und es wäre begrüßenswert, wenn Herr Kollege Dr. Landaueur durch eine Erklärung dies zum Ausdruck bringen würde.

6. Es wäre einfacher gewesen und käme im Ergebnis wohl auf dasselbe hinaus, wenn Herr Kollege H. gleich für alle Ärzte gleiches Gehalt gefordert hätte, dann allerdings auch gleiche Arbeitszeit und Übernahme der Praxisunkosten durch eine einzurichtende Organisation.

Noch zweckmäßiger allerdings wäre gewesen, wenn Herr Kollege H. seine Zeit dazu verwendet hätte, eine Möglichkeit für eine Vermehrung der Einnahmen der KVB zu finden, denn dies ist der einzige Weg, aus dem heutigen Dilemma herauszukommen.

2. Dr. Bertram Weihermüller, prakt. Arzt in Kulmbach, Luitpoldstr. 4:

Es ist immer erfreulich, wenn verantwortungsbewußte Männer positive und durchaus reallsierbare Vorschläge

Zwei Jubilare

Dr. Alfred Kallenberger zum 75. Geburtstag

Dr. Alfred Kallenberger konnte am 2. Mai 1950 seinen 75. Geburtstag in voller Rüstigkeit und Frische begehen. In Stuttgart geboren, widmete er sich in den Jahren 1893 bis 1898 dem Studium der Medizin in Berlin und in München. Er promovierte im Jahre 1897 und legte 1898 das medizinische Staatsexamen ab. Die Jahre 1898—1903 verbrachte er als Militärarzt. Er nahm von 1900—1902 an der China-Expedition teil. Darauf bildete er sich bei Prof. Schlösser zum Augenarzt aus und ließ sich als solcher 1906 in München nieder. Von 1914—1917 stand er als Arzt im Felde. In den Jahren 1919/20 war er Mitglied des Vorstandes des Münchener Vereins für freie Arztwahl und 1921 übernahm er die Stelle eines geschäftsführenden Arztes bei dieser Vereinigung. Als solcher war er Mitglied des Zulassungsausschusses, des Schiedsamts, später des Landesschiedsamtes und des Landesausschusses für Krankenkassen und Ärzte. Im Jahre 1938 trat er in den Ruhestand.

Vom Bayerischen Staatsministeriums des Innern wurde Dr. Kallenberger im September 1945 mit dem Wiederaufbau der Bayerischen Landesärztekammer beauftragt. Seine Auffassung von den Erfordernissen einer den Bedingungen echten Arzttums gerecht werdenden Ordnung des ärztlichen Standeslebens hatte ihn veranlaßt, an Stelle der Reichsärzteordnung eine gesetzliche Regelung in Vorschlag zu bringen, die in allen wesentlichen Punkten der im Bayerischen Ärztegesetz vom Jahr 1927 zum Ausdruck gebrachten entsprach. Das dementsprechende, vom 25. 5. 46 durch den damaligen bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Högner erlassene neue bayerische Ärztegesetz erregte Unwillen in Kreisen von Ärzten, die erst zur Kriegs- oder Nachkriegszeit nach Bayern gelangten, da diese nunmehr zur Niederlassung einer besonderen Genehmigung bedurften. Mit gewerkschaftlich eingestellten Helfern erzielten solche Ärzte ein Vorgehen der amerikanischen Militärregierung gegen Dr. Kallenberger, das zwar dessen Rücktritt veranlaßte, aber keinen Anlaß zu Zweifeln an der vollen Ehrenhaftigkeit seines Verhaltens gab.

Die bayerische Ärzteschaft bringt ihrem hochverehrten Kollegen Dr. Alfred Kallenberger zu seinem 75. Geburtstag die herzlichsten Glückwünsche dar. Mit größtem Bedauern gedenkt sie der unseligen Begebnisse, die Anlaß zum Abbruch seiner bewährten Tätigkeit im Interesse des ärztlichen Standeslebens gaben. Sie spricht ihm ihren aufrichtigsten Dank für seine zielbewußte, aufopfernde, verdienstvolle Mühewaltung aus. Sie kann es ihm nachfühlen, wenn er in einem Brief letzthin an den Unterzeichneten sagt: „Ich bin lange genug als Akteur auf der Bühne gestanden und glaube ein Recht zu haben, nunmehr aus dem Parkett heraus zuzuschauen." Sie hofft, daß der weitere Ablauf des Spieles ihm die Überzeugung und Genugtuung gibt, daß auch seine eigenen Anstrengungen und Opfer nicht vergebens waren.

Dr. Julius Spanier zum 70. Geburtstag

Am 18. April 1950 vollendete Dr. Julius Spanier das 70. Lebensjahr. Geboren in München, besuchte er das Luitpold-Gymnasium und anschließend die Universität München. Im Jahre 1904 legte er das medizinische Staatsexamen ab und promovierte im gleichen Jahr. Von 1905—1907 widmete er sich dem kinderärztlichen Fachstudium an der Klinik von Prof. Neumann in Berlin und der größten Säuglingsfürsorgestelle Deutschlands (Schmidt-Gallisch-Stiftung). Im Jahre 1907 ließ er sich in München nieder und wirkte hier bei der Gründung und dem Ausbau der Münchener Säuglingsfürsorge mit. Er war Obmann der Fürsorgeärzte und seit dem Jahr 1919 auch Schularzt im Nebenamt. Als Gründungsmitglied der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde war er während dreier Jahre deren 1. Vorsitzender.

Der Einbruch der nationalsozialistischen Herrschaft beraubte Dr. Spanier der Möglichkeit, sich weiter in der bewährten Weise zu betätigen. Es wurde ihm die ärztliche Approbation entzogen und man unterwarf ihn auch allen sonstigen, damals üblichen entehrenden Maßnahmen. Im Juni 1942 wurde er nach Theresienstadt evakuiert und war dort als Arzt tätig. Eine Fleckfiebererkrankung überstand er trotz seines schon vorgerückten Alters wohl nur auf Grund einer vorausgegangenen Schutzimpfung.

Nach München zurückgekehrt, übernahm er auf Ersuchen der Münchener Ärzteschaft die kommissarische Leitung des Ärztlichen Bezirksvereins und die damit verbundene der Kassenärztlichen Vereinigung. Am 1. Januar 1947 trat er von diesen Ämtern zurück. Er widmet sich seitdem ausschließlich der bereits im Jahre 1946 übernommenen Tätigkeit als Chefarzt im Säuglingskrankenhaus München an der Lachnerstraße. Bei der Gründung des Bayerischen Senats wurde er als Vertreter der israelitischen Kultusgemeinde in diesen berufen und gehört ihm seitdem an. Diese Tätigkeiten füllen im Verein mit Verpflichtungen aus anderen Ehrenämtern die Tage Dr. Spaniers in vollstem Umfange aus.

Die Münchener und mit ihr die bayerische Ärzteschaft begrüßen Dr. Spanier zu seinem 70. Geburtstage aufs herzlichste und vereinen damit ihre besten Wünsche für ein weiteres erfolgreiches Wirken ihres verehrten Kollegen. Sie freuen sich, ihn trotz der schrecklichen Jahre, die er bei schon vorgerücktem Alter durchleben mußte, noch rüstig und arbeitsfreudig zu den Ihren zählen zu können. Sie schätzen ihn hoch als einen ehrenhaften Arzt alten Schlages und stets hilfsbereiten Kollegen. Sie danken ihm für seine bewährten Bemühungen um die Interessen des Ärztestandes und um dessen Wiederaufstieg.

Dr. Karl Weller

---

zur Hebung des ärztlichen Gemeinwohls der Öffentlichkeit unterbreiten. Das ewige Jammern über die Not der Ärzte im allgemeinen hat auf die Dauer keinen Zweck, wenn man von der psychotherapeutischen abreagierenden Wirkung absieht. Konkrete Vorschläge müssen an die Stelle von klagenden Protesten treten.

Herr Kollege Dr. Hoffmann hat sich der großen Mühe unterzogen, auf Grund exakter Studien des einschlägigen Zahlenmaterials einen Honorarverteilungsvorschlag auszuarbeiten. Die dankbare Zustimmung der Masse der Ärzteschaft ist ihm dafür sicher.

Trotzdem ist es nicht erstaunlich, daß auch andere Ansichten existieren, z. B. die des Kollegen Dr. Edelmann, welche die Absichten der Vorschläge von Kollegen Hofmann völlig ignorieren. Wer primär und ausschließlich nur sein Eigenwohl im Auge hat, kommt leicht zu einer ablehnenden Einstellung. Natürlich kann und soll jeder auch seine eigenen Interessen vertreten. Aber dafür muß es eine Grenze geben. Man soll nicht soweit gehen, die Selbstdurchsetzung zum obersten Prinzip zu machen. Überlassen wir dieses Prinzip anderen Erwerbszweigen. Es ist wahr, wir sind zu viele. Aber das ist kein Grund

dafür, uns gegenseitig in erbarmungslosem Konkurrenzkampf zu jagen.

Da sitzt irgendwo in einem Nest der alte Praktiker, dem nur noch ein Bruchteil seiner einstigen Praxis verblieben ist, der Flüchtlingsarzt, der junge Anfänger, abgedrängt auf kümmerliche Stellen, sie alle werden eine Beute des rigorosen Existenzkampfes. Sollen sie von der Fürsorge leben oder abwandern und einen anderen Beruf ergreifen, wie es einmal aus allerhöchstem, wenn auch nicht berufenem Munde zu hören war?!

Nein, so geht das nicht! Der Stand darf nicht zerfallen in Besitzende und Habenichtse, es darf kein Klassenhaß entstehen zwischen dem Gutverdiener und dem in Armut Abgesunkenen, der dann leicht eine Beute von falschen Propheten wird, die ihm versprechen, ihn ins Ärzteparadies zu führen. Sozialer Ausgleich ist ein Gebot der Vernunft. Was der eine dem Finanzamt hinträgt, fehlt dem anderen, um die Miete und den Schuhmacher zu bezahlen. Hier muß ein Honorarverteilungsausgleich die Extreme mildern, der dem einen hilft, seine Steuerabgaben niedriger zu halten und ihm die rücksichtslose Jagd nach dem Kassenschein etwas versauert, und den anderen vor dem Verhungern bewahrt. Die Uneinigkeit, die heute unseren Stand in alle möglichen Lager aufzuspalten droht, hat ihre eigentliche Wurzel weniger in ideologischen Gegensätzen, sondern vielmehr in höchst realen, wirtschaftlichen Dingen, die allerdings häufig mit einer Idee getarnt sind. Die wirksamste Maßnahme, die Geschlossenheit der Ärzteschaft zu garantieren, ist eine Überbrückung der kommerziellen Gegensätze mittels eines gerechten Honorarverteilungsmaßstabes. Seine Devise laute: „Gemeinwohl vor Eigeninteresse", aber nicht „Freie Bahn dem Kassenlöwen"!

Man kann daher selbst bei objektivster Einstellung in den Ausführungen von Kollegen Dr. Edelmann nichts anderes erblicken, als den Beweis zu einseitiger und subjektiv-ichbetonter Reaktion. Selbst wenn er begründete Gegenargumente bezüglich der Fallpauschalierung seines Fachgebietes besitzen sollte, hätte ihn das nicht dazu verführen sollen, das Problem der Sanierung eines Fünftels der Kassenärzteschaft aus der Krähwinkelperspektive seines Spezialgebietes zu sehen.

Statistische Unterlagen zeigen, daß unter den praktischen Ärzten die Not am größten ist. Sie stellen das Gros derer, die unter dem Existenzminimum liegen. Mit einem fachärztlichen Achselzucken und der Bemerkung: „Hätten sie was Gescheites gelernt!" ist hier wenig gedient, höchstens der Beweis erbracht, wie sehr die Selbstüberschätzung der technisch Spezialisierten auch in unserer Wissenschaft schon an Boden gewonnen hat. Der praktische Arzt muß demgegenüber nachdrücklich die Forderung auf Gleichstellung bezüglich der Grundpauschalierung erheben. Seine höheren Praxisunkosten durch Fahrzeughaltung machen dies notwendig. Von der physischen Belastung durch die Besuchspraxis ganz zu schweigen.

Folgen wir also den Vorschlägen des Kollegen Dr. Hofmann und machen wir sie zu unserer gemeinsamen Sache. Eine wirksame und durchgreifende Reform der Honorarbildung sollte umgehend in Angriff genommen und durch Vollversammlungen der einzelnen Kreisverbände durchberaten und genehmigt werden. Der Erfolg wird sein eine Befriedung aller derjenigen, die die Not schon zu Gegnern des eigenen Standes und seiner Führung gemacht hat, und wir werden geschlossen in die kommende Phase des schweren Kampfes um die wirtschaftlichen Belange unseres Berufes eintreten.

Wie schätzt das Finanzamt Ihr Einkommen?

Von Dr. Markmiller

Wer keine ordnungsmäßige Buchführung hat, dessen Einkommen wird geschätzt. Aber auch dann, wenn die formellen Voraussetzungen erfüllt sind, vergleicht das Finanzamt nach gewissen Erfahrungssätzen, ob das angegebene Einkommen überhaupt stimmen kann. Dabei entstehen heute allerdings gewisse Schwierigkeiten, denn die letzten amtlichen Erfahrungssätze stammen aus der RM-Zeit und können selbstverständlich nicht kritiklos auf die jetzigen Verhältnisse übertragen werden. Man ist aber zunächst noch auf diese Sätze angewiesen; neue Steuerabschnitte konnten statistisch noch nicht ausgewertet werden. Die alten Sätze sind jedenfalls sehr interessant und haben noch einen gewissen Wert.

Dem Steuerpflichtigen muß also daran gelegen sein, alles was von der Norm abweicht, dem Finanzamt zu schildern. Jeder Jahressteuererklärung soll also eine Erläuterung beigefügt werden, aus der die Gründe der auffälligen Erscheinungen hervorgehen. Auffällig ist dem Finanzamt alles, was zu einer Minderung des üblichen Einkommens geführt hat, also z. B. Krankheit, Wiederbeschaffungskosten, Ausbildungskosten, Raumbeschaffungskosten, Überwiegen der Krankenkassenpraxis, schlechte Lage, Konkurrenz, Feuerschaden, Diebstahl usw. Einer der wichtigsten Gesichtspunkte besteht darin, nachzuprüfen, ob der Überschuß der Einnahmen über die Ausgaben überhaupt ausreichend sein konnte, um den Lebensunterhalt zu bestreiten. Es kommt auch öfter vor als man glaubt, daß ein Steuerzahler in seinem Drang, Ausgaben nachzuweisen, dann mehr Ausgaben meldet als Einnahmen — womit zwangsläufig die Heranziehung im Schätzungswege folgt. Auf Grund solcher offensichtlich falscher Angaben kann der Steuerpflichtige auch bestraft werden. Im übrigen soll der für den Verbrauch, d. h. für die Lebenshaltungskosten zur Verfügung stehende Betrag gewissenhaft mit dem wirklichen Aufwand verglichen werden, damit nicht von seiten des Arztes Behauptungen aufgestellt werden, die selbst einer oberflächlichen Nachprüfung nicht standhalten. Wenn die Einnahmen zur Bestreitung der Ausgaben wirklich nicht ausreichend waren, so muß erklärt werden, woher die Mittel für den Lebensunterhalt stammten (z. B. aus alten RM-Guthaben, aus Verkauf von Sachwerten, aus Unterstützungen von Verwandten, Versicherungssummen, Krankengeld u. ähnl.).

Das Finanzamt darf nun bei der Schätzung nicht willkürlich vorgehen, sondern muß alle Umstände berücksichtigen, die ihm bekannt sind und die der Steuerzahler vorbringt. Ausgangspunkt der Schätzung ist der Umsatz, also die Summe aller Einnahmen aus der ärztlichen Praxis. Der Prüfer des Finanzamtes kann sich in der Praxis des Arztes die Patientenkartei, die Aufzeichnungen über die Einnahmen, insbesondere aber die Eingänge auf dem Bank- oder Postscheckkonto vorlegen lassen. Daraus kann man schon ein einigermaßen zutreffendes Bild gewinnen. Der Steuerzahler muß sich eben auch selbst fragen, ob die Angaben, welche er macht, glaubhaft sind. Jedenfalls ist folgender Grundsatz zu beachten: je höher die Aufwendungen für Personal, Räume, Kraftfahrzeug usw., desto höher müssen die

Einnahmen gewesen sein. Endlich darf kein Widerspruch zu den während des Jahres abgegebenen Vorauszahlungserklärungen bestehen. Wer also in einem Vierteljahr Einnahmen von 2 000.— DM für die fällig gewesene Umsatzsteuer zu Grunde gelegt und angegeben hat, kann in dem gleichen Vierteljahr nicht Ausgaben von 2 000.— DM allein für die Anschaffung von Instrumenten geleistet haben, es sei denn, sein Geldbestand zu Beginn dieses Zeitraumes wäre von früheren Einnahmeüberschüssen her noch entsprechend groß gewesen, daß er davon zehren konnte.

Nachstehend folgen nun die bisher bekannten Erfahrungssätze, an Hand deren sich jeder Arzt eine Vorstellung davon machen kann, was das Finanzamt von ihm erwartet. Die Beweispflicht für Abweichungen wird dem Arzt zugeschoben, daran ist nun einmal nichts zu ändern. Interessehalber werden auch noch die Sätze für Zahnärzte und Dentisten angefügt.

Praktische Ärzte	Unkostenpauschale %
Einnahmen bis 6 000.— DM	40
„ von 6 000.— „ bis 10 000.— DM	30
„ über 10 000.— „	25
Dazu für	
ärztliches Hilfspersonal	5
ärztliche approbierte Assistenten	5—10
besonders hohe Ausgaben erfordernde Apparate	5
Kraftwagen mit Chauffeur bis	10
Zahnärzte	
Einnahmen bis 6 000.— DM	45
„ von 6 000.— „ bis 10 000.— DM	35
„ über 10 000.— „	33
Dazu für	
Hilfspersonal (Helfer, Techniker)	5
besondere Apparate	5
Dentisten	
Einnahmen bis 6 000.— DM	47
„ von 6 000.— „ bis 10 000.— DM	37
„ über 10 000.— „	35
Dazu für	
Hilfspersonal (Helfer, Techniker)	5
besondere Apparate	5

Im allgemeinen darf man annehmen, daß die obigen Prozentsätze der Unkosten von den Einnahmen für die heutigen Preisverhältnisse zu niedrig sind.

MITTEILUNGEN

Aus der Fakultät

Würzburg: Am 24. März beging Professor Dr. med. Ernst Wollheim, o. Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg und Direktor der Medizinischen Universitätsklinik, seinen 50. Geburtstag. In Berlin geboren, erhielt er seine berufliche Fachausbildung in der II. Med. Klinik der Universität Berlin, zunächst bei Prof. Kraus, später bei Prof. von Bergmann. Er habilitierte sich 1929 an der Medizinischen Fakultät Berlin für innere Medizin. Vom Oktober 1937 bis September 1942 leitete er ein Laboratorium für Kreislaufforschung an der Universität Lund, ab 1942 am dortigen Pharmakologischen Institut mit einem Lehrauftrag für Pathophysiologie. Seit dem 11. 8. 1948 wurde er zum ordentlichen Professor für Innere Medizin ernannt und nach Würzburg berufen.

Am 29. März beging Professor Dr. med. Werner Wachsmuth, o. Professor für Chirurgie an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg und Direktor der Chirurgischen Universitäts-Klinik, seinen 50. Geburtstag. In Rostock geboren, kam er nach kurzer Ausbildung bei dem Internisten Friedrich von Müller in München 1925 als Assistenzarzt zu dem bekannten Chirurgen Prof. Enderlen an die Universität Heidelberg. Von 1926 bis 1934 war Professor Wachsmuth dann an der Chirurgischen Universitätsklinik (Prof. von Redwitz) Bonn tätig, wo er sich 1936 habilitierte. Am 15. 8. 1946 erfolgte seine Ernennung zur ordentlichen Professur für Chirurgie und seine Berufung an die Universität Würzburg an das Staatliche Luitpoldkrankenhaus und als Leiter der Chirurgischen Universitäts-Klinik.

Am 18. April 1950 feierte Herr Professor Georg Sticker, emerit. ord. Prof. für Geschichte der Medizin in Zell a. Main bei Würzburg, wo er im Ruhestand lebt, seinen 90. Geburtstag. Prof. Sticker, der 1860 in Köln a. Rh. geboren wurde, arbeitete als praktischer Arzt in Gießen, Weilburg und Köln, habilitierte sich 1895 in Gießen für innere Medizin und wurde dort a.o. Professor. In Münster übernahm er die Professur für Medizingeschichte und wurde 1921 Ordinarius für das gleiche Fach an der Würzburger Universität. Unter Berücksichtigung der Seuchengeschichte, die er bis in prähistorische Zeit verfolgte, ververöffentlichte er grundlegende Werke über Cholera und Lepra, die er an Ort und Stelle kennengelernt hatte, über Dengue, Typhus, Cerebrospinalmeningitis und Lues, über tropische Fieber, Tuberkulose und Wurmkrankheiten. Er kann auf ein an Erfolgen reiches Forscherleben zurückblicken.

Anläßlich seines 90. Geburtstages ließ die Medizinische Fakultät Würzburg durch Ihren Dekan dem Altmeister der Geschichte der Medizin für seine Verdienste als Arzt und Forscher, die im Jahre 1890 für hervorragende wissenschaftliche Leistung zum Andenken an Professor Franz von Rinecker gestiftete Medaille überreichen.

In bewundernswerter Frische kann Geheimrat Professor Dr. Fritz König, emerit. o. Professor für Chirurgie und langjähriger Direktor des Staatlichen Luitpoldkrankenhauses in Würzburg, am 14. Mai 1950 die 60. Wiederkehr seiner 1890 an der Medizinischen Fakultät Göttingen erfolgten Promotion zum Doktor der Medizin feiern. Seit 1934 lebt Geheimrat König im Ruhestand in seiner Universitätsstadt Würzburg.

Professor Dr. Harry Marcus zum 70. Geburtstag

Am 3. Februar 1950 feierte Professor Harry Marcus seinen 70. Geburtstag, fern der Heimat, in Bolivien, wo er seit 1939 in Cochabamba, einer der beiden Landesuniversitäten, den Lehrstuhl für vergleichende Anatomie innehat. Zu diesem Festtage sei des Jubilars in Dankbarkeit gedacht, hat er doch ein volles Menschenalter, von 1906 bis 1935, an der Universität München gewirkt.

Nicht weniger als 30 Münchener Jahrgänge bayerischer Ärzte, Zahnärzte und Turnlehrer hat er in dieser Zeit in die Verantwortlichkeit wissenschaftlichen Arbeitens eingeführt. Äußerem Glanze abhold, stellte er Forschung und Lehre ganz auf Tatsachen ein, begeisternd durch phantasievolle Fragestellungen, die ihn und den weiten Kreis seiner Schüler zu neuen und großenteils bahnbrechenden Erkenntnissen geführt haben.

Schon seine Erstlingsarbeit aus dem Jahre 1904 über die Blutbildung der Knochenfische, war sogleich als ein tragender Pfeiler der Entwicklungslehre anerkannt. Sie wurde auch richtunggebend für seine eigenen Forschungen. Ähnlich bestimmend wurden für ihn die beiden folgenden Lehrjahre bei Richard Hertwig für seine ganze spätere Lebensarbeit. Eine Reihe von Veröffentlichungen aus dieser kurzen Zeit über Chromosomen-, Zell- und Generationsprobleme bezeugen den Arbeitseifer und Ideenreichtum des jungen Forschers. 1907 berief ihn Rückert in den Arbeitskreis der neuen Anatomischen Anstalt der Universität München. Wie in der Vorbereitungszeit waren es vorwiegend vergleichend - entwicklungsgeschichtliche Probleme, die ihn, auch nach vier Jahren ärztlichen Frontdienstes im 1. Weltkrieg, in Spannung hielten. Als Dozent und Professor vermochte er seine vielfältigen, mühseligen

Einzeluntersuchungen dem anatomischen Unterricht einzufügen und seine Studenten zu einer Gesamtschau morphologischer Problematik anzuleiten.

H. Marcus ist in Alexandrien als Sohn eines Hamburger Großkaufmanns geboren, in Ägypten und in Deutschland aufgewachsen und durch ausgedehnte Reisen mit allen europäischen Ländern vertraut; als Wissenschaftler und in seiner geistigen Haltung im besten Sinn Vertreter abendländischer Gesittung und Gesinnung, wurde er nach der „Machtübernahme" nicht mehr für wert gehalten, an einer deutschen Hochschule zu lehren. Kurz vor dem 2. Weltkrieg hatte er sich endlich entschließen müssen, mit Frau und Kindern die geliebte Heimat zu verlassen. Es gelang ihm, während des Krieges eine neue Existenz im Gastlande aufzubauen.

Die großenteils noch unbekannte Fauna der Kordilleren und des tropischen Tieflandes reizt nunmehr seine Forscherphantasie. Wie in München, so sammeln sich in Cochabamba wissensdurstige Mediziner und Naturwissenschaftler in seinem Hörsaal, in seinem Laboratorium. Die ihm eigene stoische Lebensweisheit und die Aufgabe, eine wissenschaftliche Tradition in der Neuen Welt fortzusetzen, haben ihn, über den Verlust der Berufsstellung und des heimatlichen Lebenskreises hinweg, Zuversicht und Tatkraft bewahren lassen.

Jetzt, nachdem die grausamen Wunden des Krieges allmählich zu heilen beginnen, hoffen wir in der Heimat Überlebenden, nicht allein seine dankbaren Schüler, Freunde und Kollegen, auch die bayerische Unterrichtsverwaltung, die Universität und die medizinische Fakultät München, der Gefeierte möge sich entschließen, wieder auf seinen angestammten Platz an seiner alten Hochschule zurückzukehren, wohl verehrungswürdigen Lebensalters, aber verehrungswürdiger — nein, liebenswerter noch als Mensch, Forscher, Lehrer. v o n L a n z , München.

Personalia

San.-Rat Dr. Richard H u b e r in Marktredwitz feierte am 11. Mai in völliger geistiger Frische seinen 75. Geburtstag. Geboren in Geiselhöring Ndb., wo sein Vater und Großvater bereits als Ärzte tätig waren, hat er an verschiedenen Orten als praktischer Arzt gearbeitet und stand 40 Jahre im Dienst des Roten Kreuzes.

In memoriam

Dr. Anton L a n g , Facharzt für Chirurgie in Trostberg, geb. 1894, gest. 3. 1. 1950.

Dr. Otto L a n g h e i n r i c h , prakt. Arzt in Bamberg, geb. 1891, gest. 4. 3. 1950.

Dr. med. et phil. Friedr. Johannes M e r g n e r , prakt. Arzt in Katzwang, geb. 1871, gest. 28. 3. 1950.

Dr. Johann S t e f a n , prakt. Arzt in Pegnitz, geb. 1894, gest. 19. 4. 1950.

Dr. Alois L ö h n e r t , prakt. Arzt in Kempfenhausen, geb. 1889, gest. 4. 4. 1950.

Dr. Walter K n o r r , Facharzt für Frauenkrankheiten in Starnberg-Niederpöcking, geb. 1899, gest. 23. 4. 1950.

In letzter Stunde trifft die Nachricht von dem am 12. Mai 1950 erfolgten Ableben von Professor Dr. Wilhelm von D r i g a l s k i ein. Professor von Drigalski war Ehrenpräsident des Roten Kreuzes Hessen und Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitswesen im Institut zur Förderung öffentlicher Angelegenheiten in Frankfurt a. M.

Die Wahlen zu den Organen der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung

Zu der Veröffentlichung im April-Heft des Bayer. Ärzteblattes über die neugewählten 1. und 2. Vorsitzenden der ärztlichen Kreisverbände und Bezirksvereine sind folgende N a c h t r a g u n g e n und B e r i c h t i g u n g e n vorzunehmen:

Ärztlicher Kreisverband München-Stadt und -Land:

1. Vorsitzender: Dr. Ernst Hense, München, Thierschstr. 4
2. Vorsitzender: Dr. Fritz Hofstadt, München 38, Fuststr. 12

Ärztlicher Kreisverband Niederbayern:

1. Vorsitzender: Dr. David Forchheimer, Straubing, Theresienplatz 22
2. Vorsitzender: Dr. Josef Stein, Hengersberg

Ärztlicher Kreisverband Schwaben:

1. Vorsitzender: Prof. Albert Schretzenmayr, Augsburg, Steingasse 10/I
2. Vorsitzender: Dr. Karl Schäffer, Burgau 184¹/₁₀

Ärztlicher Kreisverband Oberpfalz:

1. Vorsitzender: Frau Dr. Ruth Bauknecht, Regensburg, Lappersdorfer Straße 76
2. Vorsitzender: Dr. Max Edler von Hofmann, Neumarkt (Oberpfalz)

Ärztlicher Bezirksverein Fürth-Erlangen-Neustadt und Scheinfeld:

1. Vorsitzender: Dr. Karl Sponheimer, Fürth, Amalienstraße 46
2. Vorsitzender: Dr. Gustav Sondermann, Erlangen, Obere Karlstraße 34

Fragebogen für vertriebene Ärzte

Der Flüchtlingsärzteausschuß der westdeutschen Ärztekammer hat festgestellt, daß ein großer Teil der Flüchtlingsärzte es bisher unterlassen hat, den Fragebogen, der die Grundlage für alle weiteren Maßnahmen bilden soll, auszufüllen.

Die Fragebögen können bei der Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstr. 23, angefordert werden.

Kongresse

J u l i :

15.—22. in Paris: 5. Kongreß für wissenschaftl. Erfassung und soziale Bekämpfung des Krebses

17.—21. in London: 16. internationaler Kongreß für Ophthalmologie

23.—30. in London: 6. internat. Radiologen-Kongreß.

24.—28. in Zürich: 6. internat. Kongreß f. Kinderheilkunde

A u g u s t :

3.—9. in Paris: 2. Internat. Kongreß für Kriminologie.

14.—20. in Amsterdam: 12. Internat. Kongreß f. Medizingeschichte

15.—18. in Kopenhagen: 18. Internat. Physiologenkongreß

21.—26. in Cambridge: Internat. Kongreß f. Haematologie

24.—28. in Bonn: 53. Deutscher Ärztetag (gepiant)

Wissenschaftliche Gesellschaft Süddeutscher Tuberkulose-Ärzte

Die Vorträge auf dem diesjährigen Kongreß der „Wissenschaftlichen Gesellschaft Süddeutscher Tuberkulose-ärzte" in der Zeit vom 2. bis 4. Juni in Rothenburg o. d. T. lauten:

„Aktivitätsdiagnose der Tuberkulose mit Ausschluß des Röntgenverfahrens" (D e i s t - Göppingen);

„Differenzialdiagnose der Lungentuberkulose" (G a u b a t z - Heidelberg-Rohrbach);

„Die Bedeutung der Differentialdiagnose für Lungentuberkulose und unspezifische Lungenerkrankungen in der Thorax-Chirurgie" (G o o d - Wehrawald);

„Fehlerquellen im Schichtbild und ihre Beseitigung" (H a u s s e r - Gundelsheim);

„Diagnose und Bedeutung der Bronchustuberkulose" (U e h l i n g e r - St. Gallen);

„Die Bedeutung des Bronchialbaumes für die Lungendiagnostik" (B r ü g g e r - Wengen);

„Zur normalen und pathologischen Physiologie der Lungenalveole" (Stutz - Freiburg);

„Zur Differentialdiagnose der Wirbelsäulentuberkulose" (Kastert - Neuberg).

Anmeldungen zur Teilnahme an das Sekretariat der Gesellschaft in Augsburg, Hochfeldstraße 2.

Fortbildungskurse für med.-techn. Assistentinnen

Im Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München findet unter der Leitung von Prof. Dr. G. Boehm, Prof. Dr. K. Dirr, Dr. Ekert, vom 7.—12. August ein Fortbildungskurs für med.-techn. Assistentinnen statt.

Im ersten Teil werden Fragen und Anwendungsgebiete aus der Röntgen-Diagnostik behandelt. Im zweiten Teil können wahlweise Vorträge und Übungen über Röntgen-Therapie und Physikalische Therapie sowie über Laboratoriumstechnik gehört werden.

Den Teilnehmern wird in einem Praktikum täglich Gelegenheit gegeben, die besprochenen Anwendungsgebiete in praxi selbst durchzuführen. Anfragen über Vortragsfolge, Programm, Anmeldung, Fahrpreisermäßigung und Unterkunft sind an das Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München, München 15, Ziemssenstr. 1, zu richten.

Außerdem wird bei entsprechender Beteiligung anschließend, unabhängig vom obigen, ein Wochenendkurs über Röntgen-Diagnostik für Schwestern durchgeführt.

Prof. Dr. Boehm.

AMTLICHES

Lehrgang für Amtsärzte

Der 3. Lehrgang für Amtsärzte wird vom Landesgesundheitsrat von Rheinland-Pfalz in der Zeit vom 1. 11. 1950 bis 1. 2. 1951 (Weihnachtsferien vom 22. 12. 1950 bis 10. 1. 1951) bei der medizinischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz abgehalten.

Voraussetzungen der Zulassung zum Lehrgang sind:

1. Qualifikation des Bewerbers zur Bekleidung eines öffentlichen Amtes;
2. deutsche Staatsangehörigkeit;
3. Approbation als Arzt gemäß § 76 Abs. 4 der geltenden Bestallungsordnung vom 17. 7. 1939;
4. Zahlung der Teilnehmergebühr von DM 200.— (Erlaß oder Ermäßigung kann grundsätzlich nicht erfolgen).

Da die Zahl der Ausbildungsplätze in den praktischen Ausbildungslehrgängen begrenzt ist und die nach §§ 6—10 der Prüfungsordnung für Amtsärzte geforderten wissenschaftlichen Ausarbeitungen für die schriftliche Prüfung rechtzeitig bekanntgegeben werden müssen, empfiehlt sich eine baldige Anmeldung.

Meldeschluß 1. 9. 1950 endgültig.

Anmeldungen sind zu richten an:
den Vorsitzenden des Landesgesundheitsrates in Koblenz beim Ministerium für Inneres und Wirtschaft — Abteilung Gesundheitswesen.

I. A.: gez. Dr. Schmitz,
Oberregierungs- und Medizinalrat.

Abgabe von Zubereitungen des Chinins

Auf Grund des § 4 der Polizeiverordnung über die Abgabebeschränkung für weibliche Geschlechtshormone und andere Arzneimittel vom 13. III. 1941 (RGBl. I S. 136) in der Fassung der Verordnung vom 27. II. 1942 (RGBl. I S. 99) wird zur erleichterten Durchführung der Grippeprophylaxe vorbehaltlich einer anderweitigen gesetzlichen Regelung bis auf weiteres für das Land Bayern zugelassen, daß die Zubereitungen des Chinins, seiner Salze, seiner Verbindungen und ihrer Salze zum inneren Gebrauch, wenn sie in der üblichen Einzelgabe nicht mehr als 0,05 g Chininbase — bei zusammengesetzten Arzneien nicht mehr als 0,1 g Chininbase — enthalten, ohne ärztliche Verschreibung in den Apotheken abgegeben werden dürfen.

I. A.: gez. Dr. Seiffert.

Rezeptpflicht für Polamidon

Das Bayer. Staatsministerium des Innern gibt bekannt: — III 7 — 5459/24 betr. Rezeptpflicht für Dimethylamino-Diphenylheptanon (Polamidon) —.

Mit Verordnung vom 21. 3. 1950 (StAnz. Nr. 15) wurden Dimethylamino-Diphenylheptanon und seine Salze durch die Aufnahme in die Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken vom 2. 4. 1931 (GVBl. S. 105) der jedesmaligen erneuten Rezeptpflicht unterstellt. Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß dadurch auch das unter dem Namen Polamidon durch die Farbwerke Höchst in verschiedenen Zubereitungen, wie Tabletten, Zäpfchen, Ampullen und Tropfen in den Handel gebrachte Heilmittel betroffen wird.

Mit Wirkung vom 1. 4. 1950 darf somit die Abgabe von Polamidon und seiner Zubereitungen nur in Apotheken und nur auf die jedesmalige erneute Verschreibung eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes — in letzterem Falle jedoch nur zum Gebrauch in der Tierheilkunde — erfolgen.

Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker haben bei Verordnung und Abgabe von Polamidon und dessen Zubereitungen hiernach zu verfahren und damit die Anwendung dieses Mittels auf medizinisch begründete Fälle zu beschränken.

1. A.: gez. Dr. Kollmann, Staatsrat.

Bücherangebot

Domagk-Hegler: Chemotherapie bakt. Infektionen, 1944, 3. Aufl., Verlag Hirzel-Leipzig, neu.
— dasselbe antiquarisch.

Krantz W.: Topograph. Dermatologie, 2. Aufl. 1944, Verlag: Urban & Schwarzenberg, Berlin, kart. Neuauflage 1947

Stadler: Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitl. Gründen, Verlag J. F. Lehmann, München.

Garke: Illustr. Flora v. Deutschland, 16. Auflage 1898.

Zilchert R.: Goethe 1932, Verlag: Emil Roth, Gießen.

Naturforschung und Medizin in Deutschland 1939—1946, Band 83 Psychiatrie, Bd. 76 Krebs-Ultraschallbehandlung.

Gesucht wird: J. v. Merings: Lehrbuch d. Inn. Medizin, 1. Band, antiquarisch.

Angebote an Dr. med. Neumann, Immenstadt/Allg.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge GmbH, Wissenschaftl. Abtlg., München 9
Uzara-Werk, Melsungen
Ciba A.-G., Wehr/Baden
Lecinwerk Dr. Ernst Laves, Hannover und Neustadt/Rbg.
A. Boeglers med. Verlagsdruckerei, Würzburg.
Wir bitten unsere Leser um gefl. Beachtung.

Druckfehlerberichtigungen

In Nr. 4 des Bayer. Ärzteblattes ist in dem Artikel von Dr. Chr. Tietz „Eindrücke einer Schwedenreise" auf Seite 88, Zeile 4, ein Druckfehler unterlaufen; an Stelle von 55 Wochen ist zu lesen 5 Wochen.

Ebenso ist auf Seite 102, Zeile 1 der zweiten Spalte, zu lesen: Bundesrecht „bringt" ... an Stelle von ... „bricht".

Die Schriftleitung.

„Bayerisches Ärzteblatt", Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatl. im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstr. 2—6, Tel. 60 0 81 u. 62 5 34. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Ärztekammer DM 2.40 vierteljährl., zuzügl. Zustellgebühr. Auflage: 10 000. Postscheckkonto: München 13 900, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayer. Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Ruf: 1672, 22 837, 23 576, 23 577. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

Chinalecit

ist das zuverlässige

Stomachicum

A. NATTERMANN & CIE., KÖLN-BRAUNSFELD · KÖLN-EHRENFELD

Sulfojodetten

das bekannte, seit über 20 Jahren bewährte schwach dosierte Jodpräparat mit Unterstützung der Jodwirkung durch Ca., Br., S. coll.

Infolge der Zusätze ohne jede Nebenwirkung

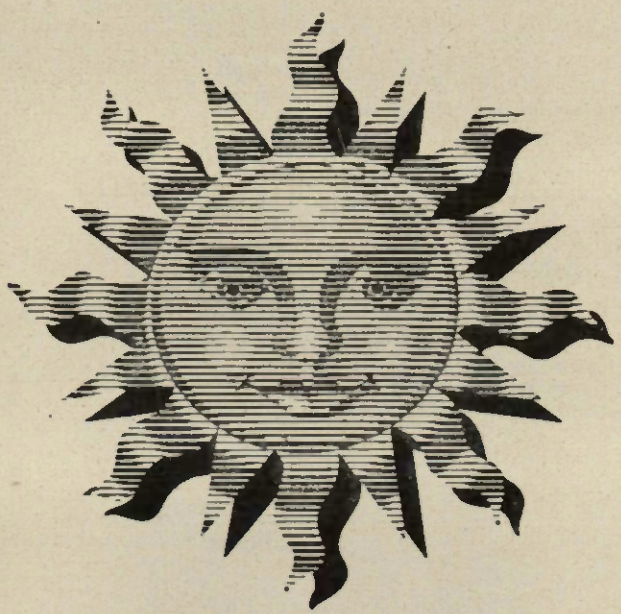
Furunkulose, Acne, Skrofulose, Arteriosklerose

Gaumen- und Rachenmandelhyperplasien im Kindesalter

2 Größen 50 Tabl. DM 0.90
100 Tabl. DM 1.75

2 Stärken: mitiores 1/10 mg Jod pro dosi
fortiores 1/4 mg Jod pro dosi

CHEM. PHARM. FABRIK H. WELTER, USLAR



RECRESAL

Tonikum

Verdauungs-Beschwerden

ARBUZ, das pflanzliche Verdauungs-Enzym bewirkt durchgreifende Verbesserung sowohl der Magen- wie auch der Darmleistung.

Bewährt bei Verdauungs-Störungen infolge v. Ferment- (u. HCl-) Mangel u. mot. Insuffizienz - Neurogenen, toxischen u. senilen Dyspepsien – Gastrogenen und Fäulnis-Diarrhöen - Gestörter Fett-Verdauung – Appetitlosigkeit – Ungenügender Ausnützuug der Nahrung etc.

Meist schlagartige Behebung der subjektiven Beschwerden: Magendruck, Völlegefühl, Meteorismus, Ructus, Brechreiz, Übelsein etc.

Orig. Packg. = 60 Tabl. DM 1.55, Doppel-Packg. = 120 Tabl. DM 2.65

2 LAX-Arbuz

Das enzymatische Laxans. Mildes Abführmittel von zuverlässiger, absolut sicherer (und schmerzfreier) Wirkung.

Übersee-Pflanzenstoffe der Anthrachinonreihe – potenziert durch die lösende Kraft des *Arbuz-Enzyms* und die emulgierenden Eigenschaften *gallensaurer Salze.*

Orig. Packg. = 20 Drag. DM 1.25, 50 Drag. DM 2.85

3 CHOL-Arbuz

Cholereticum, Cholagog. u. Gallenblasen-Desinfiz. mit fettverdauender Componente. Ind.: Cholecystitis, Cholangitis, Störungen der Leberfunktion und Gallensekretion.

Durch d. Verbindung mit **Arbuz:** Normalisierung d. *Fett-Verdauung,* meist Wegfall d. Diät-Beschränkung.

Orig. Packg. = 20 Drag. DM 1.55, 50 Drag. DM 3.40

Ärztemuster zur Verfügung.

Dr. Schwab G.m.b.H. München 13

Beatus ille homo, qui habet **SIRUP HEINEN** in domo

½ O. P. DM 1.50 (o. U. St.)

Muster dieses bewährten Expectorans durch

DR. OTTO LUDWIG HEINEN, Pharmazeutische Fabrik, **MÜNCHEN 8,** Rasenheimerstr. 145

HEILSTÄTTEN·BÄDER·KURORTE

Heilquellen-Trink-Kuren

im Frühjahr von bester Wirkung!
Sämtliche, z. T. seit Jahrhunderten erprobte Heilwasser in stets frischer Füllung wieder erhältlich in allen Apotheken und Drogerien, auch für Kassenpatienten, oder bei der Heilquellen-Niederlage

OTTO PACHMAYR
Mineralwasser K. G.
München 2
Theresienstr. 33 · Telefon 21784

MOORE DICH GESUND IN BAD AIBLING / OBERBAYERN
Seit 100 Jahren verblüffende Heilerfolge bei Rheuma, Frauenleiden, Ischias. Auskunft durch die Kurverwaltung

Krankenhaus - Hersbrucker Höhe
Bayreuth
Privatsanatorium
Innere Medizin - Neurologie und Psychiatrie - Klinische Diagnostik und Therapie.
Chefarzt: Prof. Dr. med. Gutzeit, ordentl. Professor f. inn. Medizin

SANATORIUM Dr. KÖNIG
Bad Reichenhall
Alle Indikationen des Kurortes

Sanatorium
Dr. Ketterer
Bad Mergentheim
Galle-, Leber-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Neurosen
ganzjährig geöffnet
Telefon 540

Sanatorium Dr. Schlagintweit, für Erkrank. d. Harnorgane. Leitung: Dr. Jakobi, Facharzt f. Urologie, Bad Brückenau/Ufr., US-Zone, Fernrul 296. Ganzjährig geöffnet.

Jodbad Heilbrunn (Obb.)
geg. Adersverkalkung, Bluthochdruck, Frauenleiden. Auskunft durch Kur- u. Gemeindeverwaltung od. Verk.-Verein

BAD STEBEN im Frankenwald
BAYERISCHES STAATSBAD
Radium Moor Eisen

Heilbad für **Herz-, Gefäße-,** Nerven-**Rheuma** (Arthritis deformans) Frauenleiden, Leiden der ableitenden Harnwege

Auskunft durch die Staatliche Badverwaltung

Trink- und Badekuren
Stahl- und Moorbäder, Moorpackungen, Unterwasser-Massage. Heilwasser-Versand

Wildbad
IM SCHWARZWALD
RHEUMA · GICHT · ISCHIAS · NERVEN
Thermen 33-37°C-Berge Wälder Bergbahn 430-750 m
WURTT. STAATSBAD WILDBAD IM SCHWARZWALD (14b)

BAD WINDSHEIM in Mittelfranken
Solbäder (stärkste deutsche Solquelle)
Trinkkuren: muriatische Glauber-Bittersalzquellen (Annaquelle, Schönthalquelle) Wiederaufnahme des ganzjährigen Kurbetriebs im völlig neu instandgesetzten Kurhaus der Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission Mitte Mai.
Heilanzeigen: Arthopatien, Ischias, Adnexerkrankungen. Erkrankungen der Galle, des Magens u. Darms, Gastrokardialer Symptomkomplex, Adipositas, Diabetes levis.
Postanschrift: (13a) Windsheim Kurhaus

OPEL OLYMPIA 1950

Ein Wagen von internationalem Format!

Limousine
DM 6785.- ab Werk
Cabrio-Limousine
DM 6950.- ab Werk

Johann HÄUSLER & Co.
München 12, Landsbergerstr. 83-87
Telefon 74104 / 71868

Bad Wildungen für Niere u. Blase
Zur Haus-Trinkkur: bei Nieren-, Blasen- und Stoffwechselleiden
Helenenquelle
Ganzjährig geöffnet.
Kurprospekte sowie Bezugsquellen-Nachweis für Mineralwasser durch die Kurverwaltung

Bei Lumbago, Ischias, Myalgie, Arthritis, Hemicranie *u.a.* schlagartige Schmerzlinderung und durchgreifende Heilwirkung

VADITON neu

[Ascorbinat des Dimethylamino-phenyldimethyl-Pyrazolons.]

Packungen: mit 3 Amp. oder 10 „ zu 2 ccm

Packungen: mit 4 Ampullen zu 5 ccm

CHEM. FABRIK PROMONTA GmbH HAMBURG

Stahlrohrschreibtische ab **DM 190.—**
Stahlrohrschwingsessel ab **DM 30.—**
Patientenstühle ab **DM 30.—**
Instrumententische ab **DM 25.—**

F. Bielig, Ärzte-Stahlmöbel, **(13b) Laufen/Obb.,** Postfach 21

PAUL BÖHMER
Bauunternehmung
MÜNCHEN 19
Aiblinger Straße 2
Telefon-Nr.: 61382
Ausführung von Hoch- und Eisenbetonarbeiten aller Art

MIKROSKOPE
gebraucht, preiswert
MIKROSKOPE
neu, vollendete Konstruktion,
ab Lager bei
Optiker Leidig
Hersbruck (13e) / Pragerstraße 6

FREMDE LÄNDER UND VÖLKER
KUNST UND LITERATUR

ATLANTIS

Die bekannte schweizerische Monatszeitschrift steht ihren Freunden in Deutschland wieder zur Verfügung und kann im Jahresabonnement bezogen werden.

CARL GABLER GMBH., ARBEITSGEBIET AUSLAND
MÜNCHEN, THEATINERSTRASSE 8

Jahresabonnement: DM 26.— (zuzügl. Porto)

Ihre Drucksachen, Formulare und Vorschriften
nur von dem Verlag Ihrer Fachzeitschrift.

In kürzester Zeit liefern wir mit Eindruck Ihres Namens und Anschrift auf gutem, weißem, schreibfähigem Papier:

Briefblätter, Format 14,8 × 21 cm
500 Blatt DM 9.—, 1000 Blatt DM 14.—

Briefblätter, Format 21 × 29,7 cm
500 Blatt DM 12.50, 1000 Blatt DM 21.—

Briefumschläge weiß, Format 16 × 11,4 cm
500 Stück DM 12.—, 1000 Stück DM 18.—

Rechnungsformulare, Format 14,8 × 21 cm
500 Blatt DM 9.70, 1000 Blatt DM 16.—

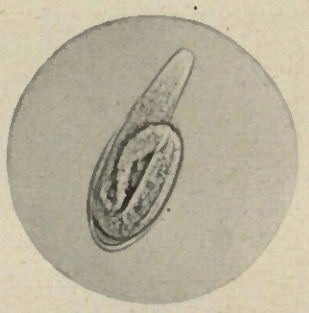
Rezeptformulare, Format 10,5 × 14 cm
1000 Blatt DM 8.50, 2000 Blatt DM 13 50

Rezeptformulare, Format 8,4 × 14,8 cm
1000 Blatt DM 7.50, 2000 Blatt DM 11.—

Quittungen, Patientenkarteikarten, Postkarten mit Sonderdruck, Krankenkassenrezepte usw.

Bitte senden Sie uns stets ein Muster und ein genaues Manuskript, damit wir Sie bestens ohne Rückfragen bedienen können.

RICHARD PFLAUM VERLAG
Abt. Formulare
R P V Lazarettstraße 2–6 **München 2** Fernruf 60081
Geschäftsstelle in Nürnberg, Knauerstraße 10, Fernruf Nr. 63883



Mikroaufnahme
einer ausschlüpfenden Oxyurenlarve,
die durch **VERMELLA** gelähmt ist

Ein neuer synthetischer Körper mit höchster vermicider Wirkung bei völliger Unschädlichkeit

VERMELLA

Nach Prof. Dr. med. Oelkers ist **VERMELLA** gegen Oxyuren in vitro

12 mal wirksamer als Gentianaviolett
und 6 mal wirksamer als Ol. Chenopodii

Erhältlich in Drageeform, 30 Dragees . . . . . DM 1.75
und für Kinder als Konfekt (Granulat) 50 g . . . . DM 2.—

Einfach und angenehm anzuwenden, dreimal täglich drei Dragees, bzw. dreimal täglich einen Teelöffel Granulat

Literatur und Ärztemuster von
C. F. ASCHE & CO. A. G., HAMBURG

Stellenengebote

Für alte Landpraxis in Oberbayern jüngerer, lediger **ASSISTENZARZT** aus Süddeutschland mit mind. einjähr. Krankenhaustätigkeit gesucht. Gelegenheit zu vielseitiger prakt. und auch wissenschaftl. Weiterbildung. Erwünscht: Gute Handschrift, Nichtraucher. Angeb. unt. M. B. 37159 bei. Ann.-Exp. **CARL GABLER, München I**

Am Landkrankenhaus Coburg ist die Stelle des **Oberarztes** der internen Abteilung (250 Betten) spätestens zum 1. September 1950 neu zu besetzen. Als Bewerber kommen nur Fachärzte für innere Medizin mit erstklassiger Vorbildung in Frage. Anstellung nach TO. A I. Liquidationsrecht in der Privatabteilung u. Sprechstundenpraxis. Etw. Gesuche sind unt. Beifügung v. Lebenslauf, Zeugnissen über die Ausbildung sowie Angaben d. wissenschaftlichen Arbeiten bis spätestens 1. Juli 1950 an den **Vorsitzenden des Krankenhausverbandsausschusses, Landrat Rudolf Kaemmerer, Coburg, Landratsamt,** einzureichen.

Stellengesuche

Med.-techn. Ass. (Rö. u. Labor) mit 7jähr. Praxis im Rö., perfekt in Steno u. Schreibmasch., in ungekündigt. Stellung, sucht sich zu verändern. Bevorzugt Süddeutschland. Angeb. unt. M K 38 021 an Ann.-Exp. **CARL GABLER GMBH, München 1, Theatinerstr. 8**

Schwester, firm im Kassenwesen und operativen Gebiet, sucht sich zu verändern **als Sprechstundenhilfe in München. Hals-, Nasen- u. Ohrenarzt** bevorzugt. Angeb. unt. C G 20 142 an Ann.-Exp. **CARL GABLER GMBH, München I, Theatinerstr. 8**

Krankenschwester, 27 J., m. mehrjährig. Tätigkeit als Operationsschwester in Allgemein- u. Neurochirurgie, gut. Laborkenntnissen, Steno, Maschinenschreiben, sucht Arbeitsfeld, mögl. München oder Umgebung, in Krankenhaus oder Privatpraxis. Ang. unt. M G 38 018 an Ann.-Exp. **CARL GABLER, G.m.b.H., München 1, Theatinerstr. 8**

Praxis-Tausch

Alte Landpraxis in Schwaben, Nähe Stadt, gegen Land- oder Kleinstadtpraxis in Oberbayern zu tauschen gesucht. Angeb. unt. M. T. 38035 bef. Ann.-Exp. **CARL GABLER, München 1, Thestinerstraße 8**

Allgemein- u. Landpraxis i. nördl. Bayern, Mittelstadt, wird in absehbarer Zeit weg. Krankheit frei. Chirurg. Ausbildung notwendig; Krankenhaus. Gute Exist. f. tücht., strebs. Kollegen m. gut. Umgangsformen. Röntgenapparat u. reichhaltig. Instrumentarium, Höhensonne, Auto vorh., ebenso Wohnungsmöglichkeit. Bedingungen n. Vereinbarung. Zuschr. u. AA 20 277 an Ann.-Exp. **CARL GABLER G.m.b.H., München 1, Theatinerstr. 8**

Praxistausch! Kleinstadt-Landprax. m. Operationsmöglichkeit an Krankenhaus (6—700 Scheine ¼-Jahr) aus persönlichen Gründen gegen gleichwert. Praxis in Bayern südlich der Donau, zu tauschen ges. Angeb. unt. M J 37 003 bef. Ann.-Exp. **CARL GABLER, G.m.b.H., München 1**

Augenpraxis in klein. Mittelstadt Schwabens mit groß. Hinterland, mit Kassenzulassung u. Krankenhaustätigkeit gegen solche, auch in größ. Stadt, in Unter- od. Oberfranken zu tauschen ges. Zuschr. unt. M O 38 028 an Ann.-Exped. **CARL GABLER, G.m.b.H., München I, Theatinerstraße 8**

An- u. Verkauf

Nasen-, Hals-, Ohren-Praxis - Einrichtung zu verkaufen. Näheres u. MS 37 053 bef. Ann.-Exp. **CARL GABLER, G.m.b.H., München 1**

Ältere Röntgeneinrichtung zu verkaufen. Angeb. unt. M F 38 017 an Ann.-Exp. **CARL GABLER, G.m.b.H., München I**

Anzeigenschluß

für das Juniheft **22. 5. 1950**

Verschiedenes

Arztwitwe, alleinst. (vermögend), wünscht Briefwechsel m. Arzt (oh. Anhang) i. Alter zwischen 40 u. 55 Jhr. Bei Zuneigung Ehe nicht ausgeschl. Ang. unt. M Qu 38 050 an Ann.-Exp. **CARL GABLER GBMH., München 1, Theatinerstr. 8**

Baronin Else v. Helldorf, München, Briennerstr. 8 (Luitpold), Eheanbahnungen. Sprechstd. wöchentl. 10—18 Uhr.

Manuskripte

von Ärzten

für sexuelle und psychologische Aufklärungsschriften gesucht.

Angebote unter 50001 an GEJA-Vermittlung **Bad Kissingen.**

ORPHA GMBH

Orpha

NEUROPHYSIN

Kombinationspräparat n. DRP.-Verfahren 629 617 a Flor. Lavandulae, Fol. Melissae u. Crataegus oxyacantha

Zur Behandlung von:

Neurosen, Neurasthenie, Hysterie, nervösen Angst- und Erregungszuständen, Einschlafstörungen

Frei von Barbitursäure

BERLIN NEUKÖLLN

Untersuchungsdivan Nr. 32 F **DM 99.—**

Moderner Stahlrohrrahmen, weiß spritzlackiert. Flachpolsterauflage mit weißen abwaschbaren Gummiüberzug. Größe 195/65/60 cm

Operations- u. Untersuchungsstuhl Nr. 160 **DM 190.—**

Auch für gynäkologische Eingriffe. Sitz u. Rückenlehne Flachpolsterauflage mit weißem abwaschbarem Gummiüberzug. Beinhalter, abnehmbare Beinplatte, umklappbaren Auftritt, Spülbecken.

F. Bielig, Ärzte-Stahlmöbel, **(13b) Laufen/Obb.,** Postfach 21

Wir führen u. a. durch:

I. **Schwangerschafts-, Früh- und Schnelldiagnose aus dem Blut** (Oxytocinasebestimmung) Erforderliche Blutmenge: 10 ccm Nativ-Blut. Diagnosebericht am Tage des Eingangs.

II. **Rh-Faktor- und Rh-Antikörper mit Titerbestimmung.** Versandgefäße werden auf Wunsch zugesandt.

Institut für Serumdiagnosen München 13, Agnesstraße 58 Ecke Schleißheimer Straße

---

Die Kleinanzeige des Arztes

wird im Bayerischen Ärzteblatt von rund 10000 Kollegen aufmerksam gelesen. Stellen-, Vertretungs-, Praxis-Tausch-, Verkaufs- und sonstige Klein-Anzeigen nimmt entgegen:

Anzeigenverwaltung Bayerisches Ärzteblatt
VERLAG UND ANZEIGENVERWALTUNG CARL GABLER München

und die

ANNONCEN-EXPEDITION CARL GABLER G.M.B.H.
München 1, Theatinerstr. 49, Ruf 22837, 23576, 23577
und deren Filialen und Vertretungen

HEPATICUM-SAUER TROPFEN

Angezeigt bei allen Erkrankungen der Leber und Gallenwege

Indikationen:

Icterus, Cholecystitis, Chnlelithiasis, Zirkulationsstörungen u. Stauungserscheinungen in der Leber.

Eine besondere Diät ist nach kurzer Einnahmezeit nicht mehr notwendig.

DIVINAL

chemisch pharmazeut. Erzeugnisse
BAD REICHENHALL

Ärztemäntel, Vorder- u. Rückenschluß, Operationskittel, beste Stoffqualitäten, jede Ausführung, preiswert. **Emil Laub, (13a) Hof/Saale, Bergstr. 9.**

Forschungs-Mikroskope!
für höchste Ansprüche, Prismen- u. Jagdgläser zur Ansicht. — Ratenzahlung. **E. Froehlich, Kassel-Wilh.**

Gegen Enuresis nocturna hat sich HICOTON als Spezifikum seit drei Jahrzehnten bestens bewährt. In all. Apotheken erhältl. **„MEDIKA" Pharmazeutische Präparate, (13b) München 42.**

HYDROPSAL

Das zuverlässige Diuretikum wirkt durch die Glykoside der Christrose Helleborus niger. Die klinische Erfahrung verbürgt eine sichere Wirkung bei kardialen und renalen Ödemen, akuter Nephritis, Uraemie, Hydrops und Anasarka. Keine Nebenwirkungen.

Pharmaz. Fabrik **M. Leingstöttner** München 15, Kapuzinerstraße 31

---

anerkannt wirtschaftlich.

Von Ärzten bevorzugt.

Zahlungserleichterung

Unverbindliche Probefahrt durch

MAHAG

VOLKSWAGEN-GROSSHÄNDLER

München

Brienner Straße 50 b

Telephon 20901

Dolorgiet

Stark wirkendes, jod-salicylhaltiges, leicht steuerbares Haut-Hyperaemicum in Salben- und flüssiger Form

gegen **RHEUMA**

und alle Krankheitsfälle, in denen Schmerzlinderung und Heilung durch einen intensiven Hautreiz erreicht werden sollen.

DOLORGIET BAD GODESBERG

DOLORGIET-Salbe, Kl.-P., ca. 25 g, DM 0.80 o. U.

DOLORGIET-flüssig, Kl.-P., ca. 50 g, DM 0.99 o. U.

VEREINIGTE

SONDERTARIF FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld bis DM 10.–

Operationskostentarif bis DM 5000.–

ohne Höchstsätze

Vereinigte Krankenversicherungs-A.-G.

Vertragsgesellschaft der Bayer. Landes-Ärztekammer

Landesdirektion München, Königinstr. 19, Tel. 1936 u. 20466

Blut-Regeneration

durch

Aegrosan-

Ferro-Calcium-Saccharat

Anämie
Kachexie
Neurasthenie
Rekonvaleszenz

Tropfendosierung
daher äußerst sparsam

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN, BERGISCH GLADBACH

EUPHYLLIN

dos Theophyllin-

Standardpräparat genießt als quecksilberfreies Diureticum u. hochwirksames Cardiacum bei den Ärzten in der ganzen Welt volles Vertrauen

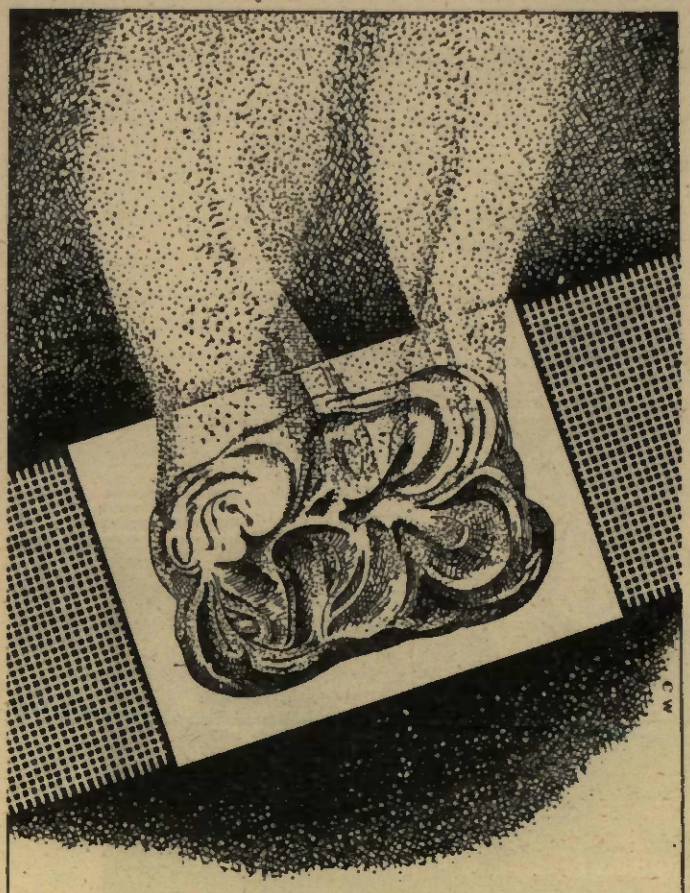
BYK

EUPHYLLIN-Calcium

kupiert bei intravenäser Zufuhr unverzüglich und zuverlässig den schweren

ASTHMA-ANFALL

BYK-GULDEN, Lomberg Chemische Fabrik GmbH - Konstonz und Weilheim Oby.



Bei Pleuritis, Bronchitis,
Furunkulose, Schwellungs-
und Entzündungsprozessen,
Gelenkrheumotismus
und Gelenkarthrose

FISSAN

KATAPLASMA

plastischer feuchter
Wärmeumschlag

Wirtschaftliche Packung
Tube ca. 115 g
DM 1.60 o. U.

DEUTSCHE MILCHWERKE ZWINGENBERG/BERGSTR

F 2/50

UPHA

NEUROBELLAL

Sedativum gegen neuravegetative Störungen
Belladonna, Secale, Hydrastis, Barbitursäure-Derivate

CORDOVASIN

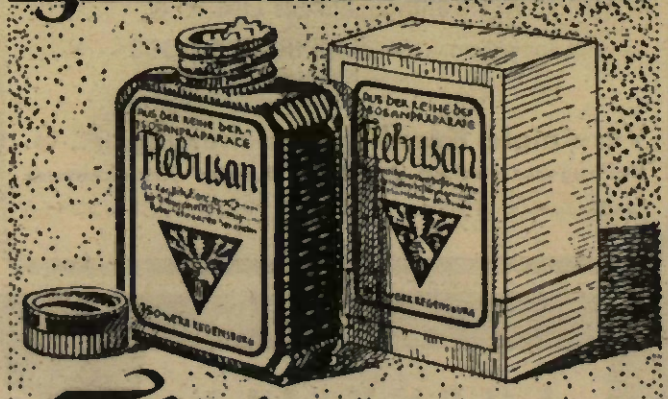
Sedativ wirkendes Cardiacum
Digitalis, Theobromin, Barbitursäure-Derivate

GASTROBELLAL

Sedativum gegen gastraintestinale Störungen
Secale, Belladonna, Papaverin, Atractyl-Asta, Kieselsäure

UPHA CHEM.-PHARM. PRÄPARATE GMBH
HAMBURG-ALTONA KÖNIGSTRASSE 126

ISO-WERK



Flebusan

die funktionsverbessernde Arznei
für Gesundheitsstörungen in den
Pubertätsjahren der Knaben

REGENSBURG