



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 4

MÜNCHEN, APRIL 1951

6. Jahrgang

Krankenhausfragen und öffentliche Fürsorge in Bayern

Von Dr. med. Karl Dreyer

Der Ausschuß für Krankenhausfragen in der Bayerischen Landesärztekammer behandelte eine Reihe von Fragen, die sowohl in den öffentlichen und karitativen wie auch privaten Krankenanstalten für die Gesundheitsfürsorge eine eminente Bedeutung haben.

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V. betont in ihrem Rundschreiben III/1950, daß die Krankenhäuser, die schon vor dem Kriege größtenteils mit einem Defizit arbeiten mußten, heute finanziell in eine äußerst schwierige Lage geraten sind, da die Privatpatienten, die früher einen großen Teil der Krankenhauskosten mitdecken halfen, heute durchschnittlich auf 5—10% der Gesamtpatientenzahl zusammengeschrumpft sind. Die noch heute durch die Preiskommissare bei den Regierungen kontrollierten Verpflegungssätze der Kassenmitglieder und Fürsorgeempfänger werden derart niedrig gehalten, daß sie keineswegs die Selbstkosten decken. Es müßte deshalb erreicht werden, daß die Kassen ausreichende Erhöhungen der Verpflegungssätze zubilligen, so daß nicht die Steuerzahler indirekt durch die notwendigen Staatszuschüsse für die zusätzlichen Kosten der Krankenhäuser aufzukommen haben.

Eine direkt bedrohliche Erscheinung für die Volksgesundheit ist der mangelnde Platz in sämtlichen Krankenanstalten. Einerseits sind eine Reihe von Krankenhäusern durch Kriegseinwirkung zerstört, andererseits hat die große Bevölkerungszunahme infolge des Flüchtlingszustroms eine starke Vermehrung der notwendigen Bettenzahl erforderlich gemacht.

Krankenhausneubauten machen die größten Schwierigkeiten, da sowohl Staat wie Gemeinden keinerlei oder nur ungenügende Mittel zur Verfügung stellen können. Es wird deshalb von einer Reihe von Seiten die Forderung, die das Bayerische Staatsministerium der Finanzen mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft an das Plenum im Landtag gerichtet hat, immer wieder erhoben werden müssen, daß für Krankenhausneubauten in gleicher Weise wie bei Wohnungsbau verbilligte Baukredite zu gewähren sind.

Wie groß die Schwierigkeiten speziell für die Krankenhäuser in kleineren Städten sind, zeigen die Ausführungen von Herrn Dr. H. Dörfner aus Weißenburg.

Der früher eingenommene Standpunkt von Herrn Geheimrat Prof. Schindler bezüglich der kleineren Krankenhäuser in der Provinz und ihrer minderwertigen ärztlichen Tätigkeit ist heute größtenteils überholt. Es sind auch auf dem flachen Lande viele vorzüglich ausgebildete Fachärzte, die jeder ärztlichen Situation gewachsen sind. Auf der anderen Seite gibt es in Erfah-

rung und Kenntnis hervorstechende praktische Ärzte als Krankenhausärzte. Bei dem heutigen ungeheuren Bettenmangel ist es deshalb nur zu begrüßen, wenn auch kleinere Krankenhäuser in der Provinz durch Erweiterungsbauten der Bettennot abzuwehren suchen, wobei eine Modernisierung des ärztlichen Inventars gemäß dem heutigen Stand der Wissenschaft notwendig erscheint.

Die Richtlinien für die Beschäftigung von Ärzten an Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, wie sie in Nordrhein-Westfalen aufgestellt sind, sind im allgemeinen auch für das Gebiet Bayern durchzuführen. Es erscheint aber dem Ausschuß unmöglich, die dort gegebenen Vorschriften über die Beschäftigung von Pflicht- und Volontärärzten mit kurzfristigen Verträgen durchzuführen. Hier muß den einzelnen Krankenhäusern mehr freie Hand gelassen werden. Wenn auch durch vertraglich kurzfristige Beschäftigungen ein rascher Wechsel der in Ausbildung befindlichen Assistenten, Volontärärzte und Pflichtassistenten erreicht wird, so ist es auf der anderen Seite bei der heutigen Überfüllung des ärztlichen Berufes unmöglich, die dann in großer Zahl ausgebildeten Kollegen in Praxisstellen unterzubringen, da speziell in Bayern die Verhältniszahl der Kassenärzte (1:600) fast durchweg unterschritten ist.

Größerer Wert muß auf die Facharztausbildung insofern gelegt werden, als einerseits eine qualitativ hochstehende fachärztliche Ausbildung erforderlich ist, andererseits die Zahl der auszubildenden Fachärzte möglichst gedrückt werden muß, da heute schon die Über-

Aus dem Inhalt:

Dreyer: Krankenhausfragen und öffentl. Fürsorge in Bayern	49
von Gugel: Die Lage des Arztes als soziales Problem	51
Mitteilungen	53
Fortbildung: Ärztl. Fortbildungskurs in Regensburg, Hygiene-Kurs in Gießen, Wissenschaftl. Tagung d. Grenzlandärzte in Simbach, Urologentagung in Düsseldorf, Unfallchirurg. Tagung in München, Tagungen und Kongresse, Einführungslehrgänge	59
Steuern	60
Aus der Fakultät/Personalien	61
Rundschau	62
Buchbesprechungen	62
Amthliches	63

füllung des Facharztiums im Verhältnis zur Zahl der praktischen Ärzte bedrohlich erscheint.

Der Vorschlag, daß Praxisstellen dadurch geschaffen werden sollen, daß alle über 65 Jahre alten Kollegen in Bayern zwangsweise in Pension gehen sollen, ist undurchführbar. Einerseits hat ein Großteil der Kollegen immer nur den Mindestbeitrag für die ärztliche Pensionsversicherung bezahlt und somit monatlich nur mit einem Einkommen von 100 DM nicht die Möglichkeit, bei Praxisaufgabe zu leben, andererseits kann man die jungen, die Praxis übernehmenden Kollegen nicht verpflichten, auf viele Jahre einen erheblichen Zuschuß dem pensionierten Praxisinhaber zu geben. Bei diesem Gedanken ist noch besonders zu überlegen, daß es für die Bayerische Pensionsversicherung unmöglich erscheint, nach der auch für sie durchgeführten Währungsreform die Pensionslasten aller über 65 Jahre alten Herren zu tragen.

Bezüglich der Frage der Assistenzärzte und der in Ausbildung befindlichen Ärzte steht der Ausschuß auf dem Standpunkt, daß es untragbar ist, daß Ärzte nach ihrer Pflichtjahrausbildung mit voller Approbation umsonst in verantwortlichen Stellen arbeiten müssen. In dieser Beziehung werden die von Nordrhein-Westfalen aufgestellten Grundsätze in jeder Weise empfohlen. Die Landesärztekammer muß alle möglichen Schritte durchführen, um von den Krankenhausverwaltungen standesgemäße Bezahlung auch der in Ausbildung befindlichen Jungärzte zu erreichen nach dem Grundsatz: „Jeder Arbeiter ist seines Lohnes wert“.

Herr Dr. Niedermayer, Passau, hat zu allen diesen Krankenhausfragen in diversen Schriftsätzen eingehend Stellung genommen und steht der Ausschuß hinter den von ihm aufgestellten Richtlinien, die hier nur zum Teil angeführt werden können. Ob allerdings die von Staat und Gemeinden nicht zu leistenden Aufwendungen für Erweiterungsbauten der Krankenhäuser durch Bereitstellung der bei den Ortskrankenkassen liegenden hohen Reservebeträge durchführbar sind, müssen Verhandlungen der Vereinigungen der Westdeutschen Ärztekammern mit der Bundesregierung erst zeigen. Dabei ist in den letzten Wochen erfreulicherweise festzustellen, daß die L.V.A. aus diesen Reservefonds der Kassen Krankenhausneubauten mit zu finanzieren sucht. Daß auf irgendeine Weise eine finanzielle Unterstützung für Neu- und Umbauten für Krankenhäuser beschafft werden muß, ist wohl eine der dringendsten Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. Vor allem muß bei der Bayerischen Staatsregierung dafür eingetreten werden, daß die Gesetzesvorschrift bezüglich des Eigenkapitals bei dringend notwendigen Neu- und Umbauten von Krankenhäusern aufgehoben wird, und diese auch durch verzinliche Hypotheken auf die Krankenhäuser durchgeführt werden können.

Die von Herrn Dr. Niedermayer schriftlich niedergelegten Ausführungen über das Krankenhauswesen in Passau dürften eigentlich ein Musterbeispiel für ganz Bayern sein. Es gibt kaum eine größere Stadt mit Krankenhäusern, bei der nicht die Bettennot, die ja eingangs schon begründet ist, eine ungeheure Rolle spielt. Die Vorschläge von Herrn Dr. Niedermayer bezüglich der Bettenbeschaffung für TBC-Kranke sind außerordentlich beachtlich. Man müßte an die bestehenden Sanatorien und TBC-Heime unbedingt durch solide Barackenbauten auf billige Weise soviel Platz schaffen, damit sämtliche offenen TBC-Kranken isoliert werden können. Ein Neubau von Sanatorien mit einem Preis von 10—12 000 DM pro Bett ist heute einfach undurchführbar.

Zu einer zeitgemäßen Hygiene gehört in jedes Kreis Krankenhaus eine ausreichende Infektionsabteilung. Auch hier ist Passau ein Musterbeispiel für ein mangelndes

Verständnis der maßgebenden Stellen in Krankenhausfragen. Ein in der Nähe des Krankenhauses liegendes Lazarettgebäude wurde für eine landwirtschaftliche Schule bereitgestellt, die gut und gerne anderwärts untergebracht hätte werden können, während die Isolierstation weitab vom Krankenhausbetrieb unter vollkommener eigener Regie und dadurch bedingten viel größeren Verwaltungskosten geführt werden muß.

Eine direkte Katastrophe bedeuten die Infektionsabteilungen vieler älterer Krankenhäuser. So ist z. B. die Infektionsabteilung des Kulmbacher Krankenhauses so klein, daß die Ärzte die umliegenden Krankenhäuser in Bayreuth und Hof bei Einlieferung von Infektionskranken aus der Kulmbacher Gegend um Platz bitten müssen.

Passau und Kulmbach sind nur zwei Musterbeispiele, die aber für das ganze Land Bayern Geltung haben. Daß solche Verhältnisse bei Auftreten einer Seuche zu einer Katastrophe führen müssen, ist jedem Einsichtigen klar, und es muß deshalb jede in der Gesundheitspflege tätige Organisation alles aufbieten, um die Verhältnisse im Krankenhauswesen zu bessern. Von dem Staat verlangt hier das öffentliche Interesse rascheste Hilfe.

Bei dieser ganzen Sachlage im Krankenhauswesen ist es deshalb um so unverständlicher, daß die Erhaltung und Förderung der Privatkrankeanstalten, die heute im Bundesgebiet mehr wie 12 000 Betten haben, nicht mehr unterstützt wird.

Die Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankeanstalten in Bayern hat in mustergültiger Weise Schritte unternommen, um die Frage der Gemeinnützigkeit der Privatkrankeanstalten in bejahendem Sinne zu erreichen und diese Frage eingehendst bewiesen. Wir verweisen hier auf die von Dr. jur. Karl Weißensee verfaßte Denkschrift über die Gemeinnützigkeit der Privatkrankeanstalten und Sanatorien in Westdeutschland.

Eine endgültige Entscheidung in dieser Frage ist vom Bundesministerium bis jetzt nicht erfolgt, obwohl das Bayerische Staatsministerium des Innern in einem Schreiben v. 4. 12. 50 an das Bundesministerium des Innern im bejahenden Sinne für die Freistellung der Privatkrankeanstalten vom Lastenausgleich eingetreten ist. Die Ausführungen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern enthalten in Kürze alle die für die Eingabe maßgebenden Gründe, so daß wir dieselben im Wortlaut, allerdings gekürzt, hier wiedergeben dürfen:

„Im Bundesgebiet bestehen neun Landesverbände der Privatkrankeanstalten mit zusammen mehr als 12 000 Krankenbetten. Die Privatkrankeanstalten Bayerns umfassen 108 Anstalten mit 4 100 Betten. Für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung sind die Privatkrankeanstalten unentbehrlich. Ihr Wegfall oder auch nur ihre Verminderung würde zu einer empfindlichen und durch die übrigen Krankeanstalten nicht zu schließenden Lücke in dieser Versorgung führen.“

Ihrer Bedeutung nach müssen daher die Privatkrankeanstalten der öffentlichen Hand und die karitativen Krankeanstalten in jeder Hinsicht gleichgestellt werden. Sie stellen keine Wirtschafts- und Erwerbsbetriebe im gewerberechtlichen und steuerrechtlichen Sinne dar, sondern sind Einrichtungen, die der Allgemeinheit in gleicher Weise dienen wie die übrigen Krankeanstalten.

Die Krankeanstalten und hiervon wiederum im besonderen die Privatkrankeanstalten waren in den Nachkriegsjahren und bis heute wirtschaftlich und finanziell nicht in der Lage, ihre im Kriege durch Kriegsschäden und sonstige Ereignisse verlorenen oder verminderten Bestände auch nur einigermaßen wieder aufzuholen. Die Belastungen der einzelnen Häuser aus der Vorkriegszeit sind durch die Währungsumstellung nicht ge-

schwunden. Die Krankenanstalten sind gezwungen, trotz der allgemeinen Erhöhungen der Betriebskosten wegen des auf diesem Gebiet noch bestehenden Preisstopps mit Verpflegungssätzen zu arbeiten, die vor dem Krieg bestanden und den heutigen Verhältnissen nicht mehr Rechnung tragen.

Die Zahl der Privatpatienten, die vom wirtschaftlichen Standpunkt aus für die Krankenanstalten günstig sind, sinkt bei der allgemeinen mißlichen wirtschaftlichen und finanziellen Lage und der Hinaufsetzung der Einkommensgrenze für die Pflichtversicherung ständig ab. Der Umfang der nicht einbringlichen Verpflegungskosten und Arzt-Honorare ist außerordentlich groß. Krankenanstalten, auch Privatkrankenanstalten, können als im allgemeinen Interesse stehende Einrichtungen nicht wie Geschäftsbetriebe nach rein wirtschaftlichen Erwägungen handeln, sondern müssen den Kranken, wenn sie dessen Zustand zwingt, auch dann aufnehmen oder in der Klinik belassen, wenn seine Zahlungsunfähigkeit feststeht. Hierin liegen Leistungen für die Allgemeinheit, die in ihrem Ausmaß und in ihrer Bedeutung nicht übersehen werden dürfen.

Den Privatkrankenanstalten, die im Interesse der Allgemeinheit die gleichen Aufgaben zu erfüllen haben, wie die Anstalten der öffentlichen Hand und die karitativen Anstalten, dürfen keine anderen und zusätzlichen Lasten aufgebürdet werden.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern bittet daher, mit allem Nachdruck dafür einzutreten, daß die Privatkrankenanstalten von dem Lastenausgleich freigestellt werden.“

Während von seiten des Bundesfinanzministeriums anfänglich ein Entgegenkommen in der Frage der Gemeinnützigkeit der Privatkrankenanstalten beobachtet wurde, sind gerade in den letzten 14 Tagen von den bayerischen Finanzämtern die Stundungen für Soforthilfe scheinbar auf Anweisungen von oben vielen Privatkliniken gegenüber zurückgezogen worden.

Die Privatkrankenanstalten arbeiten heute genau wie öffentliche Anstalten mit einem großen Defizit, so daß

bei einer Reihe von Anstalten bei diesen erhöhten Steuerzahlungen die Gefahr besteht, daß sie infolge Unterbilanz überhaupt nicht mehr bestehen können. Auch in den Privatkrankenanstalten sind durchschnittlich 90% der Patienten Kassenmitglieder und Fürsorgeempfänger. Die Sätze in der 3. Klasse müssen aber denen der öffentlichen Krankenhäuser gleichgestellt werden, da sonst die Kassenverbände ihre Aufnahme ablehnen. Wie schon angeführt, unterliegt die Erhöhung der Verpflegungssätze heute noch der Genehmigung des Preiskommissars. Dabei werden von seiten der Kassen große Schwierigkeiten gemacht. Als Musterbeispiel möchte ich nur die in den letzten Tagen durchgeführten Verhandlungen zwecks Erhöhung der Verpflegungssätze bei einer großen Kasse in Oberfranken anführen. Der Hauptverband der bayerischen Ortskrankenkassen genehmigte eine Erhöhung des Satzes von DM 6.— auf DM 6.25. In diesem Satz sind enthalten DM 0.40 ausscheidbare Arztkosten pro Patient im Tag, die an die KV Oberfranken abgeführt werden müssen für die Sonderleistungen über 10 DM. In dem Restbetrag von DM 5.60 ist enthalten: Verpflegung, Unterbringung, Heizung, Licht, sämtliche Medikamente und Verbandstoffe, Sterilisation, Operationsaalbenützung und ärztliche Betreuung mit Ausnahme der Sonderleistungen über 10 DM.

Der Ausschuß für Krankenhausfragen hält es deshalb für dringend notwendig, daß endlich ein gemeinsamer Verpflegungssatz für Bayern durch die zuständigen Instanzen geschaffen wird.

Der Ausschuß für Krankenhausfragen steht ferner auf dem Standpunkt, daß der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer als der Vertreter ihres Vorstandes und Mitglied des Bayerischen Senats diesen Gesamtfragenkomplex im bayerischen Gesamtministerium aufwirft und für eine rasche Erledigung durch den Bundesrat eintritt, da eine gerechte Lösung aller dieser Fragen sowohl der Erhaltung und Erweiterung der öffentlichen Krankenhäuser wie der Privatkrankenanstalten dient und im Interesse der gesamten Gesundheitspolitik notwendig erscheint.

Anschrift des Verfassers: Coburg, Bahnhofstr. 23.

Die Lage des Arztes als soziales Problem

Dr. Dr. W. v. Gugel

Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts hat sich die Lage des Industriearbeiters überall dort fühlbar gebessert, wo die wirtschaftlichen Möglichkeiten dazu gegeben waren. Sozialismus und Caritas fanden sich unter dem Signum der Not helfend und fordernd zusammen. So ist es gelungen, innerhalb der vergangenen Jahrzehnte die „Arbeiterfrage“ weitgehend zu lösen. Darüber hinaus hat sich der Arbeitnehmer durch die straff aufgebauten Gewerkschaften eine Möglichkeit geschaffen, die Wirtschaftsentwicklung in seinem Sinne mitzuregulieren. Diese starke Gemeinschaftsentwicklung hat andererseits zu einem Verlust an persönlicher Initiative geführt. Jede schicksalsbedingte Bedrohung wird von dem kollektiv geschützten einzelnen reaktiv mit dem Ruf nach öffentlicher Hilfe beantwortet.

Durch diese Verrückung der Verantwortung vom einzelnen auf die Gemeinschaft, auf den Staat, hat sich das Volksvermögen völlig verlagert. Die Aufbringungen für soziale Aufgaben wuchsen ins Unermeßliche und überwiegen jetzt alle anderen öffentlichen Ausgaben. Dieses lawinengleiche Anschwellen der finanziellen Sozialverpflichtungen ging notwendigerweise zu Lasten der Volksschichten, die zunächst selbst noch nicht sozial-

bedürftig sind. Wer unmittelbar an der Güterproduktion und am Güterumsatz beteiligt war, konnte sich durch entsprechende Preis- oder Gewinngestaltung gegen das Bedrohliche dieser Entwicklung abschirmen. Der Soziologe Geiger glaubt in seiner Arbeit „Die Klassengesellschaft im Schmelztiegel“ geradezu feststellen zu können: „Wie die Dinge einmal liegen — und vermutlich auch in Zukunft liegen werden —, darf man von einer Interessenverwandtschaft zwischen Kapital und Lohnarbeit innerhalb der städtisch-industriellen Gesellschaft sprechen. Der Klassengegensatz tritt in den Hintergrund.“ Dann aber fährt er fort: „Die Leidtragenden sind jene Schichten der Gesellschaft, die man als Nur-Verbraucher bezeichnen kann, d. h. diejenigen, die keinen unmittelbaren Anteil an der Herstellung und am Umsatz materieller Güter haben. Je unmittelbarer der funktionelle Anteil einer Schicht an der Warenerzeugung ist — sei es nun als Unternehmer oder Arbeiter —, desto besser für sie. Das Elend wächst mit der Entfernung des Einkommenbeziehers von der Güterproduktion.“ Es betrifft also vorwiegend die freien Berufe, die dadurch benachteiligt sind, daß sie sich entschlossen, die Sorge für ihr Dasein auf ihre eigenen Schultern zu nehmen.

Während seit Jahrzehnten kein politisches Programm ohne einen Seitenblick auf die in Abhängigkeit Arbeitenden verköndigt worden ist, denkt, wie schon Spengler unterstreicht, kein Mensch „daran, den Handwerkern, Ärzten, Ingenieuren, Gelehrten, die Gefahren des wirtschaftlichen Ruins und der Berufsuntauglichkeit infolge von mangelnder Eignung, Krankheit oder Unglücksfällen auf Kosten anderer abzunehmen. Jeder mag selbst und auf eigene Kosten sehen, wie er dem begegnet, oder er mag die Folgen tragen und betteln oder nach seinem Belieben in anderer Weise zugrundegehen“. Ihm allein werden keine Brücken über den Strudel des Lebenskampfes gebaut. Im Gegenteil: Ein fortschreitender Steuerbolschewismus macht ihn zum Sklaven des Staates. Drakonisch reißt er den Löwenanteil des Einkommens an sich, das in zwölf-, vierzehn- oder noch mehrstündiger Arbeit erkämpft worden ist. Er nimmt keine Rücksicht darauf, daß der „Betrieb“ des freien Berufes nicht vererblich, verpachtbar und verkäuflich ist, daß er bei Siechtum, Unfall oder Tod des freiberuflich Tätigen verloren ist, daß die Möglichkeit seiner Ausübung das Ergebnis einer Investition hoher Ausbildungskosten ist, die in diesem Falle nicht abgeschrieben werden können. Unberücksichtigt bleibt, daß der Freischaffende nach einer Periode von zehn oder fünfzehn Jahren seiner Höchstleistungsfähigkeit wieder im Einkommen sinkt, während ein industrielles oder kaufmännisches Unternehmen nach erfolgreichem Ausbau mit einem gewissen Automatismus weiterläuft.

Der Arzt ist idealtypisch für diese Verhältnisse. Alles, was hier allgemein für Anwälte, Schauspieler, Künstler, Schriftsteller, Gelehrte oder Ingenieure gesagt wurde, trifft auch für ihn zu. Darüber hinaus ist er jedoch noch insofern besonders benachteiligt, als er völlig passiv in den Rahmen des sozialen Sicherheitsapparates eingebaut ist. Ausgehend von der Fiktion einer wirtschaftlichen Stabilität des freiberuflich Tätigen ist ihm im Laufe der Zeit immer mehr an Leistungspflichten gegenüber der sozialen Schutzinstitution der Krankenversicherung aufgebürdet worden. So ist sein Lebensstandard nicht bloß gegen seinen eigenen von ehemals, sondern auch gegenüber dem anderer Berufsgruppen abgesunken. Bezeichnend ist der Vergleich des Lebenshaltungs-, Lohn- und Kassenpauschalindex von 1938 mit dem der Nachkriegszeit:

	Kassenarzt- pauschale	Löhne	Lebens- haltung
1938	100	100	100
1947	96	90,5	—
1949	115	138,2	180,4
1950	125	147,9	151,7

Dabei entspricht der herangezogene Index des Statistischen Bundesamtes nur primitivster Lebenshaltung. Er ist am „Warenkorb“ der Arbeiterfamilie genormt, die weder Bücher noch Benzin oder technisches Gerät benötigt, sich mit einfachster Kleidung und Kost begnügt und überdies Altmiete bezahlt.

In absoluten Zahlen ausgedrückt, verdient ein Arzt mit Kassenpraxis bekanntlich heute nach Abzug der Werbungskosten durchschnittlich zirka 400 DM. Das will sagen, daß angesichts der tatsächlich vorhandenen ärztlichen Großeinkommen ein beachtlicher Teil der freipraktizierenden Ärzte heute weniger als das verdient. Zur Abrundung des Bildes sei nebenbei erwähnt, was das Bundesfinanzministerium kürzlich feststellte: „Ein Regierungsrat mittleren Dienstalters verdiente 1897 über das Zehnfache, heute nicht einmal mehr das Dreifache eines ungelernten Industriearbeiters.“ Dazu hat der Beamte im Gegensatz zum Arzt immerhin noch Pensionsanspruch, bezahlten Urlaub, Wohnungserleichterungen und den Vorteil, daß sein Gehalt in Krankheitsfällen fort-

läuft. Für alle diese Wechselfälle muß der Arzt selbst aufkommen, obwohl er nicht einmal das Doppelte des ungelehrten Arbeiters verdient.

Der Arzt ist jedoch nicht nur in seiner Eigenschaft als freiberuflich Tätiger benachteiligt. Durch die Art seiner Einschaltung in die soziale Krankenversicherung ist er außerdem gezwungen, unter rechtlichen Bedingungen zu arbeiten, die ihm eine seiner Leistung entsprechende Honorierung vorenthalten. Dadurch ist er in ausgesprochene wirtschaftliche Not geraten. Rechtliche Benachteiligung und wirtschaftliche Notlage eines Standes charakterisieren seine Lage als soziales Problem.

Nach der Feststellung dieser grundsätzlichen Tatsache muß erwogen werden, wie diese Verhältnisse geändert werden können. Hier gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder tritt der Arzt ebenfalls an den Staat heran, um sich verbeamten zu lassen, oder er versucht, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die Unabhängigkeit seines Berufes noch jenseits der Grenzen wirtschaftlicher Tragfähigkeit zu retten.

Der praktische Arzt hat durch die Wahl seines Berufes bereits die Antwort auf diese Fragestellung gegeben. Er will frei bleiben, aber in dieser Freiheit ein lebenswürdiges und entwicklungsfähiges Dasein führen können. Grundvoraussetzung für das Erringen und Wiedererringen dieser Freiheit ist der bewußte Zusammenschluß aller Ärzte. Schließlich ist auch der Proletarier aus der zunächst ausgeweglosen Kümmerform seines Daseins nur durch die Stärke eines straffen und bewußten Zusammenschlusses gerettet worden. An Stelle von Resignation und Ausweichen muß das Erkennen der Möglichkeiten, an Stelle der Interesselosigkeit muß eine Belebung der Berufspolitik, müssen Schulung und bewußte Diskussion treten.

Nach diesem gewerkschaftlichen Zusammenschluß bedarf es des genossenschaftlichen Ausbaues aller der Positionen, die es bisher Außenstehenden ermöglichten, an den kärglichen Geldern der Ärzteschaft selbst zu verdienen. Die arzteigenen Gelder müssen über arzteigene Kreditinstitute laufen. Arzteigene Versicherungen mit Beitragsrückerstattungsmöglichkeit müssen gegründet werden. Eine wache Rechtshilfe muß jeden Angriff auf die wirtschaftliche Stellung der einzelnen Ärzte abwehren. Dieser genossenschaftliche Ausbau der Selbsthilfeorganisationen wird eine Grundlage für eine berufseigene Kreditgewährung schaffen und damit gleichzeitig die Leistungsfähigkeit der Berufspolitik erhöhen.

Ihr Ziel muß es sein, in klug gelenkter Form die Öffentlichkeit auf die dargestellten Verhältnisse hinzuweisen, damit sie innerhalb des großen Gemeinwesens die gebührende Berücksichtigung finden können. Schließlich bedeutet „jeder Selbständige, Arzt, oder wer es auch sonst sei, der verschwindet, einen weiteren Schritt zur Proletarisierung der Gesellschaft“ (Röpke). Damit ist er zugleich eine weitere Belastung des Staates. Muß es da nicht in seinem Interesse liegen, einen Berufsstand, der ausdrücklich seine Selbständigkeit zu erhalten bestrebt ist, steuerlich und wirtschaftlich zu stützen? Das Bundesfinanzministerium hat schon zugegeben, daß die freien Berufe im Hinblick auf ihre besondere Lage „einer gewissen Sonderbesteuerung“ unterworfen sind. Es besteht also die Bereitschaft, hierüber nachzudenken. Es wird Aufgabe der Ärzteschaft sein, diesen Keim einer Aussicht auf Besserung nachdrücklichst zu pflegen.

Es wird vom Staat weiterhin erreicht werden müssen, daß er seine Aufsichtsfunktionen über die Träger der sozialen Krankenversicherungen nicht nur einseitig im Sinne der Rentabilität dieser Institute wirksam werden läßt. Beachtlicher Weise erzielen sie trotz immer weiteren

Ausbaues ihrer Kannleistungen steigende Überschüsse. Sie werden immer noch gehört, obgleich die Ärzteschaft, die praktisch den wesentlichsten Aufgabenbereich der Krankenversicherungen zu bearbeiten hat, ihrerseits nicht nur keine Rücklagen machen kann, sondern sogar in immer weiter fortschreitende Verschuldung gerät. Der Staat wird deshalb auch sein Augenmerk auf die praktischen Auswirkungen einzelner Verträge richten müssen, die sich manchmal dem Sinne der Verträge entgegen entwickeln. So muß u. a. die Art überprüft werden, wie die Sicherungsnorm des Ersatzkassenvertrages jedem einzelnen Arzt gegenüber angewendet wird. Schließlich handelt es sich da um einen Einzelleistungsvertrag. Seine faktische Abänderung könnte nur aus der wirtschaftlichen Lage der Kasse heraus begründet werden. Zu dieser Wirtschaftslage der Ersatzkassen hat am 12. März 1951 das Zentralorgan der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr festgestellt, daß sie bei höheren Beitragssätzen als die Ortskrankenkassen wesentlich weniger Leistungen haben.

Gesamtbeiträge einschließlich
Arbeitslosen- und Altersvers.

Monatsgehalt	OKK	Ersatzkassen	Differenz
200	40,74	42,65	1,91
300	58,20	60,90	2,70

Nach den Angaben einer größeren Ortskrankenkasse ergibt die Gegenüberstellung der Leistungen, die für Arbeiter und Angestellte notwendig werden, folgendes:

Arbeiter	41,77
Angestellte	16,34

Das Gewerkschaftsblatt fährt nach dieser Aufstellung fort: „Da 1950 bereits wieder 1 865 194 Ersatzkranken-

kassenmitglieder gezählt wurden, läßt sich leicht errechnen, wie hoch die Mehreinnahmen der Ersatzkassen sind, und daß man damit etwas großzügiger verfahren kann.“

Genau so wie hier, sind auch sonst die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine vertragliche Besserstellung der Ärzte zweifelsfrei gegeben. Sie läßt sich im anonymen Raum des tatsächlich Vorhandenen erfüllen, ohne daß durch unpopuläre Patientenbeteiligung oder Beitragserhöhungen neue Komplikationen gesetzt werden müßten. Sie betreffen Steuer-, Verteilungs- und damit letztlich Ermessensfragen. Sie bewegen sich außerdem innerhalb eines Sektors des Volkseinkommens, der für die Deckung des Staatsbedarfs von verschwindender Bedeutung ist. 1950 entfallen nämlich bei einem Gesamtvolkseinkommen von 67 Milliarden auf sämtliche freien Berufe zusammen bloß 819 Millionen DM. Die relative Bescheidenheit dieser Ziffer, die Ausdruck der erschreckenden Unterbezahlung der Intelligenz schlechthin ist, ermutigt uns zu hoffen, daß hier einem Verständnis keine unüberwindlichen Schwierigkeiten entgegenstehen.

Wo sie auftauchen, muß ihnen durch Geschlossenheit und Einmütigkeit begegnet werden, denn es handelt sich bei der Lösung dieses sozialen Problems nicht um den Arzt allein, sondern um die Gesundheit des Volkes, die ihm anvertraut ist. Deswegen gilt auch hier, was Thieding an den Schluß seines Programmes zur Reform der Sozialversicherung schrieb: „Zum Wohle jedes einzelnen Menschen, zur Erhaltung seiner individuellen Freiheit, zur Förderung seiner Gesundheit, zur Behebung seiner Krankheit und zur Schaffung einer glücklichen Lebensharmonie werden wir für diese Ziele schaffen und wirken.“

Anschrift des Verfassers: Dürnhausen, Post Sindelsdorf.

MITTEILUNGEN

Ärztmangel in der Ostzone

Nach Veröffentlichung des Briefes eines Kollegen in der Ostzone in Heft 1/1951 erhielten wir nachstehende Zuschrift einer Jungärztin, die wir ebenfalls im Wortlaut wiedergeben:

Bezugnehmend auf obigen Artikel möchte ich Ihnen meine persönlichen Erlebnisse in der Ostzone anlässlich einer Bewerbung in einem Krankenhaus dort mitteilen.

Ich faßte es schon immer als meine Pflicht auf, dorthin zu gehen, wo Mangel an Ärzten besteht, deswegen bewarb ich mich, nachdem sich mir andere Möglichkeiten zerschlagen hatten, um eine Pflichtassistentenstelle (Staatsexamen 49) an einem kommunalen Haus in der Ostzone im Juni 1950. Einen endgültigen klaren Bescheid konnte ich nach langen Verhandlungen von dort nicht erreichen, sondern nur den Rat, mich einstweilen lieber um eine andere Stelle zu bemühen. Inzwischen hatte ich Verbindung mit einem Diakonissenhaus in der Oberlausitz aufgenommen. Auch dort zog sich die Angelegenheit in die Länge, so daß ich einstweilen zu den üblichen Bedingungen als Pflichtassistentin in der Chirurgischen Universitätsklinik zu arbeiten begann. Anfangs Januar war von dem Haus aus die Angelegenheit so geklärt, daß ich am 20. 1. 1951 die Grenze mit einer Aufenthaltsgenehmigung passieren konnte, damit ich mich selbst in Berlin beim Gesundheitsministerium vorstellen könne. Dies erfolgte am 29. und 30. Januar, ausgerüstet mit Empfehlungen vom Kreisgesundheitsamt und vom sächsischen Gesundheitsminister Thürmer, der mich am 24. Januar freundlicherweise persönlich empfing. Auf der Personalabteilung des Gesundheitsministeriums der DDR Berlin, Scharnhorststr. 35, erfuhr ich, daß ich bereits für die erste Bewerbung abgelehnt worden sei. Auf meine Frage wurde mir mitgeteilt, daß

Gründe für Ablehnungen grundsätzlich nicht angegeben werden. Nun sah ich für die zweite Bewerbung schwarz, es kam auch trotz maßgeblicher, freilich nicht SED-Fürsprecher, zu einer erneuten Ablehnung, worauf ich wieder nach hier zurückkehrte. Ich bin politisch gänzlich unbelastet, stamme aus Bayern und habe keinerlei Beziehungen in die DDR. Letzter Umstand scheint wesentlich zu sein, da ich immer wieder daraufhin angesprochen wurde. Wer Angehörige dort hat, hat bessere Aussichten. Ich wollte Ihnen diese Erfahrungen nicht vorenthalten.

Ich darf noch binzufügen, daß die endgültige Genehmigung betr. Aufenthaltsgenehmigung für Ärzte aus dem Westen von einer Kommission getroffen wird, die allmonatlich zusammentritt. Die Zusammensetzung ist mir natürlich nicht bekannt.

Die Krankenhäuser bringen, entsprechend ihrer Notlage, was die ärztliche Versorgung anbelangt, die größten Opfer. So hat mir das Haus, das an meiner Person interessiert war, meine ganzen Auslagen zurückerstattet.

Hochachtungsvoll!

gez. Unterschrift.

Ähnliche Klagen sind uns auch von anderer Seite zugegangen, wie aus dem nachfolgenden Auszug des Briefes eines Kollegen hervorgeht:

„... hier im Osten ist es unmöglich, daß ein Arzt, sofern er überhaupt arbeitsfähig ist, materielle Not leidet, da der Arzt nach wie vor hier Mangelware Nr. 1 ist. Das gilt auch für meinen eigenen Betrieb, in dem zwei, und von Ende März ab drei Stellen vakant sind, so daß wichtige Arbeitsgebiete, wie z. B. die Außenfürsorge, vorläufig noch gänzlich brachliegen müssen, auf anderen nur das allenfalls gerade noch Allernotwendigste gemacht werden kann. Aus dem Westen haben sich auch

gelegentlich jüngere Kollegen zur Aufnahme in meinen Mitarbeiterkreis gemeldet, leider vergebens, da sie von den hohen Herren in Berlin, von deren Zustimmung die Einstellung abhängt, leider abgelehnt wurden. Das ist ein Jammer; denn bei der Vielseitigkeit unserer Arbeit in Klinik und Anstalt gibt es für die Heranziehung des so dringend benötigten psychiatrisch-neurologischen Nachwuchses wohl kaum eine besser qualifizierte Ausbildungsstätte. Das Niveau der wenigen ärztlichen Mitarbeiter, die ich habe, bürgt ebenfalls dafür.

... Im übrigen habe ich keinen Grund, über mein Los zu klagen, vielmehr im Gegenteil allen Grund, damit zufrieden zu sein, solange mir meine Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt. Die Arbeit des Arztes, zumal im öffentlichen Dienst, wird hier sehr hoch ge- und bewertet und gegen gelegentliche Belästigungen durch untergeordnete Organe, wie sie wohl überall vorkommen können, findet man eigentlich immer den nötigen Halt und die Anerkennung an maßgebender Stelle...

Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung der bei ärztlichen Dienststellen und in ärztlichen Praxen tätigen Personen und die freiwillige Selbstversicherung der freiberuflich tätigen Ärzte

Gemäß Erlass des früheren Reichsarbeitsministers betr. Durchführung des Sechsten Gesetzes über Änderungen in der Unfallversicherung — Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege vom 12. 4. 1943 — (RABl. II S. 183) sind bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg 36, Holstenwall 8, gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert:

- Angestellte der Ärztekammern und deren Untergliederungen,
- Angestellte der kassenärztlichen Vereinigungen und deren Untergliederungen,
- alle in ärztlichen Praxen tätigen Personen (auch Ehefrauen, die als Sprechstundenhilfe tätig sind).

Die Beiträge für die in ärztlichen Praxen tätigen Personen werden in Westfalen aus dem Kammerbeitrag bezahlt und über den Nordwestdeutschen Ärzteverband mit der Berufsgenossenschaft verrechnet, ohne daß damit der einzelne Arzt belastet wird*.

- Weiter erstreckt sich die Versicherung auf Ärzte, die für die Ärztekammern bzw. kassenärztlichen Vereinigungen und deren Untergliederungen tätig sind.
- Sinngemäß erstreckt sich die Unfallversicherung auch auf alle Personen (auch Ärzte), die im Interesse des Nordwestdeutschen Ärzteverbandes, der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes tätig sind.

Der Weg zur Arbeitsstätte ist in die Versicherung eingeschlossen.

Wohlgemerkt handelt es sich um die gesetzliche Unfallversicherung. Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung können nachstehender Zusammenstellung entnommen werden.

Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 558/559 der Reichsversicherungsordnung)

Krankenbehandlung

Bei Verletzungen infolge von Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten gewährt die Berufsgenossenschaft ihren Versicherten Krankenbehandlung mit dem Ziel, die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung und die durch den Unfall verursachte Erwerbsunfähigkeit möglichst weitgehend zu

beseitigen und eine Verschlimmerung zu verhüten. Sie wird so lange gewährt, bis ihr Ziel erreicht ist.

Die Krankenbehandlung umfaßt ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern und, falls erforderlich, die Gewährung von Pflege durch Bestellung eines Pflegers oder Zahlung eines Pflegegeldes.

Krankengeld

Unfallverletzte oder Berufserkrankte, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, erhalten bei Arbeitsunfähigkeit vom Tage nach dem Unfall oder der Erkrankung, frühestens jedoch vom Tage der Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Wegfall des Arbeitsentgeltes, Krankengeld in Höhe von $\frac{1}{120}$ des Jahresarbeitsverdienstes. Nach den gesetzlichen Bestimmungen darf das Krankengeld jedoch höchstens 5 DM täglich betragen.

Rente

Ist die völlige Ausheilung der Folgen eines Unfalls oder einer Berufskrankheit nicht möglich, so ist Rente zu gewähren, wenn

- die durch den Unfall bzw. Berufskrankheit verursachte Erwerbsunfähigkeit über die 13. Woche hinaus nach dem Unfall bzw. nach Beginn der Berufskrankheit andauert und
- die Erwerbsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens 20 v. H. erreicht.

Der Anspruch auf Rente beginnt bei den auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit Versicherten mit dem tatsächlichen Wegfall des Krankengeldes aus der Krankenversicherung, spätestens mit der 27. Woche nach dem Unfall bzw. nach Beginn der Berufskrankheit. Bei den nicht gegen Krankheit Versicherten beginnt die Verpflichtung zur Gewährung von Rente unter der Voraussetzung des Vorliegens einer zu entschädigenden Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit rückwirkend mit dem Tage nach dem Unfall bzw. nach Beginn der Berufskrankheit.

Die volle Rente beträgt zwei Drittel des errechneten Jahresarbeitsverdienstes. Bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird der Teil der Vollrente gewährt, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

An Stelle der Rente kann bis zum Ablauf der 26. Woche nach dem Unfall bzw. nach Beginn der Berufskrankheit Krankengeld gewährt werden.

Kinderzulage

Solange Verletzte eine Rente von 50 v. H. oder mehr v. H. der Vollrente oder mehrere Renten aus der Unfallversicherung beziehen, deren Hundertsätze die Zahl 50 erreichen (Schwerverletzte), wird zu jeder Rente für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres eine Kinderzulage von 10 v. H. der Rente gewährt. Die Rente darf jedoch einschließlich der Kinderzulagen den Jahresarbeitsverdienst nicht übersteigen. Bei der Feststellung dieses Höchstsatzes werden Zuschläge, die mit Rücksicht auf die Kinderzahl gegeben werden, vom Jahresarbeitsverdienst nicht abgezogen.

Familiengeld und Tagegeld

Während der Heilanstaltspflege oder Anstaltspflege fällt die Rente oder das Krankengeld aus der Unfallversicherung weg. Gewährt die Genossenschaft Heilanstaltspflege oder Anstaltspflege, so hat sie dem Verletzten ein Tagegeld in Höhe von jährlich insgesamt einem Zwanzigstel des Jahresarbeitsverdienstes zu zahlen, mindestens aber DM 0.50 täglich. Ferner erhalten die Angehörigen des Verletzten ein Familiengeld in Höhe der Rente, die ihnen bei seinem Tode zustehen würde. Dieser Anspruch steht der Ehefrau, deren Ehe mit dem Verletzten erst nach dem Unfall geschlossen worden ist, auch während des ersten Jahres der Ehe zu. Bei Verletzten, die nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gegen Krankheit versichert sind, gilt als Jahresarbeitsverdienst für die Berechnung des Tagegeldes und

* Bezüglich der Regelung der Beitragszahlung in Bayern vgl. Bayer. Arztebl. Heft 11/50 und 5/51.

des Familiengeldes das Dreihundertsechzigfache des Grundlohns.

Der Anspruch auf Tage- und Familiengeld ruht, wenn und soweit der Verletzte während der Heilanstaltspflege oder Anstaltspflege Arbeitsentgelt erhält.

Witwenrente

Die Witwe erhält eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes bis zu ihrem Tode oder ihrer Wiederverheiratung. Die Rente beträgt zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes, wenn die Witwe das 60. Lebensjahr vollendet hat oder solange sie durch Krankheit oder andere Gebrechen wenigstens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit verloren hat.

Waisenrente

Im Todesfalle erhält jedes Kind eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes bis zum vollendeten 18. Lebensjahre.

Rente an Verwandte aufsteigender Linie

Sind Verwandte aufsteigender Linie von dem Verstorbenen unterhalten worden, so erhalten sie bei Bedürftigkeit ebenfalls eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes.

Die Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen vier Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen, sonst werden sie gekürzt, und zwar bei Ehegatten und Kindern gleichmäßig. Verwandte der aufsteigenden Linie haben nur Anspruch, soweit Ehegatten oder Kinder den Höchstbetrag nicht erschöpfen.

Berufsfürsorge

Die Berufsfürsorge hat das Ziel, die Verletzten zur Wiederaufnahme ihres früheren Berufes oder, wenn das nicht möglich ist, zur Aufnahme eines neuen Berufs zu befähigen und ihnen zur Erlangung einer Arbeitsstelle zu verhelfen. Sie umfaßt die berufliche Ausbildung der Verletzten zur Wiedergewinnung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, nötigenfalls die Ausbildung für einen neuen Beruf und die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle. Enge Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern und besondere Berufsfürsorgereferenten bei den Berufsgenossenschaften dienen der Erfüllung der gerade in der heutigen Zeit besonders wichtigen Aufgaben der Berufsfürsorge.

Berechnung der Renten

Renten werden nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet. Bei Arbeitnehmern gilt als Jahresarbeitsverdienst das Arbeitsentgelt, das die Verletzten während des letzten Jahres vor dem Unfall bezogen haben oder, falls dies für sie günstiger ist, das Dreihundertfache des durchschnittlichen Verdienstes für den vollen Arbeitstag im Unternehmen. Als Arbeitstag gilt jeder Tag, für den Lohn oder Gehalt gezahlt worden ist.

Bei freiberuflich Tätigen gilt als Jahresarbeitsverdienst das Brutto-Einkommen aus dem letzten Jahre vor dem Unfall. Falls der genaue Nachweis hierüber nicht zu erbringen ist, wird das Erwerbseinkommen zugrunde gelegt, das die Verletzten im Kalenderjahr vor dem Unfall aus ihrer Tätigkeit erzielt haben.

Der Jahresarbeitsverdienst beträgt mindestens das Dreihundertfache des Ortslohnes für Erwachsene, der zur Zeit des Unfalles für den Beschäftigungsort des Versicherten festgesetzt ist, jedoch höchstens 7200 DM.

Freiwillige Versicherung

Versicherungsfreien Unternehmern, die von der Möglichkeit der freiwilligen Versicherung Gebrauch gemacht haben, werden die gleichen Leistungen gewährt, die für Pflichtversicherte vorgesehen sind. Sie beginnen jedoch abweichend hiervon erst mit Anfang der 9. Woche nach dem Unfall oder nach Beginn der Berufskrankheit. Bei Unfällen und Berufskrankheiten, die voraussichtlich ein Jahr mindestens zur Hälfte Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben, wird in jedem Falle Krankenbehandlung schon von Tage des Unfalles an gewährt.

Was ist bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten zu beachten?

Nach Möglichkeit sollen sich die Verletzten oder Erkrankten sofort in die Behandlung eines Facharztes begeben. Vor der Behandlung haben die Versicherten, sofern sie nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, den Arzt darauf hinzuweisen, daß sie bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege versichert sind und für Rechnung der Berufsgenossenschaft behandelt werden wollen. Unterlassen Versicherte diese Erklärung, so werden sie vom Arzt als Privatpatienten behandelt. Die Berufsgenossenschaft kann ihnen aber die entstandenen Arztkosten nur in der Höhe ersetzen, die sie selbst bei Übernahme der Heilbehandlung zu zahlen gehabt hätte. Bei Krankenhausbehandlung übernimmt die Berufsgenossenschaft grundsätzlich nur die Kosten der III. Verpflegungsklasse. Lassen sich Versicherte trotzdem in die II. Verpflegungsklasse aufnehmen, so haben sie selbst die Mehrkosten zu tragen. Mitglieder einer reichsgesetzlichen Krankenkasse hingegen haben zunächst lediglich Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen ihrer Krankenkasse. Sie erhalten also Krankenbehandlung und Krankengeld von ihrer Krankenkasse. Diese hat an die Berufsgenossenschaft Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen.

Arbeitsunfälle

durch die bei der Berufsgenossenschaft versicherte Personen getötet oder so verletzt werden, daß sie voraussichtlich mehr als drei Arbeitstage arbeitsunfähig werden, müssen der Berufsgenossenschaft sofort auf der vorgeschriebenen (gelben) „Unfallanzeige“ gemeldet werden; in Todesfällen ist auch der Ortspolizeibehörde, in deren Bezirk sich der Unfall ereignet hat, eine Ausfertigung der Anzeige zu übersenden.

Berufskrankheiten

sind auf der vorgeschriebenen (grünen) „Anzeige des Unternehmers über eine Berufskrankheit“ in doppelter Ausfertigung anzuzeigen. Außerdem ist der zuerst behandelnde Arzt zur Erstattung der (grünen) „Ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit“ in doppelter Ausfertigung der Berufsgenossenschaft gegenüber verpflichtet.

Vordrucke

hierzu sind wie polizeiliche An- und Abmeldevordrucke in allen größeren Buchhandlungen erhältlich.

Den bei den Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen ehrenamtlich tätigen Ärzten stehen im Schadensfalle Rentenleistungen nur nach dem ortsüblichen Mindest-Jahresarbeitsverdienst zu. Haben diese Ärzte jedoch eine freiwillige Selbstversicherung abgeschlossen — diese Möglichkeit besteht für jeden Arzt —, so werden ihnen die jeweils für sie günstigeren Leistungen aus der gesetzlichen Pflichtversicherung oder der freiwilligen Selbstversicherung gewährt.

Über die freiwillige Selbstversicherung der freiberuflich tätigen Ärzte gibt nachstehende Zusammenstellung Auskunft.

Die freiwillige Selbstversicherung der freiberuflich tätigen Ärzte

Allgemeines

Freipraktizierende Ärzte sind gemäß § 541 Ziffer 5 der Reichsversicherungsordnung von der gesetzlichen Pflichtversicherung ausgenommen.

Nach § 539 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit § 69 a der Satzung der Berufsgenossenschaft besteht für Ärzte jedoch die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung.

Umfang der Versicherung

Die freiwillige Selbstversicherung umfaßt alle mit der Berufsausübung zusammenhängenden Unfälle und Berufskrankheiten. Wegeunfälle, die sich im Rahmen der

Berufstätigkeit ereignen, sind eingeschlossen, gleichgültig, ob der Weg zu Fuß, im eigenen oder fremden Fahrzeug zurückgelegt wird. Ärzte, die zu beruflichen Zwecken einen Kraftwagen unterhalten, sind auch bei Privatfahrten versichert, wenn sie das Fahrzeug selbst führen.

Anmeldung

Freiberuflich tätige Ärzte, die von der freiwilligen Versicherung Gebrauch machen wollen, haben diese bei der Genossenschaft unter Angabe des gewünschten Jahresarbeitsverdienstes (Versicherungssumme) schriftlich zu beantragen. Ein besonderer Vordruck ist hierzu nicht erforderlich.

Beginn und Ende der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem Tage, der auf den Tag des Einganges des Versicherungsantrages bei der Genossenschaft folgt, und dauert bis zum Schluß desjenigen Monats, in dem der Versicherte stirbt, die versicherte Tätigkeit einstellt oder die Aufhebung der Versicherung bei der Berufsgenossenschaft schriftlich beantragt.

Die freiwillige Versicherung erlischt ferner, wenn der Beitrag binnen 8 Tagen nach Mahnung nicht bezahlt worden ist. Eine Neuanschreibung bleibt solange unwirksam, bis der rückständige Beitrag entrichtet ist.

Beiträge und Leistungen

Jahresarbeitsverdienst (= Versicherungssumme)

Die Versicherung erstreckt sich auf den Jahresarbeitsverdienst bis zum Höchstbetrage von 12 000 DM (vgl. die später folgende Aufstellung). Dieser ist für die Berechnung der Höhe der Geldleistungen maßgebend. Wird der Genossenschaft eine Änderung des Jahresarbeitsverdienstes angezeigt, so gilt sie für die Höhe des Beitrages und der Geldleistungen erst vom Beginn des auf den Eingangstag der Anzeige folgenden Monats. Jedem Unternehmer bleibt es bis zur Höchstgrenze von 12 000 DM überlassen, den Jahresarbeitsverdienst, der seiner Versicherung zugrunde gelegt werden soll, selbst festzusetzen. Das tatsächliche Einkommen braucht hierbei nicht berücksichtigt zu werden.

Beitrag

Der Beitrag beträgt jährlich 2 v. H. des der Versicherung zugrunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes.

Beginn der Renten- und Sachleistungen

Satzungsgemäß beginnt die Verpflichtung der Genossenschaft zur Gewährung von Krankenbehandlung und Berufsfürsorge (§ 558 Nr. 1 und 2 der RVO) und zur Gewährung von Rente oder Krankengeld, Tagegeld, Familiengeld (§ 558 Nr. 3, § 559 c RVO), wenn der Versicherte nicht auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert ist, mit der 14. Woche nach dem Unfall. Krankenbehandlung soll jedoch schon während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall gewährt werden, wenn die vom Verletzten selbstgewählte Behandlung nicht ausreicht, um die Erwerbsfähigkeit schnell herzustellen. Zur Förderung der Krankenbehandlung kann während ihrer Dauer dem Verletzten und seinen Angehörigen eine geldliche Unterstützung gewährt werden. Diese Soll- und Kannleistungen in den ersten 13 Wochen werden durch Einräumung eines Rechtsanspruches auf feste Tagesentschädigung in folgender Weise abgegolten.

Entschädigung in den ersten 13 Wochen

Vom Beginn der zweiten Woche bis zum Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall gewährt die Berufsgenossenschaft eine feste Tagesentschädigung. Diese beträgt für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit den 365. Teil des zur Versicherung angemeldeten Jahresarbeitsverdienstes. Ist der Verletzte infolge des Unfalls nicht völlig arbeitsunfähig, jedoch mindestens 50 v. H. in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, so ist die Tagesentschädigung zur Hälfte zu gewähren. In den Fällen des Satzes 2 im vorhergehenden Absatz ermäßigt sich die Entschädigung um den Betrag der Aufwendungen für die Krankenbehandlung.

Besteht bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit kein Anspruch auf Tagesentschädigung, dauert aber die nach der Unfallversicherung zu entschädigende Erwerbsunfähigkeit über die 13. Woche nach dem Unfall an, so gewährt die Genossenschaft abweichend von der oben angegebenen Vorschrift schon für die Zeit vor Ablauf der 13. Woche Rente, jedoch frühestens vom Beginn der zweiten Woche nach dem Unfall.

Rente

Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls

1. völlig erwerbsunfähig ist, zwei Drittel des der Versicherung zugrunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente);
2. teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

Ist die Erwerbsfähigkeit des Verletzten infolge des Unfalles um weniger als ein Fünftel gemindert, so wird eine Rente nur gewährt, solange die Erwerbsfähigkeit auch infolge eines anderen oder mehrerer anderer Unfälle gemindert ist und die Hundertsätze der durch die einzelnen Unfälle verursachten Hundertsätze zusammen wenigstens die Zahl Zwanzig erreichen.

Gegenüberstellung von Beitragshöhe und Geldleistungen

Nach der Höhe des versicherten Jahresarbeitsverdienstes abgestuft, ergeben sich für Versicherungsbeitrag und Geldleistungen folgende Beträge:

Jahresarbeitsverdienst	Beitrag jährlich	Tagesentschädigung bis zum Ablauf der 13. Woche	Vollrente (ohne Einrechn. d. Kinderzulage) monatlich
12 000.—	240.—	32.90	666.70
10 800.—	216.—	29.60	600.—
9 600.—	192.—	26.30	533.30
8 400.—	168.—	23.—	466.70
7 200.—	144.—	19.70	400.—
6 000.—	120.—	18.40	333.30
5 400.—	108.—	14.80	300.—
4 800.—	96.—	13.10	266.60
4 200.—	84.—	11.50	233.30
3 600.—	72.—	9.90	200.—
3 000.—	60.—	8.20	166.60
2 400.—	48.—	6.60	133.30
1 800.—	36.—	4.90	100.—

Krankenbehandlung

Die Krankenbehandlung umfaßt:

1. ärztliche Behandlung,
2. Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern.
3. die Gewährung von Pflege (§ 558 c RVO),
4. Wiederherstellung oder Erneuerung durch den Unfall beschädigter Körperersatzstücke.

Die Krankenbehandlung wird solange gewährt, als sie eine Besserung der Verletzungsfolgen oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt oder solange, als besondere Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben.

Pflege ist zu gewähren, solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann.

Die Pflege besteht:

- a) in der Gestellung der erforderlichen Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder auf andere geeignete Weise (Hauspflege) oder
- b) in der Zahlung eines Pflegegeldes.

Als Krankenbehandlung kann die Genossenschaft auch

freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt, einem Krankenhause oder dergleichen gewähren.

Kinderzulage

Solange der Verletzte eine Rente von fünfzig oder mehr vom Hundert der Vollrente oder mehrere Renten aus der Unfallversicherung bezieht, deren Hundertsätze zusammen die Zahl Fünfzig erreichen (Schwerverletzter), wird zu jeder Rente für jedes Kind bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres eine Kinderzulage in Höhe von zehn vom Hundert der Rente gewährt. Die Rente darf jedoch einschließlich der Kinderzulagen den Jahresarbeitsverdienst nicht übersteigen.

Sterbegeld und Hinterbliebenenrente

Im Todesfalle wird der fünfzehnte Teil des angemeldeten Jahresarbeitsverdienstes als Sterbegeld gezahlt. Die Witwe erhält eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes bis zu ihrem Tode oder ihrer Wiederverheiratung. Die Rente beträgt zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes, wenn die Witwe das 60. Lebensjahr vollendet hat oder solange sie durch Krankheit oder andere Gebrechen wenigstens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit verloren hat. Heiratet die Witwe wieder, so erhält sie drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes als Abfindung.

Hat die Witwe eines Schwerverletzten (d. h. eines Verletzten, der eine Rente von fünfzig oder mehr vom Hundert der Vollrente oder mehrere Renten aus der Unfallversicherung bezog, deren Hundertsätze zusammen die Zahl Fünfzig erreichen) keinen Anspruch auf Witwenrente, weil der Tod des Verletzten nicht Folge eines Berufsunfalles ist, so erhält sie als einmalige Witwenbeihilfe zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes.

Jedes Kind des Getöteten erhält eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahre.

Hinterläßt der Verstorbene Verwandte der aufsteigenden Linie (Eltern, Großeltern), die er wesentlich aus seinem Arbeitseinkommen unterhalten hat, so ist ihnen für die Dauer der Bedürftigkeit eine Rente von zusammen einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren.

Die Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen vier Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen.

Höhe der Hinterbliebenenbezüge

Für die Hinterbliebenen ergeben sich hiernach folgende Leistungen:

Jahresarbeitsverdienst	Sterbegeld	Mindestbetrag der Hinterbliebenenrente monatlich	Höchstbetrag der Hinterbliebenenrente monatlich
DM	DM	DM	DM
12 000	800	200	800
10 800	720	180	720
9 600	640	160	640
8 400	560	140	560
7 200	480	120	480
6 000	400	100	400
5 400	360	90	360
4 800	320	80	320
4 200	280	70	280
3 600	240	60	240
3 000	200	50	200
2 400	160	40	160
1 800	120	30	120

Berufskrankheiten

In gleichem Umfange wie für Unfälle entschädigt die Berufsgenossenschaft auch für Berufskrankheiten, soweit es sich um Berufskrankheiten handelt, die durch Verordnung der Reichsregierung in die Unfallversicherung einbezogen sind. Auf solche Krankheiten findet die Un-

fallversicherung Anwendung ohne Rücksicht darauf, ob die Krankheit durch einen Unfall oder durch eine schädigende Einwirkung verursacht ist, die nicht den Tatbestand des Unfalls erfüllt. Von den in die Unfallversicherung einbezogenen Berufskrankheiten kommen insbesondere in Betracht: Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen, Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und radioaktive Stoffe, Infektionskrankheiten. Zur Zeit gilt die Dritte Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. 12. 1938, RGBl. I S. 1117, in der Fassung der Vierten Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten.

Meldung von Unfällen

Die gesetzliche Frist zur Erstattung der Unfallanzeige behält drei Tage. Da Schäden, die innerhalb der ersten Woche nach dem Unfall behoben werden, von der Berufsgenossenschaft nicht zu vergüten sind, kann im Zweifelsfalle die Anzeige bis zum Ablauf der ersten Woche aufgeschoben werden. Zur Anzeige ist der vorgeschriebene gelbbraune Vordruck zu verwenden. Ist ein Vordruck nicht zur Hand und auch nicht rechtzeitig zu beschaffen, so genügt als vorläufige Meldung eine einfache Mitteilung an die Berufsgenossenschaft. Die Berufsgenossenschaft sendet dann die erforderlichen Vordrucke zu.

Alle Unfallmeldungen und alle weiteren Schreiben in Unfallsachen sind an die Berufsgenossenschaft in (24a) Hamburg 36, Holstenwall 8, zu richten.

Bei tödlichen Unfällen ist sofortige Anzeige dringend erforderlich.

Meldung von Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind auf der vorgeschriebenen (grünen) „Anzeige des Unternehmers über Berufskrankheiten“ in doppelter Ausfertigung anzuzeigen. Außerdem ist der zuerst behandelnde Arzt zur Erstattung der (grünen) „ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit“ in doppelter Ausfertigung der Berufsgenossenschaft gegenüber verpflichtet.

(Entnommen aus Nr. 3 des Westfälischen Arzteblattes vom 15. 3. 1951.)

Parteien zur Sozialversicherung

Der Gesundheitsbeirat der FDP faßte am vergangenen Wochenende auf Antrag des Landtagsabgeordneten Dr. med. Rudolf Soenning folgende Entschlieung an die Landtags- und Bundestagsfraktion der FDP:

1. Es ist nicht Sache des Staates oder der Gemeinden, den Pflichtkrankenkassen (RVO-Kassen) teilweise oder ganz die Unkosten der Krankenbehandlung ihrer Mitglieder abzunehmen.
2. Die freiwilligen Leistungen (Kannleistungen) bei RVO-Kassen sollen erst nach Erfüllung der Pflichtleistungen erhöht werden. Die volle Bezahlung der Krankenhausbehandlung hat den unbedingten Vorrang vor den übrigen Kannleistungen.
3. Für die den RVO-Kassen Zugeteilten, wie Rentner usw., haben die in Frage kommenden Versicherungsträger oder Körperschaften die Kosten der ärztlichen Behandlung in voller Höhe an die RVO-Kassen zurückzuerstatten, damit genügend Mittel vorhanden sind, daß die RVO-Versicherten in den vollen Genuß ihrer Ansprüche kommen.
4. Eine freiwillige Mitgliedschaft bei den RVO-Kassen über die Pflichtversicherungsgrenze hinaus kann weiter nicht mehr verantwortet werden, weil die Pflichtversicherten bei der jetzigen Regelung einen großen Teil der ärztlichen Behandlungskosten wohlhabender Kreise von ihren schwer verdienten Groschen mitzubezahlen haben.

Außerdem forderte der Gesundheitsbeirat, daß die Unabhängigkeit der Gesundheitsämter und ihrer beamteten Ärzte von den politischen Parteien und den unteren Verwaltungsbehörden auch in der neuen Gemeindeordnung erhalten und weiter verstärkt werden müsse.

Der Landesbeirat sprach sich ferner für eine Über-

prüfung der teilweise katastrophalen Verhältnisse an den bayerischen Krankenanstalten durch den Landtag aus.

Richtlinien für die Tuberkulose-Schutzimpfung

Vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose wird uns mitgeteilt:

Bisher wurden die Tuberkulose-Schutzimpfungen im Bundesgebiet im Auftrage der Weitgesundheitsorganisation unter der Leitung von dänischen und schwedischen Impfteams und mit dänischem und schwedischem BCG-Impfstoff ausgeführt. Nachdem die derart durchgeführten Massenimpfungen im Jahre 1950 im großen und ganzen im Bundesgebiet zu Ende gebracht worden sind, hört die unentgeltliche Lieferung von dänischem und schwedischem Impfstoff auf und die betreffenden Impfteams stehen nicht mehr zur Verfügung, so daß die Tuberkulose-Schutzimpfungen nunmehr ganz in deutsche Hände gelangt sind. Die Richtlinien für die Tuberkulose-Schutzimpfungen, welche die dänischen und schwedischen Impfinstitute ausgearbeitet haben, stimmen in manchen Punkten nicht überein, während von verschiedenen Seiten im Bundesgebiet der Wunsch ausgedrückt worden ist, gleichartige Richtlinien für das gesamte Bundesgebiet zu haben. Der Arbeitsausschuß des Deutschen Zentralkomitees für BCG-Schutzimpfung hat auftragsweise solche Richtlinien aufgestellt. Diese sind in der Sitzung vom 5. 12. 1950 vom Vorstand des Deutschen Zentralkomitees gebilligt worden.

Diese Richtlinien sind den Landesregierungen und Gesundheitsämtern zugeleitet worden. Sie können unentgeltlich von den Interessenten, von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees, Hannover, Sallstr. 41, bezogen werden.

Milch für Schulspeisung

Die beiden Arbeitsausschüsse des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, der „Arbeitsausschuß für Kindertuberkulose“ (Vors. Prof. Dr. Opitz, Heideberg) und der „Arbeitsausschuß für Milch und für Tiertuberkulose“ (Vors. Prof. Dr. Wagener, Hannover), haben in ihrer Sitzung am 20. 1. 1951 nachfolgende Entschliebung angenommen und durch den Vorstand des Deutschen Zentralkomitees den Länderregierungen zur Durchführung empfohlen:

„Der Arbeitsausschuß für Kindertuberkulose“ und der „Arbeitsausschuß für Milch und für Tiertuberkulose“ sind in der gemeinsamen Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover zu dem Schluß gelangt, daß bei der Schulspeisung nur entweder aufgekochte oder hocherhitzte (85°) Milch an die Schulkinder verabreicht werden darf. Die hocherhitzte Milch muß in der Molkerei in Flaschen abgefüllt und mit dichtem Verschuß versehen werden. Sie darf an die Kinder nur abgegeben werden, wenn die erfolgte Hocherhitzung stichprobenweise in der Schule mit Hilfe der Peroxydasereaktion vor der Verabreichung festgestellt worden ist. Wenn diese Reaktion nicht durchgeführt werden kann oder negativ ausfällt, so ist die Milch an die Schulkinder aufgekocht zu verabreichen.“

Erste balneologische Studienreise

vom 7.—19. Mai 1951

Mit Unterstützung des Deutschen Bäderverbandes e. V., Bad Oeynhausen, führt das Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Bad Nauheim, eine erste balneologische Studienreise durch westdeutsche Heilbäder durch. Damit wird im Interesse des Fortbildungswesens der deutschen Ärzteschaft eine alte Tradition nach dem Kriege wieder aufgenommen. Es werden folgende Heilbäder besucht:

Nauheim, Orb, Brückenau, Kissingen, Mergentheim, Wildbad, Baden-Baden, Dürkheim, Kreuznach, Schlangenbad, Schwalbach.

Eingehende Besichtigung der Kuranlagen und Vorträge über die Heilmittel sind vorgesehen.

Gesamtpreis inkl. Unterbringung, Verpflegung, Fahrt mit modernem Reiseomnibus (ca. 1000 km), Führung, Eintrittsgeld, Trinkgeld: 256 DM.

Prospekte und Anmeldung: Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Bad Nauheim, Ärztehaus, Kurstraße 9.

Internationale Ausstellung des Gesundheitswesens in Turin

In der Zeit v. 28. 5.—12. 6. 1951 findet in Turin eine internationale Ausstellung des Gesundheitswesens statt.

Verbunden mit dieser Ausstellung ist eine Reihe von Kongressen aus den Fachgruppen: Pathologie, Rheumatologie, Geburtshilfe und Gynaekologie, Urologie, Dermatologie und Sozialmedizin.

Zu dieser Ausstellung veranstaltet die Autobus „Oberbayern“ G. m. b. H., München 2, Lenbachplatz 1, eine 6tägige Fahrt ab München in der Zeit vom 28. Mai bis 2. Juni 1951 im Omnibus. Die Reise führt am 1. Tag von München über Lindau—Meersburg—Zürich—Luzern. Am 2. Tag über Vierwaldstättersee—St. Gotthard—Lugano; am 3. Tag über Como—Mailand nach Turin. Der 4. Tag wird in Turin verbracht. Am 5. Tag erfolgt die Rückreise über Pavia—Mailand—Gardasee—Riva; 6. Tag Trient—Bozen—Brenner—Innsbruck—Garmisch—München.

Gesamtpreis 175 DM. Anmeldeschluß: 28. 4. 1951. Für persönlichen Bedarf sind 50 DM in Lire und Schweizer Franken vorgesehen. Für die Reise ist ein gültiger Reisepaß mit österreichischem Durchreise-Visum und italienischem und schweizerischem Visum erforderlich; darüber hinaus können die Teilnehmer in einem Sanmelapaß zusammengefaßt werden, zu dessen Ausstellung folgende Angaben erforderlich sind: Name, Vorname, Geburtstag und -ort, Familienstand, Beruf, Wohnung mit genauer Adresse, Kennkarten-Nr. und Ausstellungsbehörde. Die Paß- und Visa-Gebühren betragen 12 DM.

Autobusreisen zum Internationalen Gynaekologie-Kongreß in Paris

Zu dem vom 23.—29. Juni 1951 in Paris stattfindenden Internationalen Gynaekologie-Kongreß werden von dem Landesverband Bayer. Reisebüros angeschlossenen Reisebüros für die bayerischen Kongreßteilnehmer Omnibusreisen durchgeführt.

Nähere Auskunft, Preisangebot etc. sind einzuholen für Südbayern: München 8, Rosenheimer Str. 221, für Nordbayern: Nürnberg, Breite Gasse 25/27.

Große Gesundheitsausstellung in Köln

In Köln findet vom 23. Juni bis 12. August 1951 eine „Große Gesundheitsausstellung“ statt. Die Schirmherrschaft hat der Herr Bundespräsident Dr. Theodor Heuß übernommen. Dem Ehrenpräsidium gehören der Bundeskanzler Dr. Adenauer und der rheinisch-westfälische Minister Arnold an. Die Kölner Gesundheitsausstellung steht unter dem Motto: „Ein Ja zum Leben“. Damit soll die Bejahung des Lebens trotz aller Schwierigkeiten unserer Gegenwart zum Ausdruck gebracht werden. Die Ausstellung gliedert sich in vier große Abteilungen: Die Lehre des Lebens, der Träger des Lebens, die Erhaltung des Lebens und die Stätten des Lebens. Die vorbereitenden Arbeiten für diese vier Abteilungen hat das Deutsche Gesundheitsmuseum in Köln übernommen, das die Nachfolge des früheren Deutschen Hygiene-Museums in Dresden angetreten hat. Selbstverständlich sind an der Ausstellung auch der Bund und die deutschen Länder, die kommunalen Selbstverwaltungen, Bundesbahn und Bundespost, wissenschaftliche Vereinigungen und Fachverbände, sowie auch die Sozialversicherung mit ihren verschiedenen Zweigen beteiligt. Die Krankenversicherung wird in ihrer Gesamtheit dargestellt werden. Meinungsverschiedenheiten, die sonst in der Sozialversicherung und deren Organisationen eine Rolle spielen, sollen auf keinen Fall in der Ausstellung zum Ausdruck kommen. Die Sozialversicherung wird als ein Gemeinschaftswerk des deutschen Volkes, auf das jeder stolz sein kann, dargestellt werden.

Ärztliche Fortbildung in Bayern im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer

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

Litung: Prof. Dr. Dietrich Jahn

Programm

Donnerstag, den 3. Mai 1951: Festvortrag.

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

Freitag, den 4. Mai 1951

1. Hauptthema: Vegetatives Nervensystem.

1. Anatomische Grundlagen der Lehre vom vegetativen Nervensystem
Prof. Dr. Ph. Stöhr, Bonn a. Rh., Direktor des Anatom. Institutes der Universität

2. Fortschritte in Physiologie und Pharmakologie des vegetativen Nervensystems

Prof. Dr. W. R. Holtz, Rostock, Pharmakolog. Institut der Universität

3. Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems im Rahmen neurologischer Krankheitsbilder

Prof. Dr. Gagel, Nürnberg

4. Derzeitiger Stand der Sympathikuschirurgie

Prof. Dr. Sunder-Plassmann, Münster/Westf., Direktor der Chirurg. Universitätsklinik

5. Neuere Anschauungen über die Bedeutung des vegetativen Nervensystems bei inneren Erkrankungen

Prof. Dr. Bodechtel, Düsseldorf, Direktor der II. Med. Klinik der Akademie

Samstag, den 5. Mai 1951

2. Hauptthema: Bronchialerkrankungen.

1. Die pathologische Anatomie der Bronchialerkrankungen

Prof. Dr. Ueblinger, St. Gallen, Schweiz, Kantonsspital.

2. Die Bronchiallymphknoten-tuberkulose und ihre Differentialdiagnose
Prof. Dr. Cattel, Mammolshöhe/Taunus, Chefarzt der Landeskinderbekanntstätt

3. Das klinische Bild des Bronchialcarcinoms

Prof. Dr. Stroebe, Bremen, Städt. Krankenhaus

4. Röntgendiagnostik und Therapie des Bronchialcarcinoms

Prof. Dr. Hülthsen, Hamburg, Krankenhaus St. Georg

5. Indikationen und Erfolge der Lobektomie

Prof. Dr. Frey, München, Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik.

Sonntag, den 6. Mai 1951

3. Hauptthema: Infektionskrankheiten.

1. Hygienische Maßnahmen zur Verhütung von Epidemien

Prof. Dr. Knorr, Erlangen, Direktor d. Hygienischen Institutes

2. Die Abwehrmaßnahmen des Körpers gegen Infekte und die Grundsätze der Infektionsbekämpfung

Prof. Dr. R. Bieling, Marburg/Lahn, Behringwerke

3. Fortschritte in der Erkenntnis vom Wesen der Infektionskrankheiten

Prof. Dr. Höring, Worms, Stadtkrankenhaus

4. Behandlung und Vorbeugung kindlicher Infekte

Prof. Dr. H. Kleinschmidt, Göttingen, Direktor der Universitäts-Kinderklinik

5. Die infektiösen Darmerkrankungen in Diagnostik und Therapie

Prof. Dr. Grote, Wetzlar, Direktor der Inneren Abteilg. des Städt. Krankenhauses

Anfragen und Anmeldung an das Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Dachauplatz 4/I. Tel. 3851/371.

Hygiene-Kurs in Gießen

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung in der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet vom 27. Mai bis 2. Juni 1951 einen Fortbildungskurs für Amts- und Sozialärzte mit dem Thema „Allgemeine Hygiene“. Teilnehmern können auch praktische Ärzte, Unterkunft und Verpflegung kann in den Kliniken erfolgen. Kursgebühr DM 20.—, für Jungärzte und Ärzte ohne entsprechendes Einkommen DM 10.—.

Anmeldung, Prospekte und Auskunft durch Prof. Dr. Georg Herzog, Gießen, Pathol. Institut, Klinikstr. 32g.

3. Wissenschaftliche Tagung der deutschen und österreichischen Grenzlandärzte

am 20. Mai 1951 in Simbach a. Inn/Niederbayern

Beginn: 8.30 Uhr s. t. im kleinen Rathaussaal.

Prof. Dr. F. von Bormann (früher Dorpat): Die Bedeutung der Erregermengen bei der Entstehung von Epidemien.

Prof. Dr. E. Seifert, Würzburg: Der Schmerz. Versuch einer Brücke zwischen chirurg. Erfahrung und kulturgeschichtl. Sicht.

Dr. med. A. von Engelhardt, Marburg/L. (früher Moskau): Die Bedeutung der deutschen Medizin für den Osten mit bes. Berücksichtigung der Wiener und Prager Schule.

Dr. Dr. P. Heilmann, Simbach: Ssaumal, ein neuartiges Therapeutikum und Spezificum (mit Demonstrationen).

Prof. Dr. E. Seifert, Würzburg: Die Massenblutung aus dem Magengeschwür.

Prof. Dr. G. Boehm, Vorstand d. Inst. f. physikal. Therapie und Röntgenologie d. Universität München: Die Therme Füssing und ihre balneologischen Möglichkeiten.

Dr. med. K. W. Schnelle, Inst. f. physikal. Therapie d. Universität München: Kuren in bayerischen Heilbädern.

Eine weit über den Rahmen der örtlichen Veranstaltung hinausgehende Angelegenheit wird es sein, daß über die wirtschaftliche Bedeutung der in der Pöckinger Heide bei Simbach neu erschlossenen Therme Füssing von wissenschaftlicher Seite gesprochen wird.

Da am gleichen Tage auch die Stadterhebungsfeier, die Grenzlandmesse, eine landwirtschaftliche Schau, ein Volksfest und ein historischer Festzug stattfinden werden, ist es dringend notwendig, Quartiere, die für den 19. und 20. Mai benötigt werden, sofort anzumelden. Es ist beabsichtigt, die Kollegen mit ihren Damen nach Möglichkeit in Braunau/Osterreich unterzubringen.

Anmeldungen an: Dr. P. Heilmann, Simbach a. Inn, Maximilianstraße 6, Tel. 119.

Urologentagung in Düsseldorf

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hält ihre nächste Tagung in Düsseldorf vom 26.—28. September 1951 ab. Hauptverhandlungsthemen:

1. Antibiotische Behandlung der Urogenitaltuberkulose.

Pathologie: Singer-München.

Behandlung: Boshammer-Wuppertal.

2. Indikation und Technik der Harnableitung in den Darm. May-München.

3. Indikation und Technik der totalen Cystectomy beim Blasenkrebs. Junker-Hamburg.

Vorträge zu diesen Referaten, Diskussionsbemerkungen und Vorträge selbstgewählter Themen werden bis spätestens 1. Mai 1951 an den Vorsitzenden, Prof. Boeminghaus, Klinik Golzheim, Düsseldorf, Friedrich-Lau-Straße 1, erbeten.

Unfallchirurgische Tagung des Landesverbandes Bayern der gewerbl. Berufsgenossenschaften e. V.

Der Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. in München lädt alle an der Unfallbehandlung und -Begutachtung interessierten Ärzte zu einer Tagung in München am 25. und 26. Mai 1951 ein. Die Tagung findet unter dem Protektorat von Herrn Professor Dr. Frey, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik München, statt.

Hauptthemen und ihre Referenten:

Gedekte traumatische Hirnschädigung: Stadtmedizin-Dir. Dr. Steichele, Nürnberg; Dr. Wolinsky, Chefarzt des Hirnverletztenheims München; Dr. Kreffner, Oberarzt d. Univers. Hals-Nasen-Ohrenklinik, München; Dr. Walsler, Oberarzt der Univers. Augenklinik München.

Verbrennung und Erfrierung: Prof. Dr. H. Ehlert, München.

Örtl. Durchblutungsstörungen und Unfall: Prof. Dr. Lob, Oldenburg, Landeskrankenhaus Sanderbusch.

Unfall durch elektrischen Strom: Dr. med. habil. Köppen, Chefarzt am Krankenhaus Wolfsburg, Dr. Zeier, Oberingenieur der Berufsgenossenschaft für Feinmechanik und Elektrotechnik.

Anmeldungen zur Aussprache an: Dr. Theodor Brunner, Chefarzt am Rotkreuzkrankenhaus II, München 2, Lazarettstraße 10.

Tagungen und Kongresse

Eine Tagung der Südwestdeutschen Röntgengesellschaft findet vom 26.—27. Mai 1951 in Konstanz statt.

Der 2. Kongreß der Gesellschaft für Konstitutionsforschung wird vom 26.—28. Juli 1951 in Tübingen, Universitätsnervenklinik, abgehalten.

Der diesjährige Kongreß der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater findet vom 26.—30. September 1951 in Stuttgart statt.

5. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Samstag/Sonntag, 7./8. Juli 1951, Thema: Herz- und Gefäßkrankungen, ausführliches Programm in der nächsten Nummer. Anfragen an Professor Schretzenmayr, Augsburg, Säckslerstr. 19.

Einführungslehrgänge

Die Kassenärztliche Vereinigung, Bezirksstelle Unterfranken, veranstaltet zwei gleiche Einführungslehrgänge in die Kassenpraxis

je am Sonntag, den 20. und 27. Mai 1951, von 9 Uhr s.t. bis etwa 18 Uhr in Würzburg in den Luitpoldsälen an der Friedensbrücke.

In der Pause von 13—14.30 Uhr dort Gelegenheit zum Mittagessen. Meldung für den gewählten Termin baldmöglichst erbeten an

K.V. Bezirksstelle Unterfranken, Würzburg, Ärztehaus, Bismarckstraße 22.

STEUER

Auf Bezüge der kassenärztlichen Verrechnungsstellen ist Lohnpfändungsschutz anwendbar

Von Dr. jur. Cordes

Der Bundesfinanzhof hat am 16. 2. 1951 eine bemerkenswerte Entscheidung über die Zulässigkeit der Pfändung von Guthaben der Kassenärzte (Kassenzahnärzte, Kassendentisten) bei den kassenärztlichen Verrechnungsstellen gefällt (IV 18/51 S). Dem Urteil lag folgender Fall zugrunde:

Der Beschwerdeführer ist als Zahnarzt tätig. Neben seiner Kassentätigkeit übt er auch Privatpraxis aus. Das Finanzamt hatte sein Guthaben bei der kassenärztlichen Verrechnungsstelle sowie etwaige künftige Guthaben wegen Einkommensteuervorauszahlungen 1950, Notopfer Berlin, Kirchensteuer, Soforthilfe nebst Säumniszuschlägen gepfändet. Vom Finanzgericht war die Beschwerde des Zahnarztes gegen die Pfändungsverfügung des Finanzamts als unbegründet zurückgewiesen. Der Beschwerdeführer verlangte mit Rechtsbeschwerde Aufhebung der Pfändungsverfügung, indem er geltend machte, daß es sich um einen typischen Mißbrauch der Vollstreckung handele. Er sei als Lohnempfänger im Sinne des § 1 der Lohnpfändungsverordnung vom 30. 10. 1940 zu betrachten, da er gemäß § 368 der Reichsversicherungsordnung mit den Krankenkassen in einem Dienstverhältnis stehe. Durch die Pfändung werde seine Existenz gefährdet.

Der Bundesfinanzhof hat der Rechtsbeschwerde einen teilweisen Erfolg nicht versagt und in seinen Entscheidungsgründen u. a. ausgeführt:

Nach § 59 Abs. 1 der Beitreibungsordnung vom 23. 6. 1923 kann der Vollstreckungsschuldner Maßnahmen, die in Ausführung der Zwangsvollstreckung von der Vollstreckungsabteilung des Finanzamts ergriffen worden sind, durch Beschwerde verfolgen. Mit der Vorinstanz ist davon auszugehen, daß die Voraussetzungen für die Anordnung der Zwangsvollstreckung bei dem Beschwerdeführer gegeben waren. Auch die Anordnung, daß beim Beschwerdeführer eine Forderungspfändung durchzuführen sei, hält sich im Rahmen des Gesetzes.

Begründet ist dagegen der Einwand des Beschwerdeführers, daß die Pfändung der Forderung gegen die kassenärztliche Verrechnungsstelle in voller Höhe der Verordnung zur einheitlichen Regelung des Pfändungsschutzes für Arbeitseinkommen (Lohnpfändungs-Verordnung 1940) vom 30. Oktober 1940 (RGBl. I S. 1451, RStBl. S. 921) zuwiderlaufe. Nach § 1 der Lohnpfändungs-Verordnung sind neben den Beziehern von Gehältern, Arbeits- und Dienstlohn auch Personen geschützt, die „sonstige Vergütungen für Dienstleistungen aller Art“ beziehen, wenn die Dienstleistungen „die Erwerbstätigkeit des Schuldners vollständig oder zu einem wesentlichen Teil in Anspruch nehmen“. Zu den geschützten Personen können auch Kassenärzte (Zahnärzte) hinsichtlich ihrer Ansprüche gegen die kassenärztliche Vereinigung (Verordnung vom 2. August 1933 und vom 19. Dezember 1933, RGBl. I S. 567, 1103) gehören. Voraussetzung ist jedoch, daß die Dienstleistungen für die Kassen die Erwerbstätigkeit des Schuldners vollständig oder zu einem wesentlichen Teil in Anspruch nehmen, daß der Schuldner also daneben keine oder jedenfalls keine andere ihn wesentlich in Anspruch nehmende Tätigkeit ausübt. Der Beschwerdeführer legt in seinen Schriftsätzen glaubhaft dar, daß seine Dienstleistungen für die Kassen den wesentlichen Teil seiner Erwerbstätigkeit ausmachen. Der Senat ist demnach der Auffassung, daß die Lohnpfändungs-Verordnung auf den Beschwerdeführer anzuwenden ist.

Nach § 369 Abgabenordnung in der Fassung des § 13

Absatz 1 der Lohnpfändungs-Verordnung gelten die Pfändungsbeschränkungen der Lohnpfändungs-Verordnung auch für die Zwangsvollstreckung wegen rückständigen Steuern. Die Ansprüche, die der Beschwerdeführer gegen die kassenärztliche Verrechnungsstelle hat, sind danach nicht in vollem Umfange pfändbar, sondern nur innerhalb der Grenzen der Lohnpfändungs-Verordnung, wobei insbesondere der § 5 dieser Verordnung zu berücksichtigen ist.

Die Entscheidung der Vorinstanz wird aufgehoben. Die Sache wird an das Finanzamt zurückverwiesen. Das Finanzamt hat den Pfändungsbeschuß vom 3. Oktober 1950 dahin zu berichtigen, daß nur der Teil des Guthabens bei der kassenzahnärztlichen Verrechnungsstelle gepfändet wird, der den monatlichen pfändungsfreien Teil des Arbeitseinkommens des Beschwerdeführers übersteigt.

Nach § 5 der Lohnpfändungs-Verordnung wird die Berechnung des pfändungsfreien Betrages nicht nach dem Brutto-, sondern nach dem Nettoeinkommen vorgenommen. Danach unterliegt Arbeitseinkommen nicht der Pfändung bei Auszahlung für Monate oder Bruchteile von Monaten in Höhe von DM 130.— monatlich und, soweit es diesen Betrag übersteigt, zu $\frac{1}{10}$ des Mehrbetrages.

Gewährt der Schuldner seinem Ehegatten, einem früheren Ehegatten, einem Verwandten oder einem unehelichen Kind Unterhalt, so erhöht sich der unpfändbare Teil des Mehrbetrages für jede Person, der Unterhalt gewährt wird, um ein weiteres Zehntel, mindestens um DM 15.— monatlich und höchstens um DM 50.— monatlich.

Der hiernach unpfändbare Teil des Mehrbetrages darf jedoch $\frac{1}{10}$ des Mehrbetrages bis zu DM 100.— und $\frac{1}{10}$ des weiteren Mehrbetrages nicht übersteigen.

Beispiel: Ein verheirateter Kassenarzt mit 4 Kindern erhält von der kassenärztlichen Vereinigung für das I. Quartal 1951 Bezüge von DM 900.—,

d. h. monatlich	300.— DM
Es bleiben pfändungsfrei	130.— DM
von dem Mehrbetrag (300—130) = 170.— DM	
bleiben $\frac{1}{10}$ frei =	51.— DM
für die Ehefrau und jedes Kind	
je $\frac{1}{10}$ = $\frac{1}{10}$ =	85.— DM
insgesamt pfändungsfrei	<u>266.— DM</u>

Demnach sind von den Bezügen monatlich DM 34.— pfändbar. Mit diesem Betrag ist die Höchstgrenze des pfändungsfreien Betrages noch nicht erreicht.

Dieser wird wie folgt errechnet:

Pfändungsfreier Grundbetrag	130.— DM
$\frac{1}{10}$ von DM 100.—	90.— DM
$\frac{1}{10}$ vom weiteren Mehrbetrag von DM 70.—	56.— DM
Höchstgrenze des pfändungsfreien Betrages	<u>276.— DM</u>

Anschrift des Verfassers: (23) Vechta, Falkenrotterstr. 30.

Kraftfahrzeugsteuer

Von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammer wird mitgeteilt:

Auf eine Eingabe des Geschäftsführenden Vorsitzenden des Präsidiums des Deutschen Ärztetages vom 21. 9. 1950 hat der Bundesminister der Finanzen im Schreiben vom 20. 3. 51 nachstehende Antwort erteilt:

„Die Frage einer steuerlichen Begünstigung der von Ärzten für Berufszwecke gehaltenen Personenkraftfahrzeuge habe ich den Verkehrssteuerreferenten der Finanzminister der Bundesländer unterbreitet.

Die Verkehrssteuerreferenten vertraten übereinstimmend die Auffassung, daß es kraftfahrzeugsteuerrechtlich unerheblich sei, ob und in welchem Umfang der

Arzt eine öffentliche Aufgabe erfülle, da auch sonst die der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben dienenden Kraftfahrzeuge — von dem im Gesetz besonders geregelten wenigen Ausnahmen abgesehen — nicht von der Besteuerung ausgenommen seien. Es werde anerkannt, daß manche — namentlich jüngere — Ärzte mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen hätten. Dies könne jedoch im Hinblick auf den Zweck der Kraftfahrzeugsteuer als einer Pauschalabgeltung für die Benutzung öffentlicher Straßen nicht dazu führen, die von Ärzten für Berufszwecke gehaltenen Kraftfahrzeuge allgemein oder auch nur in dem im § 2 Abs. 5 des Kraftfahrzeugsteuergesetzes vom 8. April 1922 vorgesehenen begrenzten Ausmaß von der Besteuerung auszunehmen. Die Gründe, die zur Beseitigung der letzteren Befreiungsvorschrift durch das Gesetz zur Änderung des Kraftfahrzeugsteuergesetzes vom 15. Mai 1926 geführt hätten, seien auch heute noch maßgebend. Die Verkehrssteuerreferenten sprachen sich demgemäß gegen die Schaffung einer Befreiungsvorschrift für die von Ärzten für Berufszwecke gehaltenen Kraftfahrzeuge aus.

Ich sehe mich angesichts der von den Verkehrssteuerreferenten vertretenen Auffassung, die ich im übrigen teile, nicht in der Lage, gesetzgeberische Maßnahmen in dem von Ihnen angestrebten Sinne in die Wege zu leiten.

Im Auftrag gez.: Dr. Ruyter

Laboratoriumsärzte

Nachdem bereits im Mai 1950 in Frankfurt a. M. erstmals eine größere Gruppe Fachkollegen über die brennendsten Probleme unseres engeren Arbeitsgebietes sich zusammengefunden hatte und späterhin in Karlsruhe, Hamburg und Heidelberg weitere Besprechungen stattgefunden hatten, wurde am 7. 9. 1950 der „Verband der Laboratoriumsärzte“ gegründet. In der Erkenntnis gemeinsamer Ziele und der im Zusammenschluß liegenden erhöhten Schlagkraft ist der Verband dem „Verband der leitenden Laboratoriumsärzte Deutschlands“ als „Fachgruppe leitender Laboratoriumsärzte“ angegliedert.

Wir rufen Sie heute auf, sich uns anzuschließen, denn es handelt sich nicht um irgendwelche Mitgliedschaft, die man sich sparen könnte, sondern um den Beitritt zur ersten und einzigen Fachorganisation der Laboratoriumsärzte Westdeutschlands.

Alles Nähere ist zu erfragen durch den Landesobmann des Verbandes oder durch:

Dr. med. habil. Schulz-Utermöhl, Moosbach/Baden, Laboratorium, Krankenhaus der Inneren Mission;
Dr. med. Raftopoulos, Fürth/Odenwald;
Dr. med. Abshagen, Baden-Baden, Langestr. 2.

Assistentenstelle im Kreiskrankenhaus Waldsassen

Im Kreiskrankenhaus Waldsassen ist die Stelle eines Assistenzarztes mit Wirkung vom 1. Mai 1951 ab neu zu besetzen. Gefordert wird eine chirurgische, gynäkologische, interne und röntgenologische Fachausbildung mit praktischer Erfahrung.

Die Anstellung erfolgt auf Dienstvertrag nach TO. A III. Bewerber werden gebeten, schriftliche Gesuche beim Landratsamt Tirschenreuth einzureichen. Den Bewerbungen sind beizulegen:

- a) selbstgeschriebener Lebenslauf mit Lichtbild,
- b) Nachweis der Fachausbildung und der bisherigen Tätigkeit mit beglaubigten Zeugnisabschriften.
- c) Spruchkammerbescheid.

Es wird gebeten, von persönlichen Vorstellungen Abstand zu nehmen.

Landratsamt Tirschenreuth:
gez. Unterschrift
Landrat.

Strafe wegen Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses

Das Amtsgericht Viechtach/Ndb. verurteilte einen Arzt wegen Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses zu einer Geldstrafe von

DM 150.—

an Stelle einer an sich verwirkten Gefängnisstrafe von 1 Monat.

AUS DER FAKULTÄT

München:

Prof. Dr. Hugo Braun, (ordentl. Professor für Hygiene und Bakteriologie), Direktor des Hygien. Instituts München, beging am 7. April 1951 seinen 70. Geburtstag.

Dr. med. Hans Götz, (Assistent an der Dermatol. Klinik München), wurde mit M. E. Nr. V 5425 vom 10. 3. 51 zum Privatdozenten für Dermatologie und Venerologie ernannt.

PERSONALIA

Zweifacher Ehrendoktor wird Honorarprofessor

Herr Dr. phil.-nat. Gustav Ehrhart, der seit 1949 die Leitung der Pharmazeutisch-wissenschaftl. Laboratorien der Farbwerke Hoechst, vormals Meister Lucius & Brüning, innehat, und im vergangenen Jahr von der Technischen Hochschule Stuttgart und von der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main die Würde eines Ehrendoktors erhielt, wurde jetzt zum Honorarprofessor für Pharmazeutisch-synthetische Chemie an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz ernannt. Herr Dr. Gustav Ehrhart war bereits an dieser Universität Lehrbeauftragter für synthetische Arzneimittel.

Dr. Theodor Brunner, ärztl. Berater des Landesverbandes Bayern der gewerbl. Berufsgenossenschaften, wurde zum Chefarzt der chirurgischen Abteilung und Direktor des Rotkreuzkrankenhauses II, München, Lazarettstraße, ernannt.

Dem auf seinem Landsitz Bertoldshofen im Ruhestand lebenden ehemaligen Chefarzt des Kreiskrankenhauses Kaufbeuren: Sanitätsrat Dr. Oskar Wille, wurde in Anbetracht seiner Verdienste als Heimatpfleger des Landkreises Markt Oberdorf von der Gemeinde Bertoldshofen das Ehrenbürgerrecht verliehen.

Bücherangebot

Das im Jahre 1814 herausgegebene anatomische Werk:

Giambattista Sabatini: Tavole Anatomiche per Li Pittori E Gli Scultori, Di Giambattista Sabatini, Bologna 1814, mit 28 hochkünstlerischen Stichen und entsprechendem Kommentar wird zu dem niederen Preis von DM 60.— angeboten.

Anfragen: Architekt Ludw. Max Müller, München, Arcisstr. 63.

Selbstverwaltung in der Sozialversicherung

Im Verlag Gruber & Co. o.H.G., München, erscheint demnächst eine Broschüre mit dem Titel:

„Arbeitgeber, Versicherte und Ärzte in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung“
— Ihre Rechte und Pflichten —

Von Eckert/Schraft.

Die Broschüre hat folgenden Inhalt:

A. Einführung

1. Die Souveränität der sozialen Ehrenämter
2. Gleichberechtigung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer
3. Die Mitwirkung der Ärzte
4. Selbstverwaltung als Selbstverantwortung
5. Staatspolitische Forderungen

B. Die rechtlichen Grundlagen der sozialen Ehrenämter

C. Die wichtigsten Aufgaben der Arbeitgeber, der Versicherten und der Ärzte in der Selbstverwaltung

D. Wortlaut der gesetzlichen Vorschriften

E. Sachregister.

Der Preis der Broschüre soll sich auf ca. DM 3.— stellen.

RUNDSCHAU

Staatssekretär Sauerborn zu den Landesvertrauensärzten

Staatssekretär Sauerborn sprach auf einer Veranstaltung zu der Verband der Rentenversicherungsträger eingeladen hatte, zu den Landesvertrauensärzten über die Aufgaben des Vertrauensärztlichen Dienstes (VAD). Er übte Kritik an der gegenwärtigen Organisation des VAD., die noch erheblich unter den Folgen des Krieges und der Nachkriegszeit leide.

Die Krankenkassen sind, laut „Ortskrankenkasse“, der Auffassung, daß sich die Aufgaben des Vertrauensarztes nicht in der Feststellung der Arbeitsfähigkeit der Mitglieder erschöpfen dürfen. Die Krankenkassen sehen im VAD, die Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Diagnostik jetzt, wie auch in Zukunft, große Aufgaben zu erfüllen haben, der VAD, muß, wie der Referent sagte, Vorsorger und Fürsorger der Mitglieder sein. Daß dieses bei der personellen Besetzung wie auch technischen Ausrüstung der vertrauensärztlichen Dienststellen mit Vorrang zu beachten ist, trägt den Wünschen der Krankenkassen in jeder Hinsicht Rechnung. Ebenso begrüßten sie seine Anregung, daß der VAD, seine besondere Aufmerksamkeit den Massenerkrankungen zuwenden möge, wobei die Krebs-, Herz- und Kreislaufkrankungen in den Vordergrund gestellt wurden. Der von LVA, Rheinland-Pfalz in Aussicht genommene Einsatz eines Arztes im VAD., der besondere Erfahrungen auf dem Gebiete der Rheuma-Erkrankungen hat und der den einzelnen Dienststellen für bestimmte Zeiten zur Verfügung stehen soll, ist zweifellos ein beachtenswerter Schritt auf dem Wege zur Verwirklichung der hier harrenden großen Aufgaben. Denn neben den genannten Krankheiten, die sich immer mehr in den Vordergrund drängen, sind es die Rheuma-Erkrankungen, die nicht nur einen ganz erheblichen Teil der Mittel der Sozialversicherungsträger, sondern auch des Volksvermögens in Anspruch nehmen. Hier durch rechtzeitiges Erkennen der Krankheit und durch rechtzeitiges Anwenden geeigneter therapeutischer Mittel Spätschäden zu vermeiden, ist der Mühe wert.

Von den Vertretern der Krankenkassen wurde Klage über eine unzulängliche Zusammenarbeit mit dem VAD, geführt. Der Referent hob die Notwendigkeit der Gemeinschaftsarbeit zwischen VAD, und Krankenkassen einschließlich ihrer Verbände besonders hervor. Die Versammlung gab beachtenswerte Anregungen zur Beseitigung noch bestehender Mängel. Die gegenwärtige Art der Honorierung der kassenärztlichen Leistungen sah der Referent mit als eine Ursache der Klagen der Krankenkassen wie auch des VAD, an und hielt es für erforderlich, daß die zur Zeit von der Kassenärztlichen Vereinigung noch häufig gezahlte Fallvergütung in eine Vergütung nach der Leistung des Arztes verändert wird.

Darüber, wer künftig Träger des VAD, wird, machte der Referent keine näheren Ausführungen. Ob der VAD, bei den Landesversicherungsanstalten bleibe, hänge davon ab, wie er in Zukunft seine Aufgaben erfüllen würde.

Der Nationale Gesundheitsdienst in England. Ihre Mitarbeit beim englischen Nationalen Gesundheitsdienst haben über 4500 private Apotheken und Drogerien Schottlands gekündigt, nachdem das Ministerium auf Kürzung der Honorare um 8% bestanden hat. — Der Nationale Gesundheitsdienst hat den Ärzten ein Verzeichnis von 700 Medikamenten zugestellt, die nur dann verordnet werden dürfen, wenn dies für unumgänglich notwendig gehalten wird. Es handelt sich hierbei um Spezialitäten zum Einreiben, Mittel gegen Verdauungsstörungen und Kopfschmerzen in Pulver- oder Tablettenform. Außerdem dürfen innerhalb des Gesundheitsdienstes keine Spezialitäten verschrieben werden, die im Publikum direkt durch Lisorate angeboten werden. — Das Prinzip der kostenlosen Beschaffung wird für Zahnersatz und Brillen völlig aufgehoben; in Zukunft muß die Hälfte der Kosten von den Versicherten getragen werden. — Der britische Premierminister Clement Attlee, der sich wegen seines Magenleidens in ein Krankenhaus begeben hat, wird dabei als Privatpatient behandelt und nimmt den von seiner Regierung eingeführten staatlichen Gesundheitsdienst nicht in Anspruch. Von amtlicher Seite wurde erläutert, daß Attlee als Privatpatient behandelt werden wolle, da er sonst kein Einzelzimmer hätte beziehen können.

Arbeitsnormen für die im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzte wurden, einer AP-Meldung zufolge, vom sowjetzonalen Gesundheitsministerium festgesetzt, wonach Fachärzte jeden Tag eine bestimmte Anzahl von Patienten behandeln müssen. Danach soll z. B. ein Facharzt für Hautkrankheiten täglich durchschnittlich 45 Patienten behandeln. Da zahlreiche Ärzte gegen diese Anordnung Widerspruch erhoben haben, wurde eine „Punktwertung für die Abfertigung von Patienten“ in Aussicht genommen.

Eine Umfrage über Probleme der ärztlichen Betreuung veranstaltete das deutsche Institut für statistische Markt- und Meinungsforschung „Disma“ in Hamburg. Fünf Fragen waren einem „repräsentativen Querschnitt“ der Bevölkerung und der Ärzteschaft, vier Fragen nur der Ärzteschaft und fünf Fragen nur der Bevölkerung gestellt worden.

Die Beantwortung der ersten Frage ergab, daß 62% der Bevölkerung und 85% der Ärzteschaft den Aufbau eines eigenen Gesundheitsministeriums für erforderlich halten. Von den beamteten Ärzten wurde sie zu 100% gefordert.

Die zweite Frage, die Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten der sogenannten Bagatellfälle, 54% der Bevölkerung und auch 42% der Ärzteschaft haben eine Kostenbeteiligung abgelehnt, 34% der Bevölkerung und 54% der Ärzteschaft sie für richtig gehalten. Der Hundertsatz der Ja-Stimmen ist bei den verschiedenen Arztgruppen nicht der gleiche gewesen: Während die angestellten und die beamteten Ärzte zu 70 bzw. 71% eine Beteiligung der Versicherten bejahen, sind es bei den niedergelassenen Ärzten nur 53% Ja-Stimmen gegenüber 43% Nein-Stimmen. Von den zugelassenen Kassenärzten sprachen sich nur 41% für eine Beteiligung der Versicherten, 56% aber dagegen aus.

Die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaues der Gesundheitsfürsorge wird von 53% der Bevölkerung und 42% der Ärzteschaft bejaht. 20% der Bevölkerung und 54% der Ärzteschaft — 62% der Kassenärzte — vertreten dagegen die Auffassung, daß die jetzige Gesundheitsfürsorge durchaus ausreichend sei. „Disma“ hat

auch die Vorschläge notiert, die die einzelnen Befragten zu dem von ihnen für notwendig gehaltenen Ausbau der Gesundheitsfürsorge gemacht haben. Bei der Bevölkerung steht das Verlangen nach einer mehr vorbeugenden Gesundheitsfürsorge im Vordergrund und äußert sich in Bemerkungen wie „Tbc-Fürsorge“, „Kinderfürsorge“, „Schulen überprüfen“, „Krebsforschung“, „Jugendfürsorge“, „stärkere Gesundheitskontrolle durch den Staat“, „bessere Gesundheit durch besseres Wohnen“ und „Röntgenuntersuchungen wie vor dem Kriege“. „Sorgfältigere Behandlung der Kassenpatienten“, „Bessere Behandlung in den Krankenhäusern“ und „Ein Mittelweg zwischen Privat- und Kassenpatienten muß gefunden werden“.

Soweit sich die Wünsche der Ärzte auf einen Ausbau der Krankenversicherung beziehen, sind sie auf bessere Honorierung, Bezahlung nach Einzelleistung, Beteiligung aller Ärzte an der Kassenpraxis, Einschränkung des Versichertenkreises und Beseitigung der Beschränkungen für Medikamente und Heilmittel gerichtet. Im übrigen fordern auch die Ärzte verbesserte Tbc-Fürsorge, vorbeugende Gesundheitsfürsorge und Betriebsfürsorge, teilweise auch eine organisatorische Vereinheitlichung, einen „Ausbau wie in England“ oder eine „Verstaatlichung“.

Die Frage, ob jeder praktizierende Arzt zur Kassenpraxis zugelassen werden soll, ist besonders gestellt. Sie wird von 84% der Bevölkerung bejaht, ein Beweis dafür, wie stark im Kreise der Versicherten der Wunsch besteht, jeden Arzt ihres Vertrauens konsultieren zu dürfen. Nur 5% sind entgegengesetzter Meinung und 11% haben keine Meinung. Dagegen sind es nur 58% der Ärzteschaft, die eine Zulassung aller Ärzte für richtig halten. Auch hier ist interessant, wie sich die einzelnen Arztgruppen zu dieser Frage stellen. 79% der angestellten, 76% der beamteten und 66% der „niedergelassenen“, also aller praktizierenden Ärzte einschließlich der Kassenärzte, bejahen die Frage. Dagegen sind die bereits zugelassenen Ärzte nur zu 33% für die Beteiligung aller Kollegen an der Kassenpraxis, 62% gegen diese Ausweitung.

Gegen eine Verbeamtung der gesamten Ärzteschaft und für die Beibehaltung der freien ärztlichen Berufstätigkeit haben sich 73% der Bevölkerung und 90% der Ärzteschaft — und zwar auch 82% der beamteten Ärzte — ausgesprochen. Von den Kassenärzten sind sogar 93% — der höchste Prozentsatz — gegen die Verbeamtung.

Die nur an die Ärzte gerichtete Frage, ob die Pflichtversicherten gegenwärtig durch die RVO-Kassen ausreichend versorgt werden, haben 42% bejaht, 51% verneint.

Die nur an die Hamburger Bevölkerung gerichtete Frage, ob sie mit der gegenwärtigen ärztlichen Versorgung zufrieden sei, ist von 68% bejaht und von 13% verneint worden. 11% sind teilweise zufrieden, 8% haben keine eigene Meinung. Interessant ist, daß die Versicherten, insbesondere auch die Rentner, und weiter die Beamten zu einem höheren Prozentsatz ihre Zufriedenheit erklärt haben, er liegt bei 72 bis 73%. Dagegen sind nur 36% der freien Berufe zufrieden, 28% ausgesprochen unzufrieden.

Sehr beachtenswert ist die Beantwortung der Frage, ob die Behandlung durch einen einzelnen Arzt oder durch eine Poliklinik oder ein ähnliches Institut bevorzugt wird. 70% haben sich für den einzelnen Arzt, nur 11% für die Poliklinik ausgesprochen. Das zeigt den Hang zur individuellen Behandlung und den Wunsch nach einem persönlichen Vertrauensverhältnis. Besonders interessant und aus der Zeitströmung erklärlich ist, daß bei den jüngeren Jahrgängen das Verlangen nach einer Behandlung durch Einzelärzte nicht so ausgeprägt ist. Bei den älteren Jahrgängen ist das Bedürfnis nach persönlichem Kontakt am stärksten. Von den 17- bis 30-Jährigen sind 69%, von den 31- bis 45-Jährigen 65%, von den 46- bis 59-Jährigen 73% und von den 60-Jährigen und Älteren sogar 81% für den Einzelarzt.

Die Frage, ob eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge befürwortet werde, wenn sich dadurch die Leistungen der Kassen verbessern ließen, wird nur von 15% der Bevölkerung bejaht und von 68% rundweg verneint, ein Beweis dafür, daß die Soziallast für den einzelnen des Höchstmaß erreicht hat.

52% der Bevölkerung ziehen die Behandlung in einem privaten Krankenhaus der in einem öffentlichen vor, 21% umgekehrt.

Die abschließende Frage, ob die verantwortliche Leitung von Krankenhäusern in den Händen des Chefarztes oder eines Verwaltungsdirektors liegen solle, wird von 62% zugunsten des Chefarztes und nur von 5% zugunsten eines Verwaltungsdirektors beantwortet, 19% haben salomonisch für eine gemeinsame Verwaltung durch beide gestimmt.

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. med. Brück: Handbuch für Ärzte, Kassenärzte und Sprechstundenhelferinnen. Schlütersche Verlagsanstalt und Buchdruckerei, Hannover 1951, ca. 210 S. Preis brosch., DM 6.—.

Das Buch, das sichtlich von einem erfahrenen Praktiker geschrieben ist, bringt eine erstaunliche Fülle von Wissenswerten für den Arzt und seine Helferlein. Hervorzuheben ist vor allem die klare und knappe Darstellung und die übersichtliche Anordnung des Stoffes, die eine rasche Orientierung ermöglicht. In eigenen Kapiteln werden die geltenden Bestimmungen für die einzelnen Kassenarten dargelegt und die Grundsätze der privaten Rechnungsstellung (auch gegenüber Kassenangehörigen) erörtert. Das Kapitel „Gebührenordnung, Verordnungen und Bestimmungen für die Kassen- und Privatpraxis“ enthält in alphabetischer Anordnung für alle praktisch vorkommenden Verrichtungen des Arztes nicht nur die entsprechenden Ziffern der Adgo und Preugo nebeneinandergestellt, sondern auch alle juristischen, standesorganisatorischen und vertraglichen Bestimmungen und Regelungen, die dabei zu beachten sind. Der Abschnitt für die Sprechstundenhilfe geht in knapper, aber erschöpfender Darstellung genaue Anweisungen und Ratschläge für deren Tätigkeit einschließlich einer großen Reihe von Untersuchungsmethoden. Eigene kurze Kapitel behandeln die anzeigepflichtigen Krankheiten, den berufsgenossenschaftlichen Tarif, die Buchführung und die Steuererklärung.

Angesichts der vortrefflichen Behandlung des Stoffes fallen einige durch örtlich abweichende Bestimmungen bedingte gelegentliche kleine Ungenauigkeiten (z. B. über Sprechstundenbedarf) nicht ins Gewicht.

Dr. W.

AMTLICHES

Wahlordnung für die Wahl der Abgeordneten zur Bayerischen Landesärztekammer

Das Bayerische Staatsministerium des Innern gibt unterm 21. März III 8—5051 a 1 folgende Abänderung der Wahlordnung über die Wahl der Abgeordneten zur Bayerischen Landesärztekammer, Körperschaft des öffentlichen Rechts, bekannt:

Auf Grund des Art. 14 Abs. II des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. Mai 1946 (GVBl. S. 193) wird die Wahlordnung über die Wahl der Abgeordneten zur Bayerischen Landesärztekammer vom 30. 12. 1949 Nr. III 8 — 5051 a 11 (Staatsanzeiger 1950 Nr. 1) mit sofortiger Wirkung geändert wie folgt:

1. § 4 Abs. III erhält folgenden Wortlaut:

„III. Ausgeschlossen von der Wahlberechtigung sind ferner:

1. Personen, die unter Klasse I und II des Teils A der Anlage des Gesetzes zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus vom 5. 3. 1948 (GVBl. S. 145) fallen, solange noch keine rechtskräftige Entscheidung der Spruchkammer vorliegt;
2. Personen, die rechtskräftig in die Gruppe der Hauptschuldigen oder Belasteten eingereiht sind.“

Abs. IV wird gestrichen.

Abs. V wird Absatz IV.

2. § 5 Abs. II und III erhält folgenden Wortlaut:

„II. Nicht wählbar sind außer den in § 4 Abs. II bis IV aufgeführten Personen:

1. Mitläufer und ehemalige Mitglieder der NSDAP, ihrer Gliederungen und angeschlossenen Verbände, die unter eine der Kategorien der Anlage des Gesetzes zum Abschluß der politischen Befreiung vom 27. 7. 1950 (GVBl. S. 107) fallen, es sei denn, daß letztere vom Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus nicht betroffen oder rechtskräftig entlastet sind.
3. Zum 1. Vorsitzenden (Präsidenten) und zum 2. Vorsitzenden der Bayerischen Landesärztekammer kann nur gewählt werden, wer vom Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus nicht betroffen oder rechtskräftig entlastet ist. Wählbar sind auch Mitläufer, soweit sie nicht unter eine der Kategorien der Anlage des Gesetzes zum Abschluß der politischen Befreiung fallen.“

I. A.: Platz, Ministerialdirektor.

Zusatz der Schriftleitung: Die Wahlordnung für die Wahl der Abgeordneten zur Bayer. Landesärztekammer ist in Heft 1/1950 des Bayer. Ärzteblattes im Wortlaut veröffentlicht.

Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums des Innern zur Anzeigepflicht der Krankenanstalten gegenüber der Polizei

Das nachfolgend bekanntgegebene Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern nimmt erfreulicherweise in durchaus klarer Form Stellung zu § 23 Abs. 4 der Reichsmeldeordnung und besagt, daß die Schweigepflicht des Arztes durch diese Vorschrift nicht berührt wird. Sie lautet:

„Bei der in § 23 Abs. 4 der Reichsmeldeordnung vom 6. 1. 1938 (RGBl. I S. 13) festgelegten Anzeigepflicht der Krankenanstalten hinsichtlich Personen, die mit Schuß-, Stich- oder Hieb- oder sonstigen auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand eingeliefert werden, kann es sich nur um die Meldung von Verletzungen handeln, die für jedermann schon äußerlich als Einwirkungen auf den menschlichen Körper im Sinne des § 23 Abs. 4 a.a.O. erkennbar sind. Verletzungen irgendwelcher Art, deren Ursache nur von einem Arzt auf Grund einer Untersuchung festgestellt werden können, fallen nicht unter die Meldepflicht, da es sich hier um

Umstände und Vorgänge handelt, die dem Arzt in Ausübung seines Berufes zugänglich geworden sind und daher unter die ärztliche Schweigepflicht fallen (Art. 4, Absatz 3, 34, Absatz 1 Nr. 4 des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 — GVBl. S. 193 —, § 53 STPO neue Fassung).

Hinsichtlich der Meldung von Früh- und Fehlgeburten gilt z. Z. das Gesetz über die Meldepflicht von Früh- und Fehlgeburten vom 14. 11. 1947 (GVBl. S. 214) in der Fassung des Änderungsgesetzes v. 18. 6. 1948 (GVBl. S. 111). Hierher gehören auch Schwangerschaftsunterbrechungen, wenn bei ihnen der Verdacht eines strafbaren Eingriffs besteht. Eine Anzeigepflicht nach § 23 Abs. 4 RMO kommt hier grundsätzlich nicht in Frage, weil der Zustand des Patienten äußerlich nicht ohne weiteres als ein auf eine strafbare Handlung hindeutender Zustand erkennbar sein wird.

I. A.: Platz, Ministerialdirektor.“

Zulassung beim Arztregisterbezirk München-Stadt und -Land

Gemäß § 28 des Gesetzes über die Zulassung hat der Zulassungsausschuß des Arztregisterbezirks München-Stadt und -Land die Ausschreibung folgender freien Kassenarztstelle beschlossen:

1 Facharzt für Urologie Ortsteil 1 (Pol.-Rev. 1). Die Ortseinteilung für München wurde im Bayer. Staatsanzeiger Nr. 49 vom 10. 12. 1949 veröffentlicht.

Die Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß des Arztregisterbezirks München-Stadt und -Land, München 2, Briener Str. 11 (Kassenärztl. Vereinigung Bayern-München) zu richten.

Letzter Termin der Einreichung: 21. 4. 1951.

Der Zulassungsausschuß macht darauf aufmerksam, daß im Bereich der ausgeschriebenen Kassenarztstelle bereits ein Spätheimkehrer aus Kriegsgefangenschaft (Facharzt für Urologie) wohnhaft ist.

Die Bewerbungsgebühr von DM 5.— ist auf Konto „Bayer. Hypotheken- und Wechsel-Bank Nr. 338 800“ zu überweisen oder dem Antrag beizugeben.

München, 13. 5. 1951.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern

Bezirksstelle München-Stadt und -Land

I. A.: gez. Dr. Rippel, Geschäftsführender Arzt.

Zulassungen beim Arztregisterbezirk Oberfranken:

Der Zulassungsausschuß beim Arztregisterbezirk Oberfranken hat gem. § 28 des Gesetzes über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen die Ausschreibung folgender freier Kassenarztstellen beschlossen:

Bamberg (Stadtgebiet): Facharzt f. Lungenkrankheiten, 1 Facharzt f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten*);
Landkreis Bamberg
Frensdorf: 1 prakt. Arzt*);
Viereth: 1 prakt. Arzt*);
Bayreuth (Stadtgebiet): 1 prakt. Arzt*);
Landkreis Bayreuth
Blindlach: 1 prakt. Arzt;
Pegnitz (Stadtgebiet): 1 Facharzt f. Augenkrankheiten,
1 Facharzt f. Kinderkrankheiten;
Münchberg (Stadtgebiet): 1 Facharzt f. Kinderkrankheiten;
Helmbrechts (Stadtgebiet): 1 prakt. Arzt*);
Kulmbach (Stadtgebiet): 1 prakt. Arzt*);
Landkreis Kulmbach
Schwarzach: 1 prakt. Arzt;
Coburg (Stadtgebiet): 1 Facharzt f. Augenkrankheiten;
Landkreis Staffelstein
Redwitz: 1 prakt. Arzt;
Landkreis Kronach
Tettau: 1 prakt. Arzt;
Hof (Stadtgebiet): 1 Facharzt f. Augenkrankheiten.

1 prakt. Arzt im Stadtteil Vorstadt, Unteres Tor, Sigmunds-Graben, Untere Ludwigstraße, 1 prakt. Arzt im Stadtteil Münster mit angrenzenden Gebieten der Osseckerstraße;

Naila (Stadtgebiet): 1 Facharzt f. Augenkrankheiten; Landkreis Wunsiedel

Tettau: 1 prakt. Arzt;

Marktleuthen: 1 prakt. Arzt;

Thiersheim: 1 prakt. Arzt.

An den mit einem *) versehenen Stellen sind bereits ortsansässige niedergelassene Ärzte tätig und stehen mit zur Bewerbung. Eine Bewerbung ist trotzdem möglich.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß beim Arztregisterbezirk Oberfranken bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksstelle Oberfranken, Bayreuth, Bahnhofstr. 16/III, zu richten. Dort sind auch Bewerbungsbogen erhältlich. Letzter Termin für die Bewerbung 10. 5. 1951.

Die Bewerbungsgebühr von DM 5.— ist auf das Konto der Städt. Sparkasse, Bayreuth Nr. 1801, zu überweisen oder ist dem Antrag beizulegen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Bezirksstelle Oberfranken
gez. Dr. Hering, Vorsitzender.

Stellenausschreibung für Staatliche Gesundheitsämter

Das Bayerische Staatsministerium des Innern gibt unterm 15. März 1951 — III 2 — 5010 a 19 folgendes bekannt:

Die Amtsarztstelle beim Staatl. Gesundheitsamt Lichtenfels ist neu zu besetzen. Bewerber können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst nach § 19 der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 8. 7. 1949 (Bayer. Staatsanz. Nr. 27) geführt bzw. nach § 21 vorgemerkt oder bereits an einem Staatl. Gesundheitsamt tätig sind. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen. Ärzte, die bereits bei einem Staatl. Gesundheitsamt tätig sind, richten ihr Gesuch an die für ihren Dienstort zuständige Regierung. Die Gesuche müssen bis spätestens 20. April 1951 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Verg.-Gr. III der TO.A. Bei Eignung ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis (Bes.-Gr. A 2 c 2) möglich. Mitteilung an die Bewerber ergeht nur bei Einstellung.

I. A.: Platz, Ministerialdirektor.

Aufnahme von Geisteskranken in Haar

Das Medizinalreferat der Regierung von Oberbayern gibt unterm 6. 3. 51 folgenden Hinweis bekannt:

Die Direktion der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Haar bei München führt Klage darüber, daß immer wieder Patienten durch praktische Ärzte zur Aufnahme eingewiesen werden, die nur einen gelben Kassenweisungsschein mitbringen, welcher weder genaue Personalien, noch die Gründe der Einweisung, noch die ausdrückliche Bestätigung über das Vorliegen einer Geisteskrankheit und Anstaltspflegebedürftigkeit enthält. Nach den Satzungen der Anstalt kann diese Kranke aber nur dann aufnehmen, wenn durch das regelrechte Zeugnis eines deutschen approbierten Arztes Geisteskrankheit und Anstaltspflegebedürftigkeit ausdrücklich bestätigt werden. Künftig muß die Anstalt Kranke abweisen, wenn dieses Zeugnis nicht vorgelegt werden kann. Die Herren Ärzte werden daher um Beachtung der Vorschrift ersucht.

Medizinalreferat der Regierung von Oberbayern:
gez. Dr. Aub.

Verlust von Urkunden

Das Bayer. Staatsministerium d. Innern teilt den Verlust nachstehender Urkunden mit. Es wurden entsprechende Ersatzstücke ausgestellt. Die verlorengegangenen Urkunden werden für ungültig er-

klärt. Falls diese vorgezeigt werden, wird um Einziehung und Übersendung mit kurzem Bericht gebeten.

Ann.: Die Abkürzung Ers. bedeutet Ersatzurkunde.

Dr. med. Hans Spiegeberg, geb. 9. 11. 1889, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 4. 8. 1914, Ers. ausgest.: 28. 12. 1950; Dr. med. Magdalene Wohlfeil, geb. Lieder, geb. 26. 12. 1902, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 1. 8. 1936, Ers. ausgest.: 4. 1. 1951; Dr. med. Franz August Nau, geb. 5. 7. 1898, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 1. 8. 1929, Ers. ausgest.: 10. 1. 1951; Dr. med. Carl H. Ingerfeld, geb. 29. 6. 1911, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 15. 10. 1937, Ers. ausgest.: 11. 7. 1949; Arzt Wilhelm Wahl, geb. 14. 10. 1912, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 1. 9. 1939, Ers. ausgest.: 7. 2. 1951; Dr. med. Horst Albert Robert Niemann, geb. 30. 5. 1916, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 14. 4. 1940, Ers. ausgest.: 7. 2. 1951; Dr. med. Helma Spies, geb. 13. 6. 1920, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 14. 2. 1947, Ers. ausgest.: 3. 2. 1951; Arzt Erwin Parow, geb. 22. 7. 1920, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde 18. 7. 1950, Ers. ausgest.: 14. 2. 1951; Prof. Dr. med. Hans Wildegans, geb. 22. 2. 1888, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 12. 6. 1942, Ers. ausgest.: 29. 1. 1951; Arzt Friedrich Wilhelm Wedel, geb. 18. 2. 1894, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 5. 11. 1919, Ers. ausgest.: 5. 2. 1951; Arzt Walter Rieche, geb. 7. 6. 1887, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 11. 10. 1914, Ers. ausgest.: 3. 2. 1951; Dr. med. Lise Heidger, geb. Hesse, geb. 26. 11. 1911, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 15. 12. 1937, Ers. ausgest.: 8. 2. 1951; Dr. med. Milena Bäsensberg, geb. Nicolie, geb. 16. 2. 1903, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 27. 5. 1951, Ers. ausgest.: 6. 2. 1951.

Fachärzte:

Dr. med. Kurt Altner, geb. 12. 2. 1904, schriftl. Anerkennungen als „Facharzt f. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe“ und „Chirurgie“, Ers. ausgest.: 15. 1. 1951; Dr. med. Margarete Focken, geb. 17. 8. 1905, schriftl. Anerkennung als „Facharzt f. Innere Medizin“, Ers. ausgest.: 29. 1. 1951; Arzt Karl Wilhelm Heinrich Stein, geb. 27. 1. 1907, schriftl. Anerkennung als „Facharzt f. Röntgenologie und Strahlenheilkunde“, Ers. ausgest.: 1. 2. 1951; Prof. Dr. med. Friedrich Kuhlmann, geb. 28. 6. 1902, schriftl. Anerkennung als „Facharzt f. Röntgenologie und Strahlenheilkunde“, Ers. ausgest.: 8. 2. 1951; Dr. med. Jaques Wilhelm Lorent, geb. 7. 4. 1905, schriftl. Anerkennung als „Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe“, Ers. ausgest.: 2. 2. 1951.

Untersagung der Ausübung des ärztl. Berufs

Arzt Friedrich Rinck, wohnhaft Coburg, Beschluß vom 25. 9. 1950.

Rauschgift-Rezeptschwindler

Die Landesrauschgiftstelle beim Zentralamt für Kriminalidentifizierung und Polizeistatistik des Landes Bayern bittet um Veröffentlichung nachstehender Mitteilung:

„Der ledige Kaufmann Heinrich Schnell, geb. 20. 2. 1915 in Offenbach a. M., z. Z. ohne festen Wohnsitz, bereist seit Februar 1951 ganz Bayern. Er ist amtsbekannter Dolantinsüchtiger, simuliert bei Ärzten Gallenkolik und läßt sich in jedem Falle Dolantin-Tropfen verschreiben. Dabei gibt er sich fälschlicherweise als Kassenmitglied aus und verspricht stets, den Krankenschein am nächsten Tage zu bringen. In jedem Falle gibt er einen falschen Namen an. Eine Anzahl Ärzte und Apotheker wurden auf diese Weise in den letzten Wochen geschädigt, weshalb vor dem Schwindler gewarnt wird.“

Schnell ist 36 Jahre alt, 1,80 m groß, schlank, trägt Brille, rechter Kleinfinger fast zur Handwurzel amputiert und hat am Bauch Operationsnarben.

Nach einer Veröffentlichung in der Südd. Apothekerzeitung Nr. 5/1948 ist Schnell für den Bezug von Betäubungsmitteln gesperrt. Schnell ist im Bayer. Polizeiblatt Nr. 25 vom 30. 3. 1951 Ziff. 42 abgebildet. Das Blatt kann bei jeder Polizeidienststelle eingesehen werden.“

Gewerbliche Berufsgenossenschaften e. V.

(Landesverband Bayern)

Wie der Landesverband Bayern der Gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. mitteilt, ist aus der Liste der zugelassenen Heilanstalten (Veröffentlichung in der Beilage des Bayer. Ärzteblattes 3/50) ab sofort zu streichen: „Ergoldsbach Gemeindekrankenhaus“.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Chemische Fabrik A. Klinge G.m.b.H., München
Uzara Werk Fabrik chem.-pharmaz. Präparate,
Melsungen
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H., Stuttgart.
Wir bitten unsere Leser um gefl. Beachtung.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstr. 2–6, Tel. 6 31 21–23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstellen: Nürnberg, Knauerstr. 10, Tel. 6 38 83; Stuttgart, Staffenbergstr. 20, Tel. 9 56 02. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2,40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellungsgebühr. Postscheckkonto München 15 900, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. — Veröffentlichung gemäß § 8 Abs. 3 des Gesetzes über die Presse vom 3. 10. 1949; Alleininhaber des Richard Pflaum Verlags, München, Lazarettstr. 2–6, ist Richard Pflaum, Verleger in München. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.

