

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

MÜNCHEN, JUNI 1951

6. Jahrgang

Mitbestimmungsrecht — auch für Ärzte

Von Dr. Walther Koerting.

Durch Wochen und Monate tobte in Presse, Rundfunk und Versammlungen, schließlich im Bundestag ein heftiger Kampf um das „Mitbestimmungsrecht“. Die Millionen, die bei Wahlen für die oder jene Partei den Ausschlag geben könnten, und darunter die Mitglieder der fast alle Arbeitnehmer umfassenden Gewerkschaften haben trotz aller anfänglichen Widerstände — nicht zuletzt durch ihre Drohung mit Streik — einen vollen Sieg errungen, der noch weiter ausgeweitet werden soll.

Die Ärzte, deren Wirken die großen Erfolge auf allen Gebieten des Gesundheitswesens, sei es die Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit, die fast völlige Ausschaltung von Seuchen, die wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der trotz schlechter Wohnungsverhältnisse erfolgreiche Kampf gegen die Tuberkulose — um nur einiges zu nennen — zuerkannt werden müssen, wissen genau, daß jeder durch ihre Tätigkeit und ihr opfervolles Handeln erzielter Schritt nach vorwärts bei der Ausrottung von Volkskrankheiten oder bei der Erreichung rascherer Gesundung der Kranken oder bei der vorsorgenden (präventiven) Medizin ihre Tätigkeit letzten Endes einengt und damit die materiellen Voraussetzungen für ihren Lebensunterhalt verringert.

Es gibt keinen Beruf, der so selbstlos für das Volksganze arbeitet wie der ärztliche. Ihm ist es zu danken, daß die Arbeitskraft in so weitem Umfange bei einer unübersehbaren Zahl von Menschen wiederhergestellt wird und die Altersgrenze der Bevölkerung weit heraufgesetzt werden konnte, eine Tatsache, die für die Volkswirtschaft von um so größerer Bedeutung ist, als durch die zwei Weltkriege enorm fühlbare Lücken in einzelnen Altersklassen entstanden sind. (Die damit im Zusammenhang stehende sogenannte Vergreisung der Bevölkerung wirkt sich gegenüber den erzielten Vorteilen nicht so nachteilig aus, wie dies angenommen werden könnte.)

Wenn auch die ärztliche Tätigkeit von maßgeblichen Stellen zeitweise, zumindest in Wort und Schrift, gewürdigt wird, so mangelt es oft genug an einer sichtbaren Auswirkung solcher Anerkennungen. Die Ärzte mit ihrer bescheidenen Zahl von rund 50 000 stellen gegenüber den Millionen anderer Wähler keinen von irgendeiner politischen Partei begehrten Machtzuwachs dar, der es, rein zahlenmäßig gesehen, lohnen würde, sich für ärztliche Interessen, die letzten Endes doch der Volksgesundheit zugute kommen, besonders einzusetzen, dies um so weniger als man ohnedies weiß, daß die Ärzte gewohnt sind, ihre Pflicht ohne entsprechende Entlohnung zu tun.

Den Ärzten ist es — fast als einzigem Beruf — durch ihre hohe Standesauffassung und das große Verantwortungsbewußtsein versagt, durch einen Streik mit seinen

schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit des einzelnen und der Gesamtheit darzutun, welche verheerende Auswirkungen die Einstellung ihres Wirkens hätte und wie auch eine verhältnismäßig kleine Zahl von Staatsbürgern die Unentbehrlichkeit ihrer Tätigkeit unter Beweis stellen kann.

Wenn nun aber die Ärzte von jenem letzten Mittel zur Durchsetzung ihrer berechtigten Forderungen keinen Gebrauch machen wollen und können, so enthebt dies die verantwortlichen Stellen nicht der Verpflichtung, gerade deshalb jenem Stande, dem die Gesundung und Gesunderhaltung des Volksganzes und damit dessen Arbeitskraft zu danken ist, das „Mitbestimmungsrecht“ überall dort zuzuerkennen, wo Ärzte im Interesse der Volksgesundheit wirken.

Es ist unverständlich, wenn in Krankenhäusern, deren Wirken ohne die Tätigkeit der Ärzte ganz undenkbar ist, der ärztliche Direktor, sofern ein solcher vorhanden ist, oder der Chefarzt oder andere Ärzte desselben in ärztlichen Angelegenheiten im engeren und weiteren Sinne den Weisungen von Laien unterstellt sind oder wenn Laien, aus welchen Beweggründen immer, über die Besetzung von ärztlichen Stellen entscheiden oder Entlassungen ohne Fühlungnahme mit (im Krankenhaus selbst tätigen) Ärzten vornehmen können. Es ist auch unfassbar, daß Ärzte dort gehalten sind, aus den eigenen Einnahmen an den Krankenhauseigner hohe Beträge abzuführen, die berechnete Entgelte weit übersteigen, nur damit der Elgner des Krankenhauses aus den Arztein-

Aus dem Inhalt:

Koerting: Mitbestimmungsrecht — auch für Ärzte	81
Zuzug von Ärzten aus der Ostzone	82
Bach: Ein Weg in der Not	85
Richtigstellung zu dem Artikel „Besinnung und Einkehr“	86
Mitteilungen	87
Kongresse und Fortbildung	92
Fakultätsnachrichten	92
Personalia	93
In memoriam	93
Auslandsnachrichten	93
Rundschau	94
Amtliches	99
Buchbesprechungen	99

nahmen jene Erfordernisse deckt, die ihm obliegen. Bei welchem Berufsstand gibt es noch derartige wohl den guten Sitten widersprechende Abmachungen? Wenn Ärzte mitbestimmend eingeschaltet wären, wäre es wohl auch unmöglich, daß Ausbildung anstrebende Ärzte trotz Betätigungsmöglichkeit abgewiesen werden.

In zahlreichen Krankenhäusern oder in Betrieben, die mit gesundheitlichen Fragen befaßt sind, ist oft genug im Betriebsrat auch nicht ein einziger Arzt, obwohl dieser Mangel bei unberechtigter Kündigung von Ärzten schwere Folgen dann haben kann, wenn der Arzt beim Arbeitsgericht Klage erheben will, aber dazu keine Zustimmung des Betriebsrates erreicht werden kann. Andererseits kann die Mitarbeit eines oder mehrerer Ärzte im Betriebsrat günstige Wirkung gerade für die nicht-ärztlichen Mitglieder desselben haben. Auch bei den charitativen Verbänden sollte bei Behandlung ärztlicher Fragen ein Mitbestimmungsrecht der Ärzte selbstverständlich sein. (Eine neue Wahlordnung für die Betriebsräte wird derzeit beraten.)

Die Ärzte sind zwar nicht Arbeitnehmer der Krankenkassen, aber doch in einem engen Vertragsverhältnis zu denselben, daß — nicht zuletzt im Hinblick auf die Interessen der Allgemeinheit — die Forderung berechtigt erscheint, an die Spitze der Krankenkassen neben den administrativen Direktor auch Ärzte zu setzen, die — ohne Angestellte der Kassen und damit Ausführungsorgan derselben zu sein! — in ärztlichen Fragen ein „Mitbestimmungsrecht“ hätten. Das gleiche gilt für die Landesversicherungsämter, die Versorgungsämter usw.

Gerade jene, die den Kampf um das „Mitbestimmungsrecht“ aufgenommen und erfolgreich durchgeführt haben, sitzen an maßgebenden Stellen und können gerade hier unter Beweis stellen, daß ihr Ringen für das „Mitbestimmungsrecht“ nicht für eine Partei oder eine, wenn auch sehr große Gruppe geführt wurde, sondern aus ideellen Gründen für die Allgemeinheit.

Unter der Überschrift „Politik im Gesundheitswesen“ betont die Monatszeitschrift „Versicherungswissenschaft, Versicherungspraxis, Versicherungsmedizin“ im Märzheft 1951, daß im Lande H e s s e n ein Landes-Gesundheitsrat

gebildet wurde, der die Aufgabe hat, den Innenminister in Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialhygienischen Fürsorge zu beraten. „Von den insgesamt 30 Sitzen entfallen 8 auf die politischen Parteien und 8 auf die Gewerkschaften, während nur 4 auf die Sozialversicherungs-Organisationen und je einer auf andere Organisationen und Ämter entfällt (Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker, Fürsorge, Jugendamt und Wohlfahrt). Den ärztlichen Organisationen (Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Marburger Bund, Hartmannbund, Med. Fakultäten der Universitäten Frankfurt, Marburg und Gießen) verbleiben 4 Sitze.“

Aus diesem Grunde haben die letztgenannten Organisationen beschlossen, keine Vorschläge zur Besetzung der ihnen zugebilligten Sitze vorzulegen, weil die beabsichtigte Zusammensetzung des Beirates nicht die Gewähr dafür bietet, daß den von ihnen entsandten Vertretern eine verantwortliche Mitarbeit in ausreichendem Maße möglich ist. Fragen der Volksgesundheit könnten nur von wirklich Sachverständigen beurteilt werden. Sache der Politiker sei es dann, das Ergebnis der Arbeit dieses Beirates in Gesetze und Verordnungen umzusetzen.

Der Reichsgesundheitsrat hatte 1929 bei 158 Mitgliedern 87 ärztliche Sachverständige, der Preußische Gesundheitsrat bei 114 Mitgliedern 68 ärztliche Sachverständige. Die politischen Parteien waren in diesen Ausschüssen nicht vertreten. Nimmt man sie heute hinein, so tritt die Funktion der Sachverständigenberatung gegenüber der politischen Einwirkungsmöglichkeit ganz offensichtlich zurück. Dies dürfte weder der Sache, d. h. hier dem Volke, noch der inneren Befreiung wirklich dienen.“

Bei dem hohen sozialen Empfinden der Ärzte würde sich ein bisher leider vielfach vermißtes Mitbestimmungsrecht der Ärzte nur zum Vorteil der einzelnen Stellen und damit für das Volksganze auswirken. Vielleicht könnte dadurch manches Problem rascher einer Lösung zugeführt und gleichzeitig für die ärztliche Tätigkeit mehr Verständnis bei Nichtärzten gewonnen werden. Auch aus diesem Grund Mitverantwortung und „Mitbestimmungsrecht“ auch für Ärzte!

(Anschrift des Verfassers: München 38, Laimer Str. 28.)

Zuzug von Ärzten aus der Ostzone

Angesichts des anerkannten Ärztemangels in der Ostzone und der besonders starken Überfüllung Bayerns mit Flüchtlingsärzten und zugezogenen Ärzten aus dem übrigen Bundesgebiet hatte das Bayer. „Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens“ vom 23. 12. 48 (BGV 1949 S. 2*) in Art. 3 bestimmt, daß deutsche Staatsangehörige, die nach dem 1. 10. 1948 in das Bundesgebiet zugezogen sind, die Niederlassungsgenehmigung nur erhalten können, wenn Gründe der öffentlichen Gesundheit es zwingend erfordern.

Mit dem „Gesetz über die Notaufnahme von Deutschen in das Bundesgebiet“ vom 22. 8. 1950 (BundesGBl. S. 367) wurde auf Bundesebene eine Neuregelung getroffen, nach der Zuziehenden aus der sowjetischen Besatzungszone für den ständigen Aufenthalt im Bundesgebiet durch die Aufnahmeausschüsse in den Bundesdurchgangslagern in Gießen und Uelzen eine besondere Erlaubnis erteilt werden kann, wenn sie „wegen einer drohenden Gefahr für Leib und Leben, für die persönliche Freiheit und aus sonstigen zwingenden Gründen“ ihr Heimatgebiet verlassen mußten. Mit dieser Erlaubniserteilung wird gleichzeitig das Aufnahmeland bestimmt,

welches zur Aufnahme bzw. Notaufnahme gesetzlich verpflichtet ist.

Angesichts der bundesgesetzlichen Neuregelung gab das Bayer. Staatsministerium d. Inn. in einem Schreiben vom 18. 1. 1951 an die Bayer. Landesärztekammer seine Absicht kund, die Niederlassungsfrage der nach dem 1. 10. 1948 aus der Ostzone eingewanderten Ärzte dadurch zu lösen, daß es sie den „Heimkehrern aus der Kriegsgefangenschaft und sonstigen Heimkehrern aus dem Ausland“ (Ziff. 1 d. Abs. 2 der Vollzugsentschließung z. Niederlassungsgesetz Nr. 5104 r 145) gleichstellen und damit für sie die Sperrbestimmungen des Art. 3 des Bayer. Niederlassungsgesetzes unwirksam machen wolle.

Gegen diese Absicht hat die Gesamtvorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer in ihrer Sitzung vom 10. 2. 1951 mit nachfolgender, einstimmig gefaßter **Resolution** Einspruch erhoben:

„In keinem anderen Lande der westdeutschen Bundesrepublik besteht eine derartige Überfüllung des Ärztestandes wie in Bayern. Dieses Land hat verhältnismäßig die meisten Evakuierten- und Flüchtlingsärzte aufgenommen. Bayern hat als einziges Land in § 44 seines

* Beilage z. Bxbl. Heft 1/1949.

Gesetzes über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen Sonderbestimmungen für die Zulassung von Flüchtlingsärzten getroffen und diese in einer für die Flüchtlingsbetreuung vorbildlichen Weise ohne Rücksicht auf die einheimischen Ärzte durchgeführt. Die für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit festgelegte Verhältniszahl von einem Arzt auf 600 Versicherte als untere Grenze ist in sämtlichen bayerischen Regierungsbezirken weitgehend unterschritten. Eine große Reihe bayerischer Ärzte hat trotz bester Ausbildung auf viele Jahre hinaus keine Aussicht auf Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit.

Das Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens vom 23. 12. 1948 bestimmte in Anbetracht der schon damals bestehenden untragbaren Verhältnisse, daß das Bayer. Staatsministerium d. Innern eine besondere Genehmigung zur Niederlassung abweichend von den grundsätzlichen Bestimmungen nur dann erteilen darf, „wenn Gründe der öffentlichen Gesundheit es zwingend erfordern“.

Eine Änderung des Niederlassungsgesetzes ist weder rechtlich noch gesundheitspolitisch tragbar, da sich die Arztverhältnisse seit Erlaß des Gesetzes in Bayern keineswegs bessert, sondern noch weiterhin verschlechtert haben. Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer legt daher schärfsten Protest gegen die Absicht ein, die Vollzugsbestimmungen des Niederlassungsgesetzes dahin zu ergänzen, daß Ärzte aus der Ostzone, die zur Notaufnahme nach Bayern zugewiesen werden und die eine entsprechende Bestätigung für die Berechtigung einer Notaufnahme vorweisen, nunmehr den „Heimkehrern aus der Kriegsgefangenschaft und sonstigen Heimkehrern aus dem Ausland“ gleichgestellt werden und ihr Wohnsitz in Bayern auf den 1. 10. 1948 zurückverlegt und als an diesem Tage begründet gelten soll.“

Vorstehende Resolution wurde vom Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer mit nachfolgendem Schreiben dem Bayer. Staatsministerium d. Inn. am 15. II. 51 übermittelt:

Betr.: Niederlassung von Ärzten, Zahnärzten und Dentisten aus der Ostzone in Bayern.

Bezug: Ihr Schrb. v. 18. 1. 51 Nr. III 8 — 5034/3.

„Der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer wurde gelegentlich ihrer Sitzung am 10. 2. 51 das vorbezeichnete Schreiben vorgetragen. Nach eingehender Beratung faßte sie den beigelegten Beschluß, von dem ich bitte, Kenntnis zu nehmen.

Wir glauben, erwarten zu dürfen, daß den Darlegungen der ärztlichen Berufsvertretung bei den weiteren Erwägungen entsprechend Rechnung getragen wird. Auch wir halten es nicht für tunlich, Ärzte ohne Beschäftigung im westdeutschen Bundesgebiet zu belassen, die wegen wirklich ernsthafter Bedrohung ihres Lebens oder ihrer Freiheit die Ostzone verlassen mußten. Solche Ärzte sollten in die westdeutschen Länder gesandt werden, deren Besetzung mit Ärzten verhältnismäßig geringer ist als die in Bayern bestehende. Erst wenn ein einigermaßen gerechter Ausgleich in den einzelnen westdeutschen Ländern erreicht ist, wird auch die bayerische Ärzteschaft sich nicht dagegen wehren, daß solchen Ärzten eine ärztliche Betätigung im Lande erlaubt wird. Wir glauben aber auch, der Staatsregierung Bedenken nicht verhehlen zu dürfen, die dahingehen, daß die Bestätigungen einer ernsthaften Bedrohung kaum immer mit voller Gewißheit den Tatsachen entsprechen.

Wir bitten, uns diese Ansicht nicht verübeln zu wollen, die sich auf leider sehr vielfache Erfahrungen auf ähnlichen Gebieten stützt. Hinzu kommt auch der Umstand, daß wir von einem Arzt mehr Standhaftigkeit in Ge-

fahren verlangen, als dies für den sonstigen Bürger verlangt werden kann. Es ist dem Bayer. Staatsministerium des Innern zweifellos bekannt, daß die ärztliche Versorgung der Bewohner Ostdeutschlands außerordentlich gefährdet und vielfach unzureichend ist, weil dort infolge der Abwanderung zu zahlreicher Ärzte Arztmangel herrscht. Wir bitten daher, insbesondere auch die Stellen, die mit der Ausstellung der Bescheinigungen über die Berechtigung einer Aufnahme Ostdeutscher im westdeutschen Bundesgebiet zu entscheiden haben, besonders auch auf diesen Umstand hinzuweisen.

gez. Dr. Weiler.“

Das Bayer. Staatsministerium d. Inn. hat auf den Einspruch der Bayer. Landesärztekammer mit folgendem Schreiben vom 17. 5. 51 geantwortet:

Betreff: Niederlassung von Ärzten, Zahnärzten und Dentisten aus der Ostzone.

Zum Schreiben vom 15. Februar 1951 — Dr. W. S. — I/293.

Die von den Berufsorganisationen in obiger Sache vertretene Auffassung übersieht, daß bei der geltenden Rechtslage ein starres Festhalten an den Bestimmungen des Art. 1 Ziff. 4 und des Art. 3 des Niederlassungsgesetzes vom 23. Dezember 1948 (GVBl. 1949 S. 2) nicht möglich ist. Denn bereits mit Inkrafttreten des Bonner Grundgesetzes sind alle deutschen Rechtsvorschriften außer Geltung gesetzt, die in Widerspruch mit diesem eine Beschränkung der den Deutschen verbürgten Grundrechte enthalten.

Eines dieser Grundrechte ist das Recht auf freie Wahl des Berufs- und des Arbeitsplatzes; das nach Art. 12 BGG „allen Deutschen“ gleichmäßig zusteht, während im übrigen die Berufsausübung durch Gesetz geregelt werden kann. Insoweit das Bayer. Niederlassungsgesetz als Voraussetzungen der freien Niederlassung deutsche Staatsangehörigkeit, Bestallung oder staatliche Anerkennung, ferner Ableistung einer praktischen Berufstätigkeit vorschreibt, ist diese Regelung mit der des Grundgesetzes vereinbar.

Anders verhält es sich indessen mit dem Wohnsitz-Erfordernis des Art. 1 Ziff. 4 des Niederlassungsgesetzes und den für den Fall des Fehlens dieser Erfordernisse in Art. 3 aaO. vorgeschriebenen Genehmigungsverfahren. Mit dem zum 1. Oktober 1948 geforderten Wohnsitz bzw. dauernden Aufenthalt nimmt die bayerische Niederlassungsregelung Deutsche von dem Recht auf freie Niederlassung aus und befindet sich damit — bereits dem Wortlaut nach — in Widerspruch mit dem in Art. 12 Abs. 1 S. 1 BGG bestimmten Recht „aller Deutschen“ auf freie Berufs- und Arbeitsplatzwahl. Entscheidend ist insoweit lediglich der Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit, und sofern dieser nach Art. 116 BGG gegeben ist, kommt es im Einzelfall auf den Zeitpunkt der Wohnsitzgründung im Bundesgebiet nicht an. Das Recht zur Berufsaufnahme innerhalb der Bundesrepublik steht daher auch dem Deutschen zu, der bei Inkrafttreten des Grundgesetzes seinen Wohnsitz noch außerhalb hatte und erst zu späterem Zeitpunkt in das Bundesgebiet zuzieht.

Im Gegensatz hierzu wird in Art. 1 Ziff. 4 des Bayer. Niederlassungsgesetzes dem erst später zuziehenden Deutschen das Recht auf freie Niederlassung in Bayern versagt und der Bewerber durch die Bestimmung des Art. 3 aaO. vielmehr auf den Weg der Einholung einer Sondergenehmigung des Bayer. Staatsministeriums des Innern verwiesen, die nur aus zwingenden Gründen der öffentlichen Gesundheit erteilt werden darf. Mit vorstehendem Inhalt bedeutet die bayerische Regelung nicht eine Frage der Berufsausübung, sondern eine Frage der Berufszulassung, die im übrigen von der Bejahung

eines Bedürfnisses abhängig gemacht und in die Entscheidung einer Verwaltungsbehörde gestellt ist.

Nach den Erläuterungen zum Bonner Grundgesetz ist eine derartige Regelung mit dem Wesensgehalt des Rechts des Art. 12 Abs. 1 S. 1 BGG. auf freie Berufs- und Arbeitsplatzwahl nicht vereinbar. Ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers war es, mit dieser Bestimmung alle Zulassungsbeschränkungen aufzuräumen und jedes zwangsweise öffentliche Eingreifen bei der Betätigung in einem Beruf und der Wahl des Arbeitsplatzes zu unterbinden. Als unzulässig und unvereinbar mit Art. 12 Abs. 1 BGG. wird insbesondere jedes Zwangsverfahren bezeichnet, das nicht nur den Erfordernissen fachlicher Vorbildung und Eignung gilt, sondern die Ausübung eines Berufes auch aus anderen Gründen z. B. des Bedürfnisses oder Wettbewerbes verwehren kann bzw. mehr oder weniger in das Ermessen einer Behörde stellt. Unzulässig ist dabei eine Bedürfnisprüfung auch dann, wenn diese etwa mit dem Schutz der Allgemeinheit vor Gefahren, die bei einem zu geringen Durchschnittseinkommen bestimmter Berufe (Ärzte, Rechtsanwälte) sich ergeben können und die Begehung unerlaubter Handlungen befürchten lassen, begründet wird.

Art. 3 des Niederlassungsgesetzes kann daher in der bisherigen Weise nicht mehr vollzogen werden.

Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat bislang davon abgesehen, dieser neuen Rechtslage Rechnung zu tragen, vielmehr das Genehmigungsverfahren des Art. 3 des Niederlassungsgesetzes nach wie vor zur Anwendung gebracht. Nachdem — abgesehen von der Bestimmung des Art. 12 BGG. — mit Gesetz über die Notaufnahme von Deutschen in das Bundesgebiet vom 22. August 1950 (BGBl. S. 367) nunmehr jedoch auch der Zuzug von Deutschen aus der sowjetischen Zone bzw. aus dem sowjetischen Sektor von Berlin maßgeblich geregelt ist, wird keine Möglichkeit mehr gesehen, in der bisherigen Verfahrensweise fortzufahren und etwa die „Notaufnahmen“ noch einer Bedürfnisprüfung zu unterwerfen bzw. diesen das Recht auf freie Niederlassung in Bayern zu verwehren. Auch eine Verweisung zur Niederlassung in einem anderen westdeutschen Land ist — gleichgültig, ob Bayern für die Umsiedlung von Flüchtlingen als Abgabeland erklärt ist — rechtlich nicht zugänglich.

Berechtigten Wohnsitz im Bundesgebiet haben nach Notaufnahmegesetz nur die Deutschen aus der Ostzone, die entsprechende Bescheinigung und Einweisung des Beauftragten der Bundesregierung bei einem der Bundesdurchgangslager vorweisen können. Daß diesem Personenkreis angesichts der Bestimmung des Art. 12 Abs. 1 BGG. auch die Berufsausbildung bzw. die freie Niederlassung, soweit es sich um Angehörige der Heilberufe handelt, zugestanden werden muß, wurde oben bereits dargelegt. Indessen sollte der mit ME. vom 18. Januar 1951 Nr. III 8 — 5034/3 gemachte Vorschlag auf Gleichstellung mit den Heimkehrern aus der Kriegsgefangenschaft dazu dienen, eine ausdrückliche Verlautbarung über die veränderte Rechtslage bzw. eine Abänderung des Niederlassungsgesetzes zu vermeiden und zum wenigsten die Art. 1 Ziff. 4 und Art. 3 des Niederlassungsgesetzes noch denjenigen Deutschen gegenüber zur Anwendung zu bringen, die unberechtigt oder nur mit einer örtlichen Genehmigung sich in Bayern aufhalten.

Die ärztlichen Berufsvertretungen haben sich mit dem vorgeschlagenen Weg nicht einverstanden erklären können. Indessen ist es dem Bayer. Staatsministerium des Innern bei der geschilderten Rechtslage nicht möglich, deren Bedenken zu berücksichtigen und von dem Vorschlag abzugehen. Beschränkt auf die Fälle der Notaufnahme im Bundesgebiet wird daher als Ergänzung zu der Vollzugs-

entschließung zum Niederlassungsgesetz vom 29. Dezember 1948 (Bayer. Staatsanzeiger 1949 Nr. 2) Entsprechendes nun von hier aus bestimmt werden.

I. A.

gez. Platz, Ministerialdirektor

(Stempel)

Weiß, Reg.-Sekretär, stv. Kanzleivorstand

*

Zur Ministerialentschließung über die Flüchtlingsärzte aus der Ostzone.

Von Dr. med. Walther Koerting

Die nachstehende Entschließung des „Bayer. Staatsministeriums des Innern“ über den Zuzug von Flüchtlingsärzten aus der Ostzone veranlaßt mich, der ich seit über fünf Jahren mit den Existenzfragen der Flüchtlingsärzte in Bayern besonders befaßt bin, Stellung zu nehmen.

Der „Bayer. Staatsanzeiger“ veröffentlicht in der Nr. 23 vom 9. Juni 1951 folgende

Entschließung des Bayer. Staatsmin. des Innern vom 5. Juni 1951 III 8 — 5034/16 zur Ergänzung der Entschließung vom 29. 12. 1948 Nr. 5104 r 145 (Bayer. Staats-Anz. 1949 Nr. 2; MABl. 1949 S. 24) betr.

Vollzug des Gesetzes zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens

An die Regierungen, staatl. und städt. Gesundheitsämter, staatl. Regieraagveterinärärzte, städt. Veterinärärzte, Landratsämter, Stadträte der unmittelbaren Städte.

In der Entschließung vom 29. Dezember 1948 Nr. 5104 r 145 sind zu Ziff. 1 Buchst. d) folgende 2 Absätze anzufügen:

Bei Zuziehenden aus der sowjetischen Besatzungszone oder aus dem sowjetischen Sektor von Berlin, die auf Grund des Gesetzes über die Notaufnahme von Deutschen in das Bundesgebiet vom 22. August 1950 (Bundes-GBl. S. 367) in einem der Bundesdurchgangslager Gießen oder Uelzen Erlaubnis zu ständigem Aufenthalt im Bundesgebiet erhalten haben und entsprechende „Bestätigung“ über ihre Zuweisung nach Bayern vorweisen, gilt der Wohnsitz als am 1. 10. 1948 in Bayern begründet. Der Wortlaut der zuständigen „Bestätigung“ ist aus der Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern betr. Regelung des Zuzugs und Aufenthalts für illegale Grenzgänger aus der Ostzone vom 12. Dezember 1950 Nr. V 13 — 8133 I O, 61 (MABl. S. 459) zu entnehmen.

Gleiches gilt für die Fälle, in denen das Bayer. Landeszugsamt auf Grund der Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern — Der Staatssekretär für das Flüchtlingswesen — vom 12. Januar 1948 Az. Fl. 40/8133, 375 — gebürtigen Bayern unbefristete Zuzugsgenehmigung nach Bayern erteilt. Auch hier hat der Wohnsitz in Bayern als am 1. 10. 1948 begründet zu gelten.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor.

Das vom Bayer. Landtag nach Anhörung des Senates beschlossene „Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens vom 23. Dezember 1948“ enthält u. a. folgende Bestimmungen:

Art. 1. Zur Ausübung des ärztlichen . . . Berufes in selbständiger Tätigkeit ist in Bayern befugt, wer . . . 4/ am 1. Oktober 1948 seinen Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt in einem Staate der 3 westlichen Besatzungszonen hatte, in dem keine Niederlassungsbeschränkung besteht.

Art. 3. Deutsche Staatsangehörige, die nach dem 1. Oktober 1948 in das Gebiet einer der im Art. 1, Ziff. 4 genannten Staaten zugezogen sind, bedürfen auch wenn sie die Voraussetzungen des Art. 1, Ziff. 1—3 erfüllen, zur Ausübung des ärztlichen . . . Berufes in selbständiger Tätigkeit in Bayern einer besonderen Genehmigung durch das Bayer. Staatsministerium des Innern, die nur erteilt werden darf, wenn Gründe der öffentlichen Gesundheit es zwingend erfordern.

Zum Vollzug dieses Gesetzes gab das Bayer. Staatsministerium des Innern eine Entschließung im Dezember 1948 (Nr. 5104 r 145) heraus, in der es u. a. heißt:

1. d. 2. Abs. Bei Heimkehrern aus der Kriegsgefangenschaft und bei sonstigen Heimkehrern aus dem Ausland gilt der Wohnsitz bzw. dauernde Aufenthalt am 1. 10. 1948 in dem Staate begründet, in den sie entlassen werden.

Trotz der begründeten Einwendungen der Bayer. Landesärztekammer hat das Bayer. Staatsministerium des Innern, wie oben angeführt, verfügt, daß bei den aus der sowjetischen Besatzungszone oder aus dem sowjetischen Sektor von Berlin Zuziehenden, die auf Grund des „Gesetzes über die Notaufnahme von Deutschen in das Bundesgebiet“ vom 22. August 1950 in einem der Bundesdurchgangslager Gießen oder Uelzen Erlaubnis zu ständigem Aufenthalt im Bundesgebiet erhalten haben und nach Bayern zugewiesen sind, den Wohnsitz als am 1. 10. 1948 in Bayern begründet gilt.

Das zitierte Bundesgesetz enthält keinerlei Bestimmung, die als Grundlage für diese Entschließung angesehen werden könnte. Da das „Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens in Bayern“ in seinem Art. 1 Pkt. 4 ausdrücklich fordert, daß die Ärzte ihren Aufenthalt in einem Staate der 3 westlichen Besatzungszonen, in dem keine Niederlassungsbeschränkung besteht, gehabt haben müssen, die Ärzte in der Ostzone aber Niederlassungsbeschränkungen unterworfen sind, so entsprechen die von dort zuwachsenden Ärzte auch in dieser Hinsicht nicht dem Gesetz. Eine Gleichstellung der Ärzte aus der Ostzone mit den Kriegsgefangenen erscheint durchaus abwegig, da die Kriegsgefangenen zum Unterschied von den Ärzten der Ostzone ihren Beruf viele Jahre hindurch nicht ausüben konnten und unter ganz anderen Lebensbedingungen leben mußten, die eine bereits in der Entschließung vom Dezember 1948 festgesetzte Ausnahme durchaus rechtfertigen.

Die Entschließung übersieht, daß im Artikel 12 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland zwar festgelegt wird, daß alle Deutschen das Recht haben, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen, daß aber dort gleichzeitig bestimmt wird: „Die Berufsausübung kann durch Gesetz geregelt werden.“

Die Erläuterungen zu Art. 12 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland lauten:

Die Vorschrift verbürgt nicht den Anspruch auf einen bestimmten Arbeitsplatz, bedeutet also keine Einschränkungen der Vertragsfreiheit des Arbeitgebers, sondern verbietet nur dem Staat den Eingriff in die freie Wahl des Berufes, des Arbeitsplatzes und der Ausbildungsstätte. Art und Schranken der Berufsausübung können gesetzlich geregelt werden.

Im Art. 74 des Grundgesetzes wird unter Punkt 19 die Zulassung zu ärztlichen Heilberufen unter den der konkurrierenden Gesetzgebung zuzurechnenden Gebieten angeführt. Das heißt, daß die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung haben, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht. Demnach bricht in diesem Falle nicht etwa Bundesrecht Landesrecht, da die Berufsausübung für Ärzte in Bayern durch ein Landesgesetz geregelt ist, dem kein die gleiche Materie behandelndes Bundesgesetz gegenübersteht.

Bereits in meinem Referat, gehalten auf dem 4. Bayer. Ärztetag in Erlangen (27. 8. 1949), sagte ich hinsichtlich des Problems der Unterbringung von Ärzten in Bayern:

„Eine weitere Erschwerung bringt der ständige Zufluß von Ärzten aus der Ostzone mit sich, die ihren Betreutenkreis trotz des dort bestehenden Mangels an Ärzten verlassen, ein Vorgang, der, Ausnahmefälle der wirklichen politischen Verfolgung ausgenommen, nicht als eine wahrem Artztum entsprechende Handlungsweise bezeichnet werden kann. Dabei muß hervorgehoben werden, daß diese Ärzte bis zuletzt ein auskömmliches Einkommen hatten und so, wenn sie in die Westzone kommen, gegenüber den verarmten und arm gebliebenen Kollegen im Vorteil sind, der sich auch bald sichtbar auswirkt. Nur so ist es erklärlich, daß diese Flüchtlinge zum Unterschied von den hier seit Jahren auf eine ärztliche Betätigung wartenden, hieher direkt ausgewiesenen Flüchtlingsärzten rasch Zuzug, Wohnung und Stellung erhalten. Wenn sie auch seit dem neuen Niederlassungsgesetz im allgemeinen auf Niederlassung nicht mehr rechnen können, so bietet die seit kurzem genehmigte Beteiligung auch der Ostzonenflüchtlinge mit bayerischen Flüchtlingsausweisen die Grundlage zum Erhalt einer Stelle, die für einen seit langem anstehenden Flüchtlingsarzt so in Wegfall kommt.“

Es ist durch die amtliche Statistik wiederholt erhärtet worden, wie groß die Arztdichte gerade in Bayern ist. Es braucht nicht näher ausgeführt zu werden, was jeder weitere Zuwachs an Ärzten für Bayern bedeuten muß.

Off genug wurde darauf hingewiesen, daß genau so wie ein Mangel an Ärzten auch eine Überfüllung mit Ärzten schwere Folgen für die Volksgesundheit haben kann. Dazu kommt noch, daß kein Land in Deutschland hinsichtlich der Anerkennung und Zuerkennung von Zulassungen so großzügig war und ist wie Bayern.

Der „Arbeitsausschuß der vertriebenen Ärzte“ bei der Bayer. Landesärztekammer vertrat in seiner Sitzung vom 25. 3. 1950 einstimmig den Standpunkt, daß die Flüchtlingsärzte aus der Ostzone zwar Asylrecht haben, aber bei der Vergebung von Arbeitsmöglichkeiten so lange zurückstehen müssen, bis die echten Vertriebenen und Flüchtlinge versorgt sind.

Wer mit den Fragen der Zulassung näher befaßt ist, wird immer wieder vor schwere Entscheidungen gestellt und muß mit größtem Bedauern feststellen, daß so und so vielen Kollegen wenigstens vorerst nicht geholfen werden kann. Immer noch warten Spätheimkehrer, durch langen Kriegsdienst verspätet zur Vornennung ihrer Studien gekommene Kollegen, oft mehrfache Väter, über 40 Jahre alte „Jung“-Ärzte, Vertriebene auf eine Zulassung. Nun sollen aus der Ostzone geflüchtete Ärzte, oft weitaus älter an Jahren und Approbation, eingeschaltet und vorgezogen werden und eine weitere Verzögerung der Zulassung für solche Ärzte bewirkt werden, die schon jahrelang darauf warten, endlich nach einer langen Hungerszeit kargen Verdienst zu ernten. Daß diese Kollegen mit Bitternis auf die neuen Bewerber, die fast alle bisher entweder mit einem guten Einkommen selbstständig tätig waren oder zum Unterschied von den hier Wartenden gut bezahlte Stellungen hatten, seinen werden, ist wohl selbstverständlich und berechtigt, dies umso mehr, als die Ärzte aus der Ostzone dauernd bevorrechtet bleiben werden, da sie, wann immer sie nach Bayern kommen, immer mit dem Stichtag 1. Oktober 1948 als Begründung ihres Wohnsitzes in Bayern werden rechnen können. Es ist klar, daß derartige Vorteile dazu angetan sind, den Zuzug gerade nach Bayern zu fördern und gleichzeitig eine weitere Entblößung der Ostzone von Ärzten zu begünstigen.

Vor wenigen Tagen erst hat der Herr Staatssekretär für das Flüchtlingswesen, Professor Dr. Dr. Oberländer, im Bayer. Landtag auf die verheerenden Folgen der ständigen Zuwanderung von Flüchtlingen nach Bayern und die geringen Möglichkeiten einer Entlastung Bayerns durch Umsiedlung in andere Länder des Bundesgebietes hingewiesen. „Das Stocken in der deutschen Umsiedlung scheint“, sagte der Staatssekretär, „die bedenklichste Erscheinung in der ganzen Ausgleichfrage zu sein . . . In der letzten Sitzung des Bundesrates haben sich verschiedene Länder außerordentlich egoistisch gezeigt.“ Bei der Umsiedlung von Ärzten sind die Verhältnisse nicht anders. Ein Jahr nach den Beschlüssen der Ärztekammern über die auf die einzelnen Abgabelländer im Jahre 1950 entfallenden Quoten konnte Bayern z. B. von einer Ärztekammer, auf die 8 aus Bayern umzusiedelnde Ärzte entfallen sollen, die Arztsitze trotz wiederholter Bitten noch immer nicht erfahren! Und da soll Bayern die Aufnahme neuer Ärzte zugemutet werden.

Es ist klar, daß die bayerische Ärzteschaft im Interesse sozialer Gerechtigkeit und der Volksgesundheit alle Schritte unternehmen muß, um dem „Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens“ wieder zu seinem Rechte zu verhelfen.

„Ein Weg in der Not“

Dr. K. B a c h, Facharzt für Nervenkrankheiten, Bayreuth

Der Aufsatz von Dr. Weiler in der Münznummer des Bayer. Arzteblattes „Ein Weg aus der Not“ gab mir den letzten Anstoß zu den folgenden Ausführungen. — Ohne auf das Für und Wider der Weiler'schen Gedanken und deren Problematik im einzelnen eingehen zu wollen, glaube ich, daß es der bayerischen und schließlich der westdeutschen Ärzteschaft not tate, zunächst nach einem

Weg in der Not zu suchen, bevor wir einen Weg aus der Not finden oder beschreiten können. Der Weg in der Not, welcher uns m. E. fehlt, ist zunächst einmal die Einmütigkeit, an bestimmten Forderungen für unsere Berufsausübung festzuhalten, Freies Artztum, Anerkennung des Wertes ärztlicher Arbeit, Unabhängigkeit der Berufsausübung von wirtschaftlichen und politischen Bin-

dungen sind einige Forderungen, in welchen ich mich mit der ganz überwiegenden Mehrzahl der westdeutschen Ärzte einig weiß. Um aber den Spitzenstellen der ärztlichen Organisationen die innere und äußere Sicherheit zu geben, welcher es zum zielbewußten und notfalls auch kämpferischen Einsatz bedarf, genügt nicht ein allgemeines Wissen um die Strebungen innerhalb der geführten Ärzteschaft. Es bedarf hierzu der Gewißheit, wirklich im Namen einer geschlossenen Berufsgruppe zu sprechen, deren Meinungsbildung in diesen Dingen klar und unabänderlich ist.

So ist der Weg in der Not, von dem ich heute schreiben will, unsere ureigene ärztliche Sache. Ihn zu beschreiten, müssen wir weder die Hilfe noch die Erlaubnis des Staates und seiner Organe haben. Schon vor einem Jahr wollte ich mich in dieser Sache einmal an meine bayerischen Kollegen wenden, leider wurde dies durch mancherlei äußere Hemmnisse verhindert. So schrieb ich vor einem Jahr einen „Appell an die bayerischen Ärzte“, welcher nur einen kleinen Teil von ihnen erreicht hat. Der Grundgedanke dieses Appells gipfelte darin, daß letztlich keine äußeren Kräfte uns freiwillig in unserem Existenzkampf helfen werden, sondern daß wir nur allein durch eine geschlossene einheitliche Willensbildung das äußere Ansehen gewinnen, dessen es bedarf, um auch als Gegner und vom Gegner geachtet zu werden. Ich forderte seinerzeit die Kollegenschaft meines beimatlichen Bezirksvereins auf, lediglich sich durch Unterschrift zu verpflichten, bedingungslos hinter ihren Standesorganisationen zu stehen, falls diese zu irgendwelchen Maßnahmen zwecks Erreichung angemessener Entlohnung ärztlicher Tätigkeit gezwungen werden sollten. Es war mir eine große Freude, daß dieser Ruf von fast 100 Prozent meiner Bezirksvereinskollegen mit Ja beantwortet wurde.

In der Zwischenzeit wurde viel verhandelt, aber niemand wird ernstlich bestreiten wollen, daß die Not unter unseren Kollegen heute noch größer geworden ist. Wie wir als freier ärztlicher Stand in der Schraube der Preisspirale Monat für Monat um eine Windung zurückbleiben, das wissen Sie alle, das wissen auch unsere Vertragspartner, und die Öffentlichkeit sollte es wissen. Aber wird jemand so optimistisch sein, anzunehmen, daß etwa der Staat oder unsere Vertragspartner aus dieser Tatsache spontan die Konsequenzen ziehen und uns eine bessere Entlohnung gewissermaßen als Morgengabe offerieren werden? Dies anzunehmen hieße doch wohl alle bisherigen Erfahrungen zu ignorieren. Die Initiative muß also schon von unserer Seite kommen, es sei denn, wir wollten resignieren und unsere Geschicke mehr oder weniger blinden Gewalten anvertrauen.

Es soll nun nicht Sache dieses Aufsatzes sein, etwa bestimmte Kampfwege oder -ziele vorzuschlagen. Solches zu tun, wäre der Verfasser weder in der Sache eines

Lohnkampfes erfahren genug, noch könnte man ein solches Vorgehen als taktisch richtig bezeichnen. Die Wege aus der Not müssen schon von unseren ständischen Spitzenstellen gesucht und erarbeitet werden. Aber ein Weg in der Not darf vielleicht auch von einem einzelnen vorgeschlagen werden.

Dieser Weg in der Not besteht darin, daß sich alle Ärzte in dem Bekenntnis der verschworenen Gemeinschaft zusammenfinden. Ob dieses Bekenntnis vom einzelnen abgelegt wird vor seinem Bezirksverein, dem Marburger Bund, dem Hartmannbund oder zu welcher Berufsgemeinschaft er immer persönlich das größte Vertrauen fühlt, ist sekundär und von untergeordneter Bedeutung. Wichtig ist nur, daß das Bekenntnis abgelegt und gehalten wird!

Ich bin mir darüber im klaren, daß der vorgeschlagene Modus des Vorgehens in dieser Sache etwas Neues darstellt. Neu und andersartig deshalb, weil ansonsten die Rufe zur Einigkeit nicht aus der Masse, sondern von der Führung kommen. Sie dürfen aber hierzu nicht vergessen, daß unsere ärztliche Standesführung noch mehrgleisig ist. Es besteht aber berechtigte Hoffnung zu der Annahme, daß es in Bälde gelingen dürfte, diese Mehrgleisigkeit zu einer konstruktiven Synthese zu führen, wenigstens auf reinem berufspolitischen Gebiete. Eine derart hoffentlich bald gewonnene einheitliche berufspolitische Ausrichtung der Spitzenstellen würde außerordentlich in ihrer Stoffkraft und Geradlinigkeit gefestigt werden, wenn sie auf dem Fundament einer einheitlich geschlossenen Ärzteschaft ruhen würde. Darum bitte ich jeden einzelnen Kollegen in Stadt und Land ebenso wie die Kollegen, welche an die Spitze gestellt wurden, diese Frage doch einmal ernstlich zu erwägen und sie nicht mit einem resignierten oder überlegenen Achselzucken auf die Seite zu schieben.

Organisiert könnte eine solche Aktion nur von den Spitzenstellen aus werden. Sie aber, meine Kollegen, können und müssen das Ihre dazutun: Es ist nicht viel, aber ich weiß, für viele unserer ärztlichen Kollegen doch so beschwerlich! Sie müßten nämlich nur eine Zeile an die Standesorganisation schreiben, zu welcher Sie Vertrauen haben:

„Ich halte den Plan für gut und verpflichte mich, mitzumachen.“

Sollten wir deutschen Ärzte wirklich nicht soviel Interesse für unsere künftige Standesgestaltung, ja unser ureigenstes Leben aufbringen können? Wir haben die Möglichkeit einer freien demokratischen Willensäußerung, darum Ärzteschaft:

Carpe diem!

Dr. K. Bach.

(Anschrift des Verfassers: Bayreuth, Nibelungenstr. 12.)

Richtigstellung zu dem Artikel „Besinnung und Einkehr“ von Dr. Sondermann

In der Veröffentlichung „Besinnung und Einkehr“ von Herrn Dr. Gustav Sondermann finden sich verschiedene unklare Ausführungen, deren Richtigstellung zur Vermeidung von Mißverständnissen und falschen Auslegungen nötig erscheint.

Zu den zahlreichen Punkten ist folgendes auszuführen:

1. Im Vertragswesen mit den RVO-Kassen wirkt sich die Erbschaft des Dritten Reiches katastrophal aus, da die damalige kassenärztliche Führung ohne Grund und ohne Gegenleistung der Kassen Leistungen dem Pauschale aufgebürdet hat, die heute mit das Absinken der Quote bedingen.
2. Die Inkongruenz zwischen vorhandener finanzieller Substanz und angeforderten Honorar bedingen besonders bei den EKK Prüfungsmaßnahmen. Die Prüfungsinstanzen sind eine Sicherung für alle Vertragsärzte. Der Zweck derselben besteht darin, von einzelnen Kassenärzten gestellte überhöhte Honorarforderungen richtigzustellen, um eine Übervorteilung der großen Mehrzahl der Vertragsärzte zu vermeiden.
3. Regressforderungen sind im EKK-Vertrag fixiert. Sie dienen bei Anerkennung durch ein ärztliches Gremium dem gleichen Zweck wie unter 2. angeführt.
4. Was den „Regelbetrag“ betrifft, so sind dessen ge-

fährliche Spitzen durch die nun erfolgte Herausnahme der Rentner und Dauerfälle gebrochen. Die neuen Berechnungen zeigen, daß die große Mehrzahl der Kassenärzte nun weit unter der Grenze des Regelbetrages liegt. Wenn die Unbelehrbaren zur Rechenschaft gezogen werden, so bedingt ihre Verordnungsweise diese Konsequenz.

5. Die Ersatzansprüche der Kassen bei Unfall- und Haftpflichtversicherung bestehen zu Recht. Bei dem seinerzeitigen Vertragsabschluß wurde das Grundpauschale um einen entsprechenden Betrag erhöht, womit die Abgeltung solcher Ansprüche erfolgte.
6. Die Prüfungseinrichtungen, besonders auch mit Bezug auf die EKK, sind nicht mit dem Geld der Abrechnungsstellen aufgebaut und unterhalten. Die Prüfung wird vielmehr von den Kassen bezahlt (§ 17 EKK-Vertrag). Es wäre unstatthaft, diese zweckgebundenen Gelder zum Honorar zu schlagen, wie es ebenso unstatthaft wäre, die Rechnungsprüfung aus dem Honorar zu bezahlen.
7. Hinsichtlich der Privatrechnungsstellung bei Kassenpatienten besteht ebenfalls eine eindeutige und klare Regelung, die aus den §§ 11, 15 und 31 des Mantelvertrages hervorgeht.

Mit Rücksicht auf den Umstand, daß die Veröffentlichung im Bayerischen Ärzteblatt, Heft 3/51, erfolgt ist, halten wir uns schon wegen der weiten Verbreitung des Blattes für die vorstehenden Berichtigungen für verpflichtet. Wir wollen uns aus den gleichen Gründen auf diese wenigen Hauptpunkte beschränken, da wir uns von einer breiteren Anfröhlung ähnlicher Fragen keine

positive Wirkung versprechen, die in vielen Versammlungen und Rundschreiben immer wieder erklärt und erörtert wurden. Wir verbinden diese Gedanken mit der Hoffnung, daß die staatlichen Instanzen ihr bisheriges Versäumnis bald nachholen und eine Standesgerichtsbarkeit sowie Schiedseinrichtungen bei Streitigkeiten aus den Verträgen in Funktion setzen.

K.V.B. Bez.-Stelle Mittelfranken
Dr. Görl.

Erklärung

Aus den Richtigstellungen von seiten des Herrn Dr. Görl nehme ich in Punkt 5 und 6 zur Kenntnis, daß ich mich in Frage der Unfall- und Haftpflichtversicherung und bezüglich der Bezahlung der Prüfungseinrichtungen geirrt habe. Da das Manuskript meines Aufsatzes drei prominenten KVB-Vertretern, darunter auch Herrn Görl wochenlang vor Erscheinen zur Kenntnisnahme vorlag und diese die Arbeit auch gelesen hatten, wäre es ein leichtes gewesen, diese Irrtümer schon vor Drucklegung zu berichtigen.

Da jedoch diese beiden Zurechtstellungen faktischer Irrtümer wie auch die übrigen Punkte Gehalt und Bedeutung meiner Ausführungen nicht mindern und die Absicht der Arbeit, die Diskussion über unsere verfahrenre Lage zu fördern, erreicht ist, verzichte ich an dieser Stelle auf weitere Ausführungen und schließe mich der Hoffnung Dr. Görls an, daß die staatlichen Instanzen endlich die Ärzteschaft in den Stand setzen, sich ihre Rechte zu wahren und, wenn nötig, zu erkämpfen.

Dr. S o n d e r m a n n.

MITTEILUNGEN

Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat für den 54. Deutschen Ärztetag 1951 in München den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Karl Weiler, zum Ehrenpräsidenten gewählt.

Ärztlicher Bezirksverein Südfranken

Durch das Ableben des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereins Südfranken, Dr. Daniel Helbig in Gunzenhausen, war eine Neuwahl notwendig geworden. Am 28. 4. 1951 wurden in geheimer Abstimmung gewählt:

1. Vorsitzender: Dr. Hermann Doerfler, Weißenburg i. B.,
2. Vorsitzender: Dr. Arthur Mahner, Kipfenberg.

Bemerkungen zu dem Artikel „Stellungnahme zur Begrenzung der Sachleistungen bei den RVO-Kassen“ in Heft 5/1951 „Bayerisches Ärzteblatt“ Seite 70

Die „Vereinigung der Fachärzte für Urologie in Bayern“ hat im Maiheft des Ärzteblattes durch eine Eingabe an die KV den Vorschlag gemacht, die praktischen Ärzte zu veranlassen, ihre diagnostischen Röntgenfälle den Fachärzten der verschiedenen Gebiete zu überweisen. Sollte ein solcher Vorschlag Boden gewinnen, so würde sich die Struktur der ärztlichen Tätigkeit vollständig ändern. Der praktische Arzt und auch der praktische Röntgenarzt würden in der Krankenbehandlung in den meisten Fällen ausgeschaltet. Nicht nur die Untersuchung, sondern auch die Behandlung würden den Fachärzten zufallen. Der praktische Arzt hätte im Grunde nur noch die

Aufgabe, den Überweisungsschein für den Facharzt auszuschreiben. Wenn jemand über Husten klagt, ist der Überweisungsschein für den Lungenarzt fällig, jeder Unfall und jede Entzündung kommt zum Chirurgen etc. Bisher war es so, daß der praktische Arzt mit Hilfe des praktischen Röntgenarztes, wie ich die Vollröntgenologen besser nennen möchte, das Krankheitsbild klärt und die Behandlung selbst durchführt, wenn er es verantworten kann. Die Röntgenärzte haben von vornherein die Verpflichtung übernommen, daß sie keine Fälle selbst in Behandlung nehmen. Praktischer Arzt und praktischer Röntgenarzt sind bei entsprechender Zusammenarbeit imstande, den Großteil der Krankheiten so zu beherrschen, wie es dem Stande der Wissenschaft entspricht. Daß besondere Fälle dem Facharzt vorbehalten sind, versteht sich von selbst.

Unnötige Aufnahmen und Doppeluntersuchungen können durch kollegiales Zusammenarbeiten aller mit einem Fall beschäftigten Ärzte weitgehend vermieden werden.

Wir sind überzeugt, daß die Mehrzahl der praktischen Ärzte und auch der Fachärzte, die keine ausreichende Röntgenerfahrung und Apparatur haben, den Vorschlag der Urologen ablehnen und froh sind um das Vorhandensein der Röntgeninstitute, die für sie diese difficile Untersuchungsmethode ausführen. Bei Inanspruchnahme dieser Institute sind sie jedenfalls sicher, daß der Patient in ihrer Behandlung bleibt.

Im übrigen gehen wir vollständig einig mit der Ansicht der Urologen, daß die Beschränkung der Sachleistungen auf 16% der Gesamtvergütung an die KV, die ja ohnehin in den letzten Jahren nicht eingehalten wurde,

mit den Erfordernissen einer gewissenhaften Arbeit nicht vereinbar ist.

Münchener ärztliche Röntgenvereinigung

1. Vorsitzender: Prof. Stumpf

Landesversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Landesverband Bayern

Am 14. April fand die für Anfang 1951 beschlossene Landesversammlung des Hartmannbundes in Bayern statt. Der 1. Vorsitzende, Dr. Dr. v. Gugel, eröffnete die Sitzung mit einem kurzen Bericht über die verschiedenen Tagungen und Besprechungen. Als Grundlinie der Arbeit des Verbandes wurde das Bestreben herausgestellt, die wirtschaftliche Lage der Ärzte zu bessern. Um das zu erreichen, müsse der Verband sich auf möglichst breite Ebene stellen können. Einerseits müsse der Mitgliederstand gehoben, andererseits ein lebensfähiges Verhältnis zu den bestehenden Organisationen erreicht werden. Die Mitgliederwerbung konnte als sehr günstig bezeichnet werden. Der Verband ist gegenwärtig mit über 3000 Mitgliedern die stärkste freiwillige Organisation in Bayern. Die wirtschaftlichen Aufgaben haben zwei Ziele. Einerseits die Senkung der unerträglich gewordenen Unkosten. Zu diesem Zwecke wurde die Wirtschaftsorganisation ausgebaut, mit der Gründung einer Wirtschaftsgenossenschaft sei in den nächsten Tagen zu rechnen. Andererseits sei der Verband bestrebt, die Honorar- und damit die Kassenarztfragen in Angriff zu nehmen. Dazu sei es aber notwendig, Verständnis für die Ziele des Verbandes auch bei den anderen Organisationen zu finden. Während das Verhältnis mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als erfreulich bezeichnet werden könne, erfordere die Zusammenarbeit mit der Kammer noch weiterer Bemühung.

Bezüglich der Form der anzustrebenden Zusammenarbeit wurde auf Wunsch des Vorsitzenden kein Beschluß gefaßt, dagegen stimmte die Versammlung den vom Landesvorsitzenden ausgearbeiteten Grundzügen bei. Nach Annahme einer Geschäftsordnung und eines Statutes wurde durch Herrn Dr. Luber über die bayerische Ärzteversorgung referiert.

Dr. Wiemer, Bad Tölz, empfahl die Einrichtung einer Rechtsabteilung des Verbandes. Die vom Vorstand vorgelegten Statuten einer Rechtsabteilung des Landesverbandes Bayern wurden einstimmig angenommen. Der ehemalige Leiter der Süddeutschen Ärztekammer in Augg, Herr Direktor Probaska, berichtete dann über den Fortschritt der Arbeiten an der Neuerrichtung einer deutschen Ärztekammer.

Herr Dr. Krammel, Nürnberg, sprach anschließend über „Die Unterzahlung in der Rentner-Krankenversicherung und ihre Auswirkung über das Kassenarzhonorar“. Anschließend wurde beschlossen, die Kassenärztliche Vereinigung zu bitten, für eine Abänderung der §§ 5 und 6 des Reichsvertrages vom 5. 3. 1942 einzutreten.

Herr Dr. Amann, Herrieden, berichtete über die Abschlüsse der Fürsorgeverträge. Die Versammlung beschloß anschließend, den Verband der Ärzte als zustehenden Vertragspartner für den Abschluß von Fürsorgeverträgen anzuerkennen, weil die Rechtsstellung der Kassenärztlichen Vereinigung und ihrer Untergliederungen in dieser Beziehung unklar und die Landesärztekammern mit ihren Untergliederungen zum Abschluß von Wirtschaftsverträgen nicht befähigt sind. In einer längeren Diskussion wurde die in Bayern geübte Praxis bemängelt, die Abrechnungen der Ansprüche von Ersatzkassenhonoraren ausschließlich nach einem Fall-Pauschale zu errechnen. Es wurde beschlossen, an die Kassenärztliche Vereinigung mit der Forderung heranzutreten, den Charakter des Ersatzkassenvertrages als Einzelleistungsvertrag durch schärfere Formulierung des § 5 (2) notfalls durch Kündigung des Vertrages zu erreichen.

Nach der Wahl verschiedener Ausschüsse (Rechtshilfe, Presse, Wirtschaftsfragen) wurde die endgültige Wahl des Landesvorsitzenden und seines Stellvertreters sowie der Vorstandsmitglieder vorgenommen. Der 1. Vorsitzende,

Dr. Dr. v. Gugel, wurde einstimmig wiedergewählt. Die Wahl für seinen Stellvertreter ergab wieder Herrn Dr. Gmeiner, Lohr. Der Vorstand setzt sich laut Satzung aus den Kreisobleuten der Kreise und Müncheas zusammen.

Am 15. 4. schloß die Tagung mit einer öffentlichen Kundgebung im großen Hörsaal der Anatomie ab. Für den erkrankten 1. Vorsitzenden des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Dr. Thieding, eröffnete Herr Dr. Dobler, Schorndorf, die Kundgebung. Außer ungefähr 500 Ärzten waren Vertreter der Regierung, der privaten Krankenversicherung, der Sozialversicherung und der Presse erschienen. Nachdem Herr Dr. Dobler besonders Herrn Staatssekretär Dr. Grieser als einen der ältesten Mitarbeiter am deutschen Sozialversicherungsrecht begrüßt hatte, sprach Herr Dr. Hinrichs, Leer, über „Die heutige Stellung des Arztes“. Durch die Bestrebungen, die Sozialversicherung immer weiter auszuweiten, gerate der Arzt in Gefahr, die Unabhängigkeit in seiner Berufsausübung zu verlieren. In dieser Unfreiheit liege eine Gefahr nicht bloß für die ärztliche Versorgung der Gesamtbevölkerung, sondern auch für das ärztliche Berufsethos.

Anschließend sprach Herr Dr. Dr. v. Gugel und charakterisierte die katastrophale Lage der Ärzteschaft als ein echtes soziales Problem, so daß es gerechtfertigt sei, die Frage der Wirtschaftslage des Arztes vor der Öffentlichkeit zu diskutieren. In seinem Schlußwort zu den mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Beferaten forderte der Versammlungsleiter zur verantwortungsvollen Zusammenarbeit aller deutschen Ärzte auf.

Unfalltagung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Am 25. und 26. 5. 51 fand in München im Hörsaal der Dermatologischen Klinik eine Unfalltagung, veranstaltet vom Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften statt. In seiner Eröffnungsansprache betonte der Vorsitzende des Landesverbandes, zugleich Vorsitzender des Hauptverbandes, Herr Direktor Schramm, München, die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Ärzten und berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen. Er bekannte sich eindeutig als Gegner der Einheitsversicherung und einer Sozialisierung des Ärztestandes etwa nach englischem Muster. Dann leitete Herr Professor Dr. Frey, München, den wissenschaftlichen Teil der Tagung ein, die unter seinem Protektorat stand, mit einer Ansprache von hoher Warte aus.

Der Vormittag des 25. 5. 51 war dann einer eingehenden Behandlung des Themas „Die gedeckte traumatische Hirnschädigung“ gewidmet. Herr Dr. Steichele, Nürnberg, sprach vom Standpunkt des chirurgischen Chirurgen aus eingehend über die alten Begriffe Commotio und Contusio cerebri, ihre differentialdiagnostischen und prognostischen Schwierigkeiten und die Notwendigkeit, neue Standpunkte zu gewinnen. Dann setzte Dr. Wollny, München, auseinander, daß in der endlichen Beurteilung der Verletzungsfolgen psychiatrisch-neurologische Erfahrungen immer wieder das letzte Wort haben. Dr. Kreßner, München, und Dr. Walser, München, bereicherten das Symptomenbild vom ohren- und augenärztlichen Standpunkt aus. In der Aussprache waren die Ausführungen von Professor Bürkle de la Camp, Bochum, wichtig. Man war sich darüber einig, daß für die Einschätzung der Schwere der gedeckten traumatischen Hirnschädigung die Schwere der Ersterscheinungen von entscheidender Bedeutung sei. Einteilung in 3 Grade und Beobachtungsbogen nach Tönnis sollen zu allgemeinem Gebrauch empfohlen werden. Es ist zu hoffen, daß damit ein praktischer Fortschritt in Beurteilung und Behandlung der gedeckten traumatischen Hirnschädigung erreicht wird.

Am Nachmittag sprach Professor Ehlert, München, über Verbrennung und Erfrierung. Aus dem die

neueste Erkenntnis klar darstellenden Referat soll nur hervorgehoben werden, daß eine Rettung bisher verlorener Fälle schwerer Verbrennung nicht durch Verbesserung der lokalen, sondern nur durch allgemeine Behandlungsmaßnahmen zu erwarten sein wird. Dann folgte Herr Professor Lob, Sanderbusch, mit eingehenden Ausführungen über örtliche Durchblutungsstörungen, deren schicksalhafte Entwicklung kaum durch einen einmaligen Unfall verursacht wird.

Am Samstag sprach zunächst Herr Direktor Wachholz, Braunschweig, über Fragen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Er setzte auseinander, warum und wie sehr die Berufsgenossenschaften an einem möglichst vollkommenen Heilverfahren interessiert sein müssen. Das Ziel von Arzt und Berufsgenossenschaft müsse die bestmögliche Wiederherstellung von Gesundheit und damit Erwerbsfähigkeit des Unfallverletzten sein. Dann brachte Dr. Th. Brunner, München, einige Begutachtungsgrundsätze in der sozialen Unfallversicherung in Erinnerung. Er betonte vor allem die völlige Unparteilichkeit des ärztlichen Gutachters und bezeichnete einen vollständigen Befund als das Rückgrat jeglichen Gutachtens. Als letztes Thema wurde der Unfall durch elektrischen Strom behandelt. Zunächst sprach dazu Herr Oberingenieur Dr. Zeier, Nürnberg, vom Standpunkt des Technikers aus, und weiterhin Dr. Koepfen, Wolfsburg, über Erkrankungen der inneren Organe nach elektrischem Unfall unter besonderer Berücksichtigung des Zentralnervensystems. Betont wurde in den eingehenden Ausführungen vor allem die entscheidende Bedeutung der Stromspannung und Einwirkungsdauer und dazu eine Einteilung gebracht. Es war nicht möglich, hier näher auf die praktisch wichtigen Ausführungen der Tagung einzugehen. Der Landesverband wird sie zusammengefaßt allen Interessenten zugänglich machen.

Am Nachmittag folgte ein großer Teil der Tagungsteilnehmer der Einladung des Landesverbandes zur Grundsteinlegung eines Unfallkrankenhauses in Murnau. Die Tagespresse hat über dieses große Bauvorhaben berichtet. 1952 soll dort in schönster Lage ein neuzeitliches Krankenhaus stehen, das vor allem der Spät- und Nachbehandlung Schwerunfallverletzter dienen und so das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren entscheidend fördern soll.

Gesetz über Fehl- und Frühgeburten

In der Sitzung vom 23. 5. 1951 des Landtagsausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen wurde die Abänderung des Gesetzes über Meldepflicht der Fehl- und Frühgeburten behandelt.

Anlaß war der Gesetzentwurf des Senats, nach welchem der Abs. 2 des § 2 (Verzeichnis des Namens, Geburtstages und der Wohnung der Schwangeren) in Wegfall kommen soll. Ein Gesetzentwurf der FDP auf völlige Aufhebung des Gesetzes über Meldepflicht wurde abgelehnt. Der Antrag des Senats wurde angenommen. Für die Aufhebung des Gesetzes hatten neben der FDP die SPD und der BHE, für die Ablehnung die CSU und die Bayernpartei-Ausschußmitglieder gestimmt.

Prozeß gegen Gröning

Am 18. 5. 1951 begann vor dem Schöffengericht München-Land das Strafverfahren gegen Bruno Gröning wegen Verstoßes gegen das Heilpraktikergesetz. Nach den Ausführungen des Staatsanwaltes gingen die Heilbehandlungen Grönings über den Umfang einer sog. „freien Liebestätigkeit“, die nicht genehmigungspflichtig ist, hinaus. Nach der Berichterstattung der „Neuen Zeitung“ war die bedeutsamste Aussage in der bisherigen Verhandlung

die des Obermedizinalrates Dr. Aub von der Regierung Oberbayern, Grönings Heilmethoden seien seiner Ansicht nach als Psychotherapie zu klassifizieren; diese falle jedoch nicht unter das Heilpraktikergesetz und sei nicht genehmigungspflichtig. Dr. Aub betonte bei seiner Aussage, daß er nur als Privatmann und nicht als Vertreter der Regierung spreche.

Füssing, eine neue Thermalquelle in Bayern

Von Dr. med. K. W. Schnelle

Aus dem Institut für physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München, Abteilung: Balneologisches Institut. (Vorstand: Prof. Dr. G. Boehm.)

Bereits in verschiedenen Veröffentlichungen der Tagespresse sowie in Werbeartikeln einiger illustrierter Zeitungen und im Film (Wochenschau) wurde auf die Thermalquelle in Füssing hingewiesen. Es erscheint an der Zeit, von ärztlicher Seite aus einmal kurz zu der Thermalquelle in Füssing und ihren balneologischen Möglichkeiten Stellung zu nehmen.

Anläßlich einer Erdölbohrung in den Jahren 1937/38 wurde in 1142 m Tiefe Thermalwasser angetroffen. Die Quelle hlieb mehrere Jahre ungenützt bis zum Jahre 1947. Nachdem die bayerische Mineralindustrie AG als Besitzerin der Thermalquelle in Füssing seit einiger Zeit den dortigen Betrieb wieder in eigener Regie führt, wurde darangegangen, die therapeutischen Faktoren dieser Heilquelle näher zu untersuchen. Eine von Fresenius in Wiesbaden angefertigte kleine Analyse ergab als Quellcharakteristikum den hohen thermischen Effekt sowie einen beträchtlichen Schwefelgehalt. Die Bezeichnung lautet Kochsalz-Schwefel-Therme bzw. nach wissenschaftlicher Nomenklatur schwefelhaltige Natrium-hydrogen-carbonat-chlorid-Therme.

Das Balneologische Institut bei der Universität München (Vorstand Prof. Dr. G. Boehm) hat es übernommen, die systematische Untersuchung der Heilwirkung dieser Therme durchzuführen. Nach den bisherigen Erfahrungen kann gesagt werden, daß die Thermalquelle in Füssing, die vorläufig vorwiegend zu Badekuren ausgenutzt wird, folgende Indikationen besitzt:

Günstige Wirkung bei rheumatischen Erkrankungen der Muskeln und Gelenke, bei Neuralgien und Neuritiden, bei Lähmungen aller Art, insbesondere den Folgen der spinalen Kinderlähmung und bei Hautkrankheiten. Die hohe Temperatur der Therme (52,2 Grad Celsius) sowie der Gehalt von 3 mg Hydrosulfid machen die Therme zu einem differenten Kurmittel, das bedeutende Heilerfolge erwarten läßt.

Die Unterbringungsmöglichkeiten in Füssing, das ein Ortsteil der Gemeinde Safferstetten in Niederbayern ist und in 324 m über NN in der ländlichen Pockinger Heide wenige Kilometer vom Inn entfernt gelegen ist, sind freilich noch sehr bescheiden und gering, zumal die benachbarten Ortschaften ebenfalls nur über wenige Gasthöfe verfügen. Das Bad besteht heute aus einem Badehaus mit etwa 10 bis 20 Wannen für die Abgabe von Thermalbädern, einigen Buheräumen sowie Räumen für Massage, ferner aus 6 Fremdenzimmern für stationäre Behandlung. Im freien Gelände hinter dem Badehaus befindet sich ein Schwimmbecken, in das Thermalwasser hineingelassen wird. Besonders das Schwimmbecken bildet zum Wochenende den Anziehungspunkt weiter Bevölkerungskreise, die in Omnibussen, Personenkraftwagen usw. das Thermalbad in Füssing aufsuchen. So kommt es auch, daß Kranke ohne Kontrolle durch einen Arzt die Therme in Füssing benutzen und durch dieses „Wildbaden“ u. U. ernstlichere Gesundheitsschäden davontragen können. Während ein gesunder, junger Mensch

ohne besondere Schädigungen in dem Thermalwasser baden kann, werden bei alten Menschen sowie bei Kranken mit ziemlicher Sicherheit erhebliche Reaktionen zu erwarten sein. In Kürze wird jedoch, sobald die Arbeit des Balneologischen Institutes in Füssing begonnen haben wird, eine ärztliche Kontrolle der dortigen Badegäste möglich sein.

Die wissenschaftliche Erforschung der Heilfaktoren wird die Voraussetzung bilden für einen Ausbau der zur Zeit noch einfachen und kleinen Badeanlagen sowie für die Festsetzung endgültiger Indikationen für die Heilquelle in Füssing.

Fast so viel Rentner wie Versicherte

Nach den jetzt veröffentlichten amtlichen Zahlen gab es Ende 1950 4 730 389 sozialversicherte Rentner. Die Mehrzahl, nämlich rund 3 200 000, bezog Invalidenrente, rund 1 Million Angestelltenrente und eine halbe Million Knappschaftsrente. Zum gleichen Zeitpunkt waren 316 300 Rentenanträge noch unerledigt. Die Zahl der Rentner steigt immer noch unanfechtbar. Sie steigt in stärkerem Umfange als die Zahl der Versicherten. In der knappschaftlichen Rentenversicherung stehen den 600 404 Versicherten 566 389 Rentenempfänger gegenüber. Das Verhältnis Versicherte und Rentner ist also etwa 1:1. In die Zahl der Rentner sind selbstverständlich die Witwen- und Waisenrentenbezieher einbezogen. Dennoch offensichtliche diese Zahlen ein überaus besorgniserregendes Bild. Das Ansteigen der Zahl der Rentenbezieher ist durch die neue Gesetzgebung sehr gefördert worden. Unter den heutigen Rentnern sind sehr viele, denen aus sozialen und versicherungsrechtlichen Gründen eigentlich eine Rente nicht zustehen würde. Vor allen Dingen hat das Sozialversicherungsanpassungsgesetz Menschen eine Rente zugesichert, die in der Jugend nur einige wenige Beiträge geleistet haben, die längste Zeit ihres Lebens selbstständig tätig waren und sich außerhalb der Sozialversicherung ihre Altersversicherung schufen. Dieser ungesunden Entwicklung müßte im Interesse der Gesamtheit der Arbeitnehmer und der Wirtschaft, die die Beiträge aufzubringen haben, entgegengewirkt werden. gpk.

Ohne Kommentar!

Der „Südpost“ Nr. 60 vom 23. 5. 51 entnehmen wir nachfolgende Notiz:

„Ärzteschaft ohne demokratische Meinungsbildung

Am 26. und 27. Mai 1951 findet in Bonn eine „erweiterte Bundesvorstandssitzung“ der Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte (ASA) zusammen mit den gesundheitspolitisch tätigen Bundestagsabgeordneten der SPD statt. Die Tagung wird sich u. a. mit der Kampfansage der derzeitigen Ärzteschaft gegen den Bundesantrag der SPD auf Erhöhung der Versicherungsgrenze bei der sozialen Krankenversicherung und mit den Vorbereitungen des diesjährigen Jahreskongresses der ASA in Würzburg befassen.

Zu der Meldung der „Med. Press“, daß die „Ärzteschaft“ sich gegen jede Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze wenden werde stellt der Vorstand der ASA fest, daß die derzeitige Führung der Ärzteschaft zu solchen Ausführungen in keiner Weise autorisiert ist, da bisher keinerlei demokratische Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft zu dieser Frage erfolgt ist und die Meinung darüber keinesfalls als einheitlich angesehen werden kann.“

Vom sterbenden Hausarzt

Eine leider aktuelle Betrachtung von Dr. R. Paschke, Emskirchen

Der gute alte Hausarzt, der die ganze Familie, ihre Krankheiten und Schwächen vom eben geborenen Säugling bis zur 80jährigen Großmutter kannte, wer weiß noch von ihm? Er lebt auch heute noch, überall, auf dem Lande und in der Stadt, dort vielleicht häufiger, hier

weniger. Er weiß gleich Bescheid, wo der Schuh drückt, er braucht nicht erst viel zu fragen. Wenn die jungverheiratete Schwarzbäuerin ein wenig verschämt zu ihm ins Sprechzimmer kommt, nach Worten sucht, rot wird und herumstottert, so sagt er nur: „Weiß schon, weiß schon, Ihr wollt wissen, ob Ihr bald einen tüchtigen Erbhofbauern bekommt!“ Und wenn sich die schwächliche, verhärmte Arbeiterfrau im niedrigen Häuschen am Rande



Das Ziel des Aufklärungswerkes „Schwimmen und Retten“ ist die Verwirklichung der Forderung:

Jeder junge Mensch ein Schwimmer!

Zur Erreichung dieses Zieles wollen die an der Verhütung von Unfällen Jugendlicher der Schulen und Betriebe interessierten Verbände und Vereinigungen gemeinsam diesen Gedanken in weiteste Volkskreise tragen.

Diese Verbände sind in Arbeitsgemeinschaft der Deutsche Schwimm-Verband, der Deutsche Turner-Bund und die Deutsche Lebens-Rescue-Gesellschaft. Ihre Mitarbeit und Förderung haben außerdem zugesagt: Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Zentralstelle für Unfallverhütung, die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, der Deutsche Ärztetag und die Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern, der Deutsche Sportärzteverband, die Sporthochschule Köln, die Deutsche Gesellschaft für das Badewesen und der Aufklärungsdienst für Jugendschutz. Das Aufklärungswerk „Schwimmen und Retten“ ist zugleich der Auftakt für die in diesem und im kommenden Jahre von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwimmverband, Deutscher Turner-Bund und Deutsche Lebens-Rescue-Gesellschaft geplante Werbung für das Schwimm- und Rettungswesen in der Bundesrepublik und in West-Berlin

des Marktfleckens nur langsam von ihrer Lungenentzündung erholt, dann ist ihm auch sofort klar, wo der Hase im Pfeffer liegt. Er weiß, wenn zwei schlecht miteinander hausen, wenn der Mann mehr trinkt, als ihm gut tut, und er weiß auch, wo Liebe, Ordnung und Sauberkeit herrschen. Kurzum, er kennt sich aus in seinen Haushalten, nicht nur in den Krankheiten, und er weiß auch nur zu gut, wie sehr die täglichen Sorgen und Nöte verschlechternd auf die Krankheiten einwirken. Und weil er sich so gut auskennt in all dem Drum und Dran unseres Lebens, deswegen findet er auch ohne viele Worte meist schnell das Richtige.

Und dieser gute alte Hausarzt, Heiler und Helfer in vielen Nöten, soll nun auf den Aussterbeetat gesetzt werden, so hört man es munkeln. Es ist ihm in der letzten Zeit sowieso nicht mehr besonders gut gegangen, und manchmal hätte er gerne einen Taler heimlich zurückgelassen, wo es bitter nötig gewesen wäre, wenn er es nur gekonnt hätte. Und jetzt soll er ganz sterben, still und unbemerkt, wie er zeitlebens seinen Beruf ausübte, so meint es wenigstens ein Krankenkassengewaltiger, Gebieter über Millionen von Kassenmitgliedern. Es hat sich nämlich mittlerweile auch unter diesen Gewaltigen herumgesprochen, daß der gute alte Hausarzt von ihnen so schlecht bezahlt wird, daß er sich nicht mehr alle die teuren Apparate und Einrichtungsgegenstände kaufen kann, die eine moderne Praxis erfordert. Anstatt ihn nun besser zu bezahlen, schlägt man vor, die Ärzte müssen sich eben zu Arztgemeinschaften zusammenschließen, wobei jeder ein Stück mit in diese Ehe bringt, und dann sollen sie miteinander die kranken Menschen behandeln, der ganze „Betrieb“ würde so viel rationeller sein. Die Ärzte sollen also „Gesundheitsfabriken“ errichten, in denen der Kranke mit seinen Leiden hineingelegt und dann wieder, behorcht und beklopft, durchleuchtet und bestrahlt, mit einem Rezept bewaffnet hinausgeht, von mehreren ärztlichen Gesundheitsspezialisten durchgedreht wie in einer Mühle durch alle modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Den Pferdefuß bei dieser Angelegenheit hat der Kassengewaltige selbst entdeckt, und dies sei zu seiner Ehre gesagt. Er meinte, daß dies dann natürlich den Tod des Hausarztes bedeuten würde. Und mit dieser Feststellung war für ihn der Fall erledigt. So geschehen auf dem Krankenkassentag 1950 in München. Es mag wohl sein, daß der Kassengewaltige dem Tode des guten alten Hausarztes gelassen entgegenseht, aber werden dies auch die Millionen seiner Kassenmitglieder tun? Werden diese ihn vielleicht nicht einmal verantwortlich machen, wenn sie körperlich einigermaßen hergestellt, aber vergewaltigt und krank an ihrer Seele aus den Gesundheitsfabriken kommen und sich nach ihrem alten Hausarzt sehnen?

Nun, vielleicht wird der Krankenkassengewaltige dann dem inzwischen eines stillen Todes gestorbenen Hausarzt ein schönes Denkmal setzen. Für die Blumen darauf werden die Kassenmitglieder sorgen.

Nordbayer. Zeitung Nr. 52 v. 6. 4. 51.

Ärztliches Handbuch

Nach Abschluß der Vorarbeiten für das neue Ärzteverzeichnis hat sich gezeigt, daß einzelne Kollegen immer noch nicht den angeforderten Erhebungsbogen ausgefüllt eingesandt haben. Diese Kollegen werden dringend gebeten, die an die Bezirksvereine hinausgegebenen Erhebungsbogen umgehend einzusenden!

Gebührensätze der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Auf Wunsch einer Reihe von Kollegen werden nachstehend die Gebührensätze für die Behandlung der Mitglieder der Beitragsklassen I und II (Besoldungsgruppen 9—17 der Besoldungsordnung der Deutschen Bundesbahn) der Bundesbahnbeamtenkrankenversorgung bekanntgegeben, wie sie vertraglich mit der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt sind:

Bezeichnung der ärztl. Verrichtungen	Höchstsatz für den Arzt in Beitragsklasse	
	I DM	II DM
1. Beratung des Kranken in der Sprechstunde des Arztes	2,—	2,50
2. Beratung einschließlich eingehender Untersuchung nach Preugo II B 19, 64, 91a und 113a in der Sprechstunde des Arztes. Die Berechnung ist innerhalb von 4 Wochen nur bis zu zweimal zulässig	4,—	5,—
2a) Beratung einschließlich eingehender neurologischer oder psychiatrischer Untersuchung nach Preugo II B 21a in der Sprechstunde des Arztes. Die Berechnung ist innerhalb von 4 Wochen nur bis zu zweimal zulässig	5,—	5,—
3. Erstmalige Beratung eines Kranken in der Sprechstunde des Facharztes. Weitere Beratungen sind nach Ziff. I zu berechnen	3,—	3,75
4. Beratung des Kranken bei Nacht oder an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder außerhalb der Sprechstunde	4,—	5,—
5. Besuch des Arztes in der Wohnung des Kranken am Tage	3,75	4,25
6. Besuch des Arztes in der Wohnung des Kranken bei Nacht oder an Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder dringend verlangter, unverzüglich ausgeführter Besuch	7,50	8,50
7. Unvorhergesehener, nach 20 Uhr dringend verlangter, und sofort ausgeführter Besuch bei Nacht	10,—	11,25
8. Besuch beim Kranken im Krankenhaus — falls nicht im Verpflegungssatz inbegriffen		
a) wenn der Arzt in der Anstalt wohnt oder in ihr regelmäßig tätig ist, am Tage oder des Nachts Je Tag darf die Gebühr nur einmal berechnet werden, unbeschadet von Nachtbesuchen, die besonders berechnet werden können	2,—	2,50
b) wenn der Arzt weder in der Anstalt wohnt noch in ihr regelmäßig tätig ist		
am Tage	2,—	2,50
des Nachts	4,—	5,—
Wird nur ein einzelner Kranker in der Anstalt vom Arzt besucht, so werden die Besuche nach Ziff 8b nach Ziff. 5-7 berechnet.		
9. Mündliche Beratung mehrerer Ärzte (Konsilium) für jeden Arzt		
bei Tage	8,75	10,—
bei Nacht	13,75	15,—
10. Beistand bei ärztlichen Verrichtungen (Operationen usw.) für jeden hinzugezogenen Arzt		
bei Tage	8,75	10,—
bei Nacht	13,75	15,—

Bezeichnung der ärztl. Verrichtungen	Höchstsatz für den Arzt in Beitragsklasse	
	I DM	II DM
11. Wegegebühren einschl. Zeitversäumnis für den Doppelkilometer bei Tage	1,—	1,—
bei Nacht	1,80	1,80
12. Besondere ärztliche Verrichtungen (Preugo II B) bei einem Mindestsatz von mehr als 2,— DM bis 5,— DM einschließlich	1 2/3 facher Mindestsatz d. Preugo	1 2/3 facher Mindestsatz d. Preugo
13. Besondere ärztliche Verrichtungen (Preugo II B) bei einem Mindestsatz von mehr als 5,— DM bis 15,— DM einschließlich	1 1/2 facher Mindestsatz	2 facher Mindestsatz
14. Besondere ärztliche Verrichtungen (Preugo II B) bei einem Mindestsatz von mehr als 15,— DM	2 1/2 facher Mindestsatz	2 3/4 facher Mindestsatz
15. Röntgendurchleuchtungen, Röntgenaufnahmen und Röntgenbestrahlungen	Sätze des Röntgenlaris v. 1.6.30	Sätze des Röntgenlaris v. 1.6.30
16. Arzteugnis nach vereinbartem Vordruck	1,—	1,—

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

Anlässlich des 6. Fortbildungskurses für Ärzte in Regensburg fand am Abend des 3. Mai 1951 im Rahmen eines Empfanges im Reichssaal des alten Rathauses die Einführung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung statt.

Das „Kollegium“ wurde ins Leben gerufen von dem um die Fortbildung besonders verdienten Professor Dr. Dietrich Jahn und umfaßt nachfolgende Persönlichkeiten aus allen Teilen der Westzonen: K. Bingold, München, G. Domagk, Wuppertal-Elberfeld, E. K. Frey, München, M. Gänßlen, Frankfurt am Main, E. Grafe, Würzburg, B. Gruber, Göttingen, H. Hammerl, Marburg/Lahn, L. Heilmeyer, Freiburg/Breisgau, F. Hoff, Aachen, D. Jahn, Nürnberg, A. Jores, Hamburg-Eppendorf, H. Kämmerer, München, E. Kirch, Würzburg, H. Kleinschmidt, Göttingen, H. W. Knipping, Köln-Lindenthal, E. Kretschmer, Tübingen, G. Kuschinsky, Mainz, M. Lange, Bad Tölz, K. Matthes, Erlangen, H. Pette, Hamburg, B. De Rudder, Frankfurt a. M., H. Siegmund, Münster/Westfalen.

In Anwesenheit der Kursteilnehmer des 6. Fortbildungskurses und einer großen Anzahl von Vertretern der Regierungs- und Ministerialstellen, der Stadtverwaltung und anderer öffentlicher Körperschaften erfolgte die Einführung durch den Oberbürgermeister der Stadt; den Festvortrag hielt Prof. Dr. Diepgen, Direktor d. Med. Histor. Institutes der Universität Mainz, über das Thema: „Der Arzt und die Wissenschaft vor 100 Jahren.“

Die Regensburger Domspatzen unter ihrem verdienten Dirigenten Prof. Dr. Theobald Schrems umrahmten die Feier mit vier prachtvoll vorgetragenen Chören.

Kongresse

- 29. Juni—1. Juli — Garmisch-Partenkirchen: Süddeutsche Tuberkulose-Gesellschaft
- 15.—21. Juli — Brüssel: 7. Internation. Hospitalkongreß
- 16.—20. Juli — London: Internat. Kongreß für klinische Biologie
- 16.—21. Juli — Stockholm: Internat. Kongreß für Psychologie
- 26.—28. Juli — Tübingen, Universitäts-Nervenambulanz 2. Kongreß der Gesellsch. für Konstitutionsforschung
- 28.—29. Juli — Bonn: Fortbildungskursus f. prakt. Ärzte der Bonner med. Fakultät

- 30. Juli—28. August — Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin
- 31. Juli—3. August Marburg: Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- 23.—26. August — Hamburg: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- 23.—28. August: Hamburg: 11. Deutscher Zahnärztetag, verbunden mit einer internat. Dentalschau
- 26.—29. August — Heidelberg: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde
- 31. August — 3. September — Mainz: Deutsche Pharmakologische Gesellschaft
- 31. August—4. September — Trier: Jahresversammlung der Deutschen Vereinigung für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik

Fortbildungskurs für praktische Dermatologie

Vom 23. bis 28. Juli 1951 findet in der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München ein Fortbildungskursus statt, in dem über Fortschritte der praktischen Dermatologie, Venerologie und verwandter Gebiete berichtet werden wird.

Anmeldungen an Prof. Dr. A. Marchionini, München 15, Frauenlobstraße 9.

Deutsche Gesellschaft für gerichtliche Medizin

In der Zeit vom 30. 7. bis 2. 8. 1951 findet in Berlin eine Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin statt. Folgende Hauptthemen werden behandelt: Psychoanalyse und Individualpsychologie in der Strafrechtspflege; Rauschgiftsucht; Vaterschaftsbestimmung; Jugendverwahrlosung und Jugendkriminalität.

Kurs für med.-techn. Assistentinnen

Die diesjährigen Fortbildungskurse für med.-techn. Assistentinnen finden im Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München unter der Leitung von Professor Dr. med. G. Boehm, Professor Dr. Dr. K. Dirr und Professor Dr. Dr. H. Franke vom 6. bis 11. bzw. 13. bis 18. August statt.

Es ist beabsichtigt, im ersten Kurs mehr Allgemein- und Grundlagen Themen, im zweiten Kurs Spezialthemen unter besonderer Berücksichtigung der neueren diagnostischen Methoden zu behandeln.

Beide Kurse werden, wie im Vorjahre, in einem röntgendiagnostischen sowie einem wahlweise röntgen- und physikalisch-therapeutischen sowie laboratoriumstechnischen Teil durchgeführt.

Anfragen über Vortragsfolgen, Programm, Anmeldung und Fahrpreismäßigung auf Schülerfahrkarten und Unterkunft sind ab Mai an das Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität, München 15, Ziemssenstraße 1, zu richten.

Fortbildungskurs am Institut für physikal. Therapie und Röntgenologie

Anlässlich ihres 25jährigen Bestehens beabsichtigt die Staatliche Schule für Krankengymnastik am Institut für physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München einen Fortbildungskurs für Krankengymnastinnen durchzuführen. Vorgesehen ist der Termin vom 23. bis 28. Juli 1951. Als Hauptthema wurde gewählt: „Gelenk und Wirbelsäule.“ Die Teilnahmegebühr für den Kurs beträgt 25 DM. Näheres über das Programm des Kurses nach Anmeldung durch die Staatliche Schule für Krankengymnastik, München 15, Ziemssenstraße 1.

FAKULTÄT

München: Prof. Dr. med. Karl Vofschulte, Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik, hat einen Ruf auf das Ordinariat für Chirurgie an der Universität Gießen erhalten.

Würzburg: apl. Prof. Dr. med. Karl Rothschild von der Universität Münster wurde auch für das Sommersemester 1951 mit der kommiss. Vertretung des o. Lehrstuhles für Physiologie bei der Universität Würzburg beauftragt.

o. Prof. Dr. med. Heinrich Scheller, bisher Erlangen, hat mit dem 1. 5. 51 die Leitung der Universitätsnervenambulanz und den o. Lehrstuhl für Psychiatrie und Nervenheilkunde übernommen.

Privatdozent Dr. med. Josef Scherf, bisher kommiss. Direktor der Universitätsaugenklinik, wurde zum apl. Professor für Augenheilkunde ernannt.

Prof. Dr. med. Walther Reichling, bisher Berlin, erhielt einen Ruf auf den o. Lehrstuhl für Augenheilkunde bei der Medizin. Fakultät Würzburg.

Privatdozent Dr. med. Dr. phil. Robert Herrlinger wurde als Privatdozent für Anatomie an die Medizin. Fakultät Würzburg umhabilitiert.

PERSONALIA

Am 1. Juni feierte der Altmeister der deutschen Chirurgie, Geheimrat Dr. Dr. h. c. Fritz König, in Würzburg seinen 85. Geburtstag. Die Julius-Maximilians-Universität Würzburg ernannte ihn aus diesem Anlaß zum Ehrensenator. Die medizinische Fakultät ehrte ihn durch einen Festakt, in welchem der Vorstand der chirurgischen Klinik, Prof. Dr. Wachsmuth, ihn als den letzten Vertreter einer großen Chirurgengeneration feierte. Das Leben des Jubilars umschloß weltgeschichtlich ein ganzes Zeitalter und in ihm die Entwicklung der modernen Chirurgie, in welcher der Name Fritz König unvergessen bleibe. Mit seltener geistiger Frische ist Geheimrat König noch heute umfangreich wissenschaftlich tätig. Die Beliebtheit des Lehrers König fand warmherzigen Ausdruck. Der Kollege König und seine Anhänglichkeit an seine Ständesvertretung zeigt sich am schönsten in seinem Dankschreiben an den Vorsitzenden des Kreisverbandes in den Worten „daß ich immer mit ganzem Herzen bei Ihnen gewesen bin, brauche ich nicht noch einmal zu versichern“. Die aufrichtigen Glückwünsche seiner Schüler und Kollegen begleiten ihn für einen noch langen gesegneten Lebensabend.

Der Leiter der Gesundheitsabteilung im Bundesministerium, Herr Ministerialdirektor Professor Dr. Redeker, wurde am 17. Juni 1951 60 Jahre alt.

IN MEMORIAM

Dr. med. Friedrich Schaefer, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenleiden in Straubing, ist am 18. April im 62. Lebensjahr gestorben.

AUSLAND

Die Entwicklung der freiwilligen Krankenversicherung in Amerika nach dem Kriege

Um die Inangsetzung einer staatlichen Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten zu verhindern, haben amerikanische Ärztevereine schon im Jahre 1938 damit begonnen, selbst Versicherungseinrichtungen zu schaffen. Nach den Erfahrungen der Praxis und in Auswertung der öffentlichen Kritik haben sie die Gesellschaften der Gruppen „Blauer Schild“ und „Blaues Kreuz“ entwickelt und eine umfassende Propaganda für die Versicherung entfaltet. Dabei wurden in den letzten 5 Jahren beachtliche Erfolge erzielt.

Vor 5 Jahren genossen 1,5 Mill. Personen den Schutz der von Ärztevereinen betriebenen freiwilligen Krankenversicherung. Diese Zahl ist bis Ende 1949 auf 14 Mill. Personen (Stammversicherte und Angehörige) angewachsen.

Die Zahl der Personen, die lediglich Operationskosten versichert haben, stieg in der gleichen Zeit von 9 auf 44 Millionen.

Die Versicherung von Krankenkosten zeigt gleichfalls eindrucksvolle Entwicklungszahlen. Bei den Versicherungen der Gruppe „Blaues Kreuz“ stieg innerhalb von 5 Jahren die Zahl der versicherten Personen von 15 auf 33 Millionen. Bei der Gesamtheit der Gesellschaften, die Krankenhauskosten versichern, stieg die Zahl von 26 auf 66 Millionen. Viele Gesellschaften führten nach dem Kriege die Krankengeldversicherung für Arbeitsunfähigkeitsfälle ein.

Bei der Versicherung von Krankenhauskosten wurde ursprünglich im Schadenfalle eine bestimmte Summe je Tag bezahlt. Die Leistungen wurden nur gewährt, wenn der Patient als Bettpatient in ein anerkanntes Krankenhaus eingewiesen wurde und sich mindestens 24 Stunden im Krankenhaus aufhielt. Jetzt werden auch schon

Leistungen für die Gewährung erster Hilfe und für kleinere Eingriffe in ambulanter Behandlung gegeben. Manche Tarife berücksichtigen neben den Verpflegungskosten auch schon im Krankenhaus entstehende Nebenkosten.

Die amerikanischen Ärzte nehmen für sich mit Recht das Verdienst in Anspruch, die Entwicklung der privaten Krankenversicherung vorangetrieben zu haben. Sie haben sich dabei des sachverständigen Rates der Versicherungspraktiker bedient. In Deutschland war und ist es genau umgekehrt. Hier sind die Versicherten selbst die Inspiratoren der Versicherung und die aus ihren Kreisen herausgewachsenen Fachleute die Träger der Entwicklung gewesen, die sich nach Bedarf der ärztlichen Hilfe bedienen. (Aus: „Die Ersatzkasse“ 1/1951.)

Freiwillige Krankenversicherung in USA

In seiner monatlichen Botschaft an die Ärzte Amerikas behandelt der Präsident der American Medical Association, Dr. E. L. Henderson, unter anderem das Thema der freiwilligen Krankenversicherung. Er beschreibt das zur Zeit besonders große Anwachsen der Mitgliederzahl der freiwilligen Krankenversicherungen, die im wesentlichen in den zwei großen freiwilligen Organisationen Blue Shield und Blue Cross zusammengefaßt sind. Genaue Zahlen über die Mitglieder bei freiwilligen Versicherungen liegen zur Zeit noch nicht vor, aber es wird mit Sicherheit angenommen, daß zur Zeit zwischen 70 und 72 Millionen Amerikaner freiwillig gegen Krankheit versichert sind, und es wird vermutet, daß in zwei oder spätestens drei Jahren die Anzahl der Mitglieder dieser Versicherungen sich auf 90 Millionen erhöht haben wird. Dazu kommt, daß man durch die gesunde Konkurrenz dieser einzelnen Gesellschaften dem Ziel immer näher kommt, gegen eine möglichst geringe Zahlung des einzelnen Versicherten eine möglichst umfassende und wirksame gesundheitliche Betreuung aller Versicherten zu ermöglichen. Diese Tatsache wird vom Präsidenten der A. M. A. für das beste Argument gegen die Verfechter der sozialisierten Medizin gehalten. MED PRESS

Englischer Gesundheitsdienst:

Selbstkostenbeteiligung der Versicherten löst Partei- und Ministerkrise aus

gpk. Der englische Gesundheitsdienst wird kostenfrei durchgeführt. Das Prinzip der Kostenfreiheit sollte jetzt durchbrochen werden. Damit war Mr. Bevan nicht einverstanden. Er rebellierte und erklärte als Arbeitsminister seinen Rücktritt. Als Gesundheitsminister hatte Mr. Bevan bei Einführung des Gesundheitsdienstes die kostenfreie Behandlung proklamiert, die inzwischen in einem Falle von ihm selbst bereits aufgehoben wurde. Insofern ist also auch der Grund der Rebellion nicht ganz ehrlich. Aber das interessiert uns weniger. Das ist eine innerenglische Angelegenheit. Aber die Behandlung der Frage der Selbstkostenbeteiligung an sich findet in Deutschland das ungeteilte Interesse aller Sozialpolitiker.

Außer durch die Arzneikostengebühr ist in Deutschland der Versicherte an der Aufbringung der Kosten für die Sachbehandlung, also die ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung usw. nicht beteiligt. Das halten viele Fachleute für einen Fehler. Der Versicherte soll finanziell an der Behandlung interessiert sein. Er sollte also einen Teil der Kosten mitübernehmen. Dadurch würde jede unnötige Inanspruchnahme des Arztes, jede leichtfertige Verordnung von Arzneimitteln usw. verhütet. Die dadurch freiwerdenden Mittel könnten anderweitig für die Versicherten, z. B. für die längere Gewährung von Krankenhauspflge, die Übernahme der Kosten sog. großer Heilmittel, also zum Aufbau der Hilfe im schweren Krankheitsfall und zu vorbeugenden Maßnahmen verwendet werden. Die Ärzte, Zahnärzte usw. versprechen sich davon überdies auch eine Möglichkeit zur besseren Honorierung ihrer Leistungen. Parlamentarisch ist in Deutschland die Frage der Selbstkostenbeteiligung der Versicherten noch nicht aufgegriffen worden. Niemand hat gewagt, das heiße Eisen anzufassen. Der englische Schatzkanzler Gaitskell hatte den Mut, das Prinzip der Kostenfreiheit des Gesundheitsdienstes anzugreifen, ob-

gleich Englands Haushaltsetat eine Summe von 4 Milliarden Pfund aufweist und die vorgesehene Beteiligung der Bevölkerung an den Kosten für Brillen und Gebisse diesen Etat nur um etwa 25 Millionen entlastet haben würde. Hier ist aber erkannt, daß der Selbstkostenbeteiligung grundsätzliche Bedeutung zukommt. Wer bringt in Deutschland die umstrittene Frage der Selbstkostenbeteiligung der Versicherten der Sozialversicherung auf die parlamentarische Bühne?

Zahlen zur Schweizer Sozialversicherung

Wir entnehmen der Zeitschrift „Versicherungswissenschaft, Versicherungspraxis, Versicherungsmedizin“ Heft 1/1951 die nachstehenden Zahlenangaben aus der Schweizer Sozialversicherung:

Die Krankenversicherung (1948) weist 1151 Versicherungsträger auf (1915: 535). Sie umfaßt 62,9 v. H. der Wohnbevölkerung (1915: 11,0 v. H., 1935: 46,6 v. H.). Die Ausgaben stiegen von sfrs. 41,29 in 1930 auf sfrs. 72,03 in 1948 je Versicherten. Die Gesamteinnahmen der KV stiegen im gleichen Zeitraum von sfrs. 43,47 auf sfrs. 77,74.

Die Arbeitslosenversicherung zählte 1949 0,57 Mill. Versicherte und 17,0 v. H. Unterstützungsbezieher. Die Durchschnittsunterstützung je Tag und Bezieher stieg von 1925 bis 1949 von sfrs. 3,86 auf sfrs. 9,44.

Der Unfallversicherung sind (1949) 58133 Betriebe unterstellt. Die Statistik der Unfälle zeigt seit 1918 mit geringen rückläufigen Bewegungen einen ständigen Anstieg. Die versicherte Lohnsumme stieg von 992,9 Mill. sfrs. in 1918 auf 5288,6 Mill. sfrs. in 1948. Die Prämien-Einnahmen im gleichen Zeitraum von 27,8 sfrs. auf 97,2 Mill. sfrs. in der Betriebs-Unfallversicherung. Die Versicherungsleistungen belaufen sich gegenwärtig in der Betriebs-Unfallversicherung (1949) auf sfrs. 70,3 Mill., in der Nicht-Betriebsunfallversicherung auf sfrs. 35,2 Mill.

Zahlen für die Alters- und Hinterlassenenversicherung liegen erst seit 1948 vor. Für dieses Jahr sind 247 000 Rentenfälle, für 1949 280 000 ausgewiesen. Den beiden Jahren entsprechen Versichertenbeiträge von 417,8 bzw. 436,3 Mill. sfrs. — Die Leistungen sind für die beiden Jahre mit sfrs. 122,8 bzw. 140,7 Mill. sfrs. nachgewiesen.

Die Familienzulageversicherung zählt unter den landwirtschaftlichen Arbeitnehmern 12 705, unter den Gebirgsbauern 16 769 Bezieher (1949). Bei den landwirtschaftlichen Arbeitnehmern treten außerdem 11 682 Bezieher von Haushaltszulagen, 19 783 von Kinderzulagen und 1968 sonstiger Unterstützungen (Geburtshilfen usw.) hinzu. Indessen können diese Ziffern nicht summiert werden, weil ein und derselbe Versicherte je nach den Voraussetzungen bezugsberechtigt für mehrere Zulagen ist. Der Gesamtaufwand belief sich für die Gruppe der landwirtschaftlichen Arbeitnehmer 1949 auf sfrs. 5,5 Mill., bei den Gebirgsbauern auf sfrs. 4,9 Mill., zusammen auf sfrs. 10,4 Mill.

Die gesamten Sozialversicherungsleistungen (KV, UV, Arbl.-V., Alters- und Hinterl.-Vers., Wehrmannsschutz) stiegen von 1930 bis 1948 von sfrs. 136,13 Mill. auf sfrs. 475,64 Mill. Hierbei liegt die KV mit sfrs. 209,16 Mill. an der Spitze. Es folgt die Alters- und Hinterlassenenversicherung (123,1 Mill. sfrs.), die UV (104,6 Mill. sfrs.), der Wehrmannsschutz (30,99 Mill. sfrs.) und die Arbl.-V. (mit 7,77 Mill. sfrs.).

Die Prämieinnahmen der privaten Lebensversicherung zeigen einen Anstieg von sfrs. 187 Mill. in 1930 auf sfrs. 394 Mill. in 1948, die Einnahmen der SV im gleichen Zeitraum von 116 auf 836 Mill. sfrs., beide zusammen demnach von sfrs. 303 Mill. auf 1230 Mill. sfrs.

— p —

Gesetz über die allgemeine Krankenversicherung sogar den Schweden zu teuer

Ein schwedisches „Gesetz über die allgemeine Krankenversicherung“ vom 3. 1. 1947, das eine Volksversicherung mit freier ambulanter und stationärer Behandlung, freien Arzneimitteln und Erstattung des durch Krankheit

bedingten Verdienstausfalls vorsah, sollte eigentlich am 1. 7. 1950 in Kraft treten, aus finanziellen Gründen wurde die Inkraftsetzung schon 1948 um ein Jahr hinausgeschoben. Inzwischen wurde errechnet, daß die Durchführung des Gesetzes dem Staat 260 Millionen Kronen jährlich kosten würde. Angesichts der finanziellen Lage wurde daher vor kurzem mit knapper Mehrheit beschlossen, das Inkrafttreten des Gesetzes über die allgemeine Krankenversicherung auf unbestimmte Zeit zu vertagen.

Es wird vermutet, daß nicht allein finanzielle Gründe zu dieser Verzögerung geführt haben, daß vielmehr die Erfahrungen anderer Länder mit derartigen weitgehenden Maßnahmen in der Krankenfürsorge den Entschluß des Schwedischen Reichstages mitbestimmt haben.

RUNDSCHAU

Ein Ärztekammergesetz wurde im Schleswig-Holsteinischen Landtag in erster Lesung verhandelt. Der Innenminister Dr. Dr. Pagenl betonte, daß die berufsständische Selbstverwaltung den Staat entlaste, daß Hamburg und Niedersachsen mit ähnlichen Gesetzen bereits vorgegangen seien und daß die Bundesgesetzgebung nicht ausgeschlossen werden soll. Die Zwangsmitgliedschaft sei verfassungsrechtlich zulässig, da es sich bei den Ärztekammern nicht um wirtschaftliche Interessensvertretungen handle. Die Berufsgerichte seien unabhängig gestaltet, so daß die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte entfalle. Die Rednerin der CDU setzte sich für das Gesetz ein und betonte, daß die Kammern nicht wie zur Zeit des Nationalsozialismus als Aufsichtsinstanzen des Staates, sondern als Organe der beruflichen Selbstverwaltung gelten sollten. Andererseits sei die Zwangsmitgliedschaft sehr wichtig, um gerade diejenigen Elemente zu erfassen, die ihren Beruf nicht ordentlich ausüben. Der Vorzug der Berufsgerichte sei es, daß die Berufsangehörigen unter sich die vorkommenden Berufsvergehen ahnden könnten. Der Sprecher der SPD begründete die ablehnende Haltung seiner Partei. Er trat für eine Bundesregelung ein. Der Standpunkt der FDP beruhe auf der Verteidigung der Zwangsmitgliedschaft, da nur auf diese Weise alle Berufsangehörigen herangezogen werden könnten. Der Entwurf wolle keine Neuerungen einführen, sondern lediglich das geltende Recht den seit 1945 geänderten Verhältnissen anpassen. Schon in der Anfangszeit der Kammergesetzgebung in Preußen seien die Ärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts begründet worden. Der Gedanke einer Reichsärztekammer sei von den Nationalsozialisten zwar verwirklicht, aber längst vor ihnen von der deutschen Ärzteschaft gefaßt worden. In den vor 1933 bestehenden Ärztekammern hätten auch sozialistische Ärzte an maßgebender Stelle mitgewirkt und es seien weder von der damaligen Sozialdemokratischen Partei noch von den Gewerkschaften hiergegen Einwendungen erhoben worden. Gegenwärtig handle es sich nur um die Fortführung der Berufskammern der Rechtsanwälte und der Heilberufe. In beiden Fällen hätten freie Berufsstände außerordentlich wichtige Funktionen auszuüben. Aufgabe der Kammern sei die Überwachung der Berufsausübung; damit seien die Kammern mehr im Interesse der Bevölkerung als im Interesse der Berufsangehörigen selbst erforderlich. Das Vertrauen der Bevölkerung dürfe niemals durch vereinzelte Außenseiter des Berufes zerstört oder gefährdet werden; der Ärzteschaft wüsse die Möglichkeit geboten sein, gegen solche Ärzte strafend vorzugehen. Bei einer Freiwilligkeit des Zusammenschlusses sei mit Sicherheit zu erwarten, daß die wenigen Elemente, welche den Erfordernissen der ärztlichen Berufsausübung nicht entsprechen, sich einer freiwilligen Bindung mit vollem Bewußtsein und schlechter Absicht entziehen würden. Im Gedankenkreise des freien Berufes läge noch heute der Gedanke gegenseitiger Selbsthilfe. Diesen Gedanken zur Verwirklichung zu verhelfen, setze den Zusammenschluß aller Berufsangehörigen notwendig voraus.

In der Begründung zu dem Gesetz wird hervorgehoben, daß das Bonner Grundgesetz die negative Koalitionsfreiheit nicht beseitigt hat und der Artikel 9 gegenüber dem Art. 159 der Weimarer Reichsverfassung kein abweichendes Recht setzt. Die negative Koalitionsfreiheit bezieht sich aber nur auf berufsständische Organisationen, die ausdrücklich und grundsätzlich im sozialen, insbesondere im Arbeitskampf Träger der Interessen einer der Parteien sind. Die durch Gesetz erfolgende Bildung von Kammern, denen als öffentlich-rechtlichen Berufsvertretungen grundsätzlich keine Wirkungsmöglichkeit im sozialen, insbesondere Arbeitskampf zusteht und die kraft ihrer Eigenschaft als öffentlich-rechtliche Körperschaften der Staatsaufsicht unterstehen, ist daher verfassungsrechtlich zulässig.

Der Gesetzentwurf wurde einzelnen Ausschüssen zur Beratung zugewiesen.

Die Umsiedlung der Flüchtlingsärzte ist trotz aller Bemühungen der Bayer. Landesärztekammer noch immer durch die negative Einstellung einzelner Aufnahmeländer gehemmt, so daß nicht einmal alle für das Jahr 1950 zur Umsiedlung aus Bayern vorgesehenen 20 Flüchtlingsärzte ungesiedelt werden konnten. Scheinbar muß man für das Jahr 1951 sogar mit einer verstärkten Abwehr der Aufnahmeländer rechnen. Da die Zahl der unzusiedelnden Flüchtlingsärzte zur Gesamtzahl der Umsiedler in einem direkten Verhältnis steht, sind die Ausführungen von Staatssekretär Prof. Dr. Theodor Oberländer vom 4. Juni 1951 vor dem Landtags-Ausschuß für Angelegenheiten der Heimatvertriebenen auch für die Ärzte von besonderem Interesse. Bayern habe gehofft, in diesem Jahre 65 000 Heimatvertriebene in außerbayerische Länder umsiedeln zu können; es werde aber wahrscheinlich nur möglich sein, 8000 in das Gebiet von Rheinland-Pfalz zu bringen. In der Bundsratsitzung hätten sich verschiedene Länder hinsichtlich der Aufnahme von Heimatvertriebenen sehr egoistisch gezeigt, sie hätten sich dabei auf den Standpunkt gestellt, „eher der Bund nicht zahlt, nehmen wir niemanden auf“. Die mit Heimatvertriebenen überfüllten Länder Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern werden, so teilte Oberländer mit, in den nächsten Wochen in

Bonn einen gemeinsamen Schritt zur Beschleunigung des Umsiedlungsgesetzes unternehmen.

Der volkswirtschaftliche Wert ärztlicher Arbeit. Nach Berechnungen von Prof. Freudenberg ist durch die Arbeit und Leistungen der deutschen Ärzte das Leben der über 15jährigen um durchschnittlich 10 Jahre verlängert worden. Der volkswirtschaftliche Wert der damit verbundenen Arbeitskraft beläuft sich jährlich auf 5,6 Milliarden DM. 14 000 Medizinstudenten in der Bundesrepublik. Von den 108 000 Studenten in der Bundesrepublik sind 14 000 Mediziner, also 19,6% aller Studierenden.

Numerus clausus in Schweden. Dr. Werner Osten teilt in einem Bericht über eine Reise nach Schweden mit, daß für das medizinische Studium an den Universitäten Upsala und Lund, am Karolinen-Institut und Krankenhaus und an der medizinischen Akademie in Göteborg auf Grund eines numerus clausus pro Jahr insgesamt nur 260 Studenten zugelassen werden. Durch Einschränkung der Zahl der Studierenden will man einen individuelleren Unterricht und damit eine höhere Qualität des zukünftigen Arztes erreichen. Während der vorläufigen Teil ähnlich wie in Deutschland verläuft, wird im klinischen Studium größter Wert auf Mitarbeit am Krankenbett und auf praktische Tätigkeit in den Laboratorien gelegt.

Ärzte im Parlament. Wie der Bundestagsabgeordnete Hermann Ehren mitteilte, ist die westdeutsche Ärzteschaft im Bundestag mit fünf Abgeordneten vertreten, während z. B. im französischen Parlament 168 Ärzte sitzen. Der französische Ministerpräsident Queuille ist, wie Clemenceau, ebenfalls Arzt.

Spätheimkehrende Jungärzte bevorzugt. Der hessische Innenminister hat die Behörden angewiesen, dafür zu sorgen, daß spätheimkehrende Jungärzte bevorzugt in bezahlte Assistentenstellen in Krankenanstalten vermittelt werden.

Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung. Im November werden es 80 Jahre, daß Bismarck die kaiserliche Botschaft im Reichstag verlas, durch die die deutsche Sozialversicherung ins Leben gerufen wurde. 1884 setzte die Krankenversicherung ein, 1885 folgte die Unfallversicherung und 1891 die Invaliditäts- und Altersversicherung. Diese drei Gesetze wurden in den folgenden Jahren ausgebaut und ihr Wirkungsbereich erweitert. Die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 faßte sie in ein einheitliches Gesetzgebungswerk zusammen und gab den Versicherungsträgern eine Verfassung und eine Verfahrensordnung. Innerhalb dieser Gemeinschaft behielten jedoch die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften und die Landesversicherungsanstalten ihr Eigenleben. Am 1. Januar 1913 trat die Versicherungsanstalt der Angestellten ins Leben, damals viellach bekämpft als eine Einrichtung der „Stehkragenproletariat“, die etwas Besseres sein wollten als der Arbeiter. Es folgte am 1. Januar 1924 das Reichsknappschaftsgesetz. Das Wahlgesetz vom 8. April 1927 ordnete für alle Versicherungszweige das Wahlverfahren. Schließlich folgte am 1. Oktober 1927 das Reichsgesetz über die Arbeitslosenversicherung und Arbeitsvermittlung und löste die bis dahin geltende Erwerbslosenfürsorge ab. Am 1. Januar 1928 wurde die Krankenversicherung auf die Seeleute ausgedehnt. Das jetzt so heiß umstrittene Gesetz vom 21. Januar 1938 schuf für das Handwerk eine Altersversorgung nach den Vorschriften der Angestelltenversicherung. Wer eine Rente aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung bekommt, ist kraft Gesetzes auf Grund der Verordnung vom 4. November 1941 krankensichert für sich und seine Angehörigen. Der Wirtschaftsrat für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet schuf am 17. Juli 1949 das Sozialversicherungsanpassungsgesetz und ordnete die Hälfteilung der Beitragsaufbringung in der Krankenversicherung an. Am 22. Februar 1951 ist das Bundesselbstverwaltungsgesetz unterschrieben worden, das vor allem die Wiedereinführung der Selbstverwaltung bringt und im Zusammenhang damit die paritätische Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane entsprechend den Bestrebungen für das betriebliche Mitbestimmungsrecht. Außerdem regelt dieses Gesetz die Wiederzulassung von Betriebs-, Land- und Innungskrankenkassen neben den Allgemeinen Ortskrankenkassen.

Zur beabsichtigten Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze wird bekannt, daß dem Antrag auf Herabsetzung der Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung auf mindestens 600 DM monatlich die Ortskrankenkassen widersprochen haben. Private Krankenversicherung und Ärzteschaft haben sich dagegen gewehrt. Die übrigen Verbände der Pflichtkrankenkassen und der Ersatzkassen haben den Antrag gleichfalls nicht unterstützt. Die Erhebungen über die Entwicklung der Preise und Gehälter rechtfertigen auch nach Ansicht der Krankenkassen keineswegs eine Ausweitung der Versicherungspflicht in diesem Umfang. Der Antrag hat zudem eine über die Krankenversicherung weit hinausgehende Bedeutung. Politische Kreise haben mit Recht Bedenken dagegen, mit einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, wenn auch auf einem anscheinend wirtschaftlich nicht so bedeutungsvollen Nebengebiet, einer Entwicklung den Weg zu bereiten, an deren Ende das Gespenst der Inflation steht. Die Zeit, in der in kurzer Folge die Versicherungspflichtgrenze immer wieder erhöht werden mußte, ist noch in zu lebendiger Erinnerung.

Reform der Sozialversicherung in der Ostzone. Die Regierung der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) hat eine Verordnung über die Zahlung der Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung erlassen. Danach werden die Beiträge zur Sozialversicherung künftig zur Vereinfachung der Verwaltung und zur Senkung der Selbstkosten in den Betrieben zusammen mit den Steuern erhoben. Die Feststellung der Versicherungspflicht sowie die Festsetzung und der Einzug der Beiträge werden von den Sozialversicherungskassen auf die Finanzämter übertragen. Etwa gleichzeitig sind die bisherigen fünf Sozialversicherungsanstalten zu einer einzigen Sozialversicherungsanstalt zusammengeschlossen worden. Die Leitung dieser Sozialversicherungsanstalt ist in die Hände des FDDG übergegangen. Es ist weiter angeordnet worden, daß die Barleistungen, also Kranken-, Haus- und Taschengeld sowie die Wochenhilfsleistungen, durch die Betriebe ausgezahlt werden. Einige Betriebe zahlen sogar auch die Renten für die früher bei ihnen Beschäftigten aus. Was sich hier Reform der Sozialversicherung nennt, ist im Grunde die Auflösung der Sozialversicherung in ein vom FDDG gesteuertes Unterstützungswesen, für das eine Sondersteuer erhoben wird, das wiederum unlösbar mit den planwirtschaftlichen Leistungssteigerungen in der DDR zusammenhängt. Der arbeitende Mensch der DDR ist nun durch die Sozialversicherung noch stärker Objekt der totalitären Menschenlenkung geworden.

Die sozialen Lasten Berlins. Wie Senator Bach kürzlich bekanntgab, werden sich die sozialen Lasten Berlins im kommenden Etatjahr auf annähernd 1 Milliarde DM belaufen. Von 2,1 Millionen Einwohnern müßten gegenwärtig 970 000 aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden.

Beginnende Einsicht? Das jugoslawische Regime hat, getreu seinem sowjetischen Vorbild nach dem Kriege, wie alles andere, so auch die ärztliche Behandlung sozialisiert. Wie „Med.-Presé“ mitteilt, kann nunmehr Ärzten auf Wunsch die Genehmigung zu halbtägiger Privatpraxis erteilt werden. Dabei soll das Honorar für die erste Konsultation durchschnittlich 200 Dinar (etwa DM 16.—) betragen. Die Ärzte sind mit einem Monatsgehalt von 7—10 000 Dinar in einer relativ hohen Einkommensklasse.

Bezeichnungen der Krankenhausärzte. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ebenso wie verschiedene arbeitsrechtliche Vereinigungen des Bundesgebietes ihren Mitgliedern eine neue Nomenklatur für Krankenhausärzte empfohlen, die folgenden Wortlaut hat:

- A
1. Leitender Arzt (Chefarzt, leitender Chefarzt, ärztl. Leiter, ärztl. Direktor) = Leitender Arzt des Krankenhauses.
 2. Leitender Abteilungsarzt (Cbeharzt) = Leitender Arzt der Abteilung.
 3. Oberarzt = Facharzt als Vertreter des leitenden Abteilungsarztes in großen Krankenhausbteilungen.
 4. Assistenzarzt = Approbiierter Arzt als Facharzt, der regelmäßig als Stationsarzt, Institutsarzt oder gleichgestellter wissenschaftlicher Assistent eingesetzt ist.
 5. Hilfsarzt = Überwiegend im Rahmen seiner Fachausbildung oder ärztl. Fortbildung tätiger für einen festumgrenzten Zeitraum eingesetzter, approbierter Arzt (Arzt im Sinne des § 4 Ziffer 3b des Kr. T.).
 6. Pflichtassistent = Arzt in der gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildungszeit.
 7. Volontärarzt = Für die ärztliche Versorgung nicht erforderlicher Arzt, der zu seiner Ausbildung oder ärztlichen Fortbildung für einen festumgrenzten Zeitraum zugelassen ist.

- B
1. Belegarzt = Niedergelassener Arzt oder Facharzt mit der Berechtigung, seine Patienten im Krankenhaus stationär zu behandeln, ohne in einem Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus zu stehen.
 2. Gastarzt = Arzt, der als Gast auf kurze Zeit zu besonderen Ausbildungszwecken zugelassen ist.

(„Der Krankendienst“, Zeitschrift für kath. Krankenhäuser und Krankenpflege 1951, Heft 3, Seite 80.)

Der „Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands“, Landesgruppe Bayern, wird geleitet von: J. Vorsitzender: Prof. Dr. Maurer, München / Stellvertreter: Dr. Niedermayer, Passau / 2. Vorsitzender: Dr. Günther-Kühne, München / Stellvertreter: Prof. Dr. Jahn, Nürnberg / Schriftführer: Dr. Günther-Kühne, München / Kassenswart: Dr. Elgner, Freising, Oberbayern / Beisitzer: Dr. Balzer, München.

Bezirksobmänner: München-Stadt: Dr. Günther-Kühne, München / Oberbayern: Dr. Bauer, Freising / Niederbayern: Dr. Niedermayer, Passau / Oberfranken: Dr. Mohr, Hof, Saale / Nürnberg-Stadt: Prof. Dr. Jahn, Nürnberg / Mittelfranken: Dr. Günther-Kühne, Fürth / Unterfranken: Dr. Schwab, Würzburg / Oberpfalz: Dr. Nickel, Regensburg / Schwaben: Dr. Krieger, Kaufbeuren.

Ärztliches Honorar des Krankenhaus-Chefarztes. Die Ärztekammer Saar hat folgenden Bescheid gefaßt: „Der Krankenhausleiter hat keinen Anspruch auf einen Anteil am ärztlichen Honorar. Die Beteiligung eines Dritten daran wird als standesunwürdig angesehen. Die durch die privatärztliche Tätigkeit des Krankenhaus-Chefarztes entstehenden Kosten können dem Krankenhaus voll erstattet werden.“

Richtlinien für die werkärztliche Tätigkeit

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Deutsche Gewerkschaftsbund (Werkärztliche Arbeitsgemeinschaft) haben folgende Richtlinien für die werkärztliche Tätigkeit beschlossen:

1. **Gestaltung und Überwachung des Werkgesundheitsdienstes.** Aufsicht und Leitung des Unfall- und Sanitätsdienstes, Überwachung des Ausbildungsstandes und der Tätigkeit der Werkwestern sowie der Krankenpfleger, Ausbildung geeigneter Männer oder Frauen als Werkhelfer. Verpflichtung zur eigenen wissenschaftlichen Weiterbildung sowie zur Fortbildung des unterstellten Heil- und Hilfspersonals.
2. **Arbeitsschutz und Werkhygiene.** Regelmäßige Betriebsbegehungen und Arbeitsplatzbesichtigungen zur Überwachung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Verbesserung der Werkhygiene, des Unfallschutzes sowie Vorbeugung und Erstbekämpfung von Berufsschäden, Infektions- und Allgemeinerkrankungen, Einsatz geeigneter Hautschutzmittel, Reinigungs- und Desinfektionsmittel usw. Beratung der Werksleitung und des Betriebsrates in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Arbeitszeit- und Pausenregelung sowie der vorsorglichen und fürsorglichen Betreuung der Werksangehörigen. Überwachung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse im Werk und in werkseigenen Einrichtungen, z. B. Bestrahlungs- und Bädereinrichtungen, Kantinen, Küchen, Speiseräume, Waschräume, Umkleieräume, Duschen, Toiletten, Sporteinrichtungen, Erholungsheime, Kinderheime, Kinderhorte, Milchküchen, gegebenenfalls der Wohnungsverhältnisse der Belegschaftsangehörigen.
3. **Werkärztlicher Untersuchungs- und Beratungsdienst.** Überprüfung des Gesundheitszustandes sämtlicher Einzustellenden. Überprüfung der Notwendigkeit eines Arbeitsplatzwechsels aus gesundheitlichen Gründen. Arbeitsmedizinische Untersuchungen, Überwachungsärztlicher Dienst im Auftrage des staatlichen Gewerbesarzes. Regelmäßige Untersuchungen der Gesamtleistung bei Bevorzugung bestimmter Beschäftigungsgruppen nach Alter, Geschlecht und Arbeitsplatz. Ständige Mitarbeit bei Maßnahmen des Frauen- und Jugendschutzes sowie in der Unfall- und Schwerkörperbetreuung. Einzelberatung in der Werkarbeitsstunde. Ärztliche Beratung und erforderlichenfalls ärztliche Unterstützung der Werksangehörigen in Versicherungs- und Rentenangelegenheiten. (Unfällen, Berufskrankheiten, Kriegsbeschädigungsleiden, Invalidität, Pensionsfragen usw.). Ärztliche Maßnahmen

im Rahmen der Werksfürsorge, insbesondere Familien-, Erholungs- und Tuberkulosefürsorge.

4. Erste Hilfe bei Unfällen und Berufserkrankungen für alle Werksangehörigen; erste Hilfe auch für vorübergehend im Werk anwesende Angehörige fremder Firmen, Besucher usw. Für die Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften gelten die nachfolgenden Leitsätze.

5. Ärztliche Hilfe für arbeitsfähige Werksangehörige innerhalb des Werkes, soweit sie im Interesse des Werksangehörigen oder des Werkes in dringenden Fällen erforderlich ist und vom Werksangehörigen gewünscht wird.

6. Ständige Fühlungnahme und Zusammenarbeit sowie unmittelbarer fachlicher Schriftwechsel mit den staatlichen Gewerbezürten, den behandelnden Ärzten, den Durchgangs-, Vertrauens- und Amtsärzten, den Krankenanstalten, Berufsgenossenschaften, sonstigen Versicherungssträgern und Verwaltungsstellen.

7. Tätigkeitsberichte, Tätigkeitsberichte mindestens einmal jährlich an den Betrieb. Soweit der Werkarzt die Tätigkeit eines Überwachungsarztes ausübt, ist hierüber an den staatlichen Gewerbearzt durch die Werksleitung zu berichten.

Die praktischen Ärzte und der nationale Gesundheitsdienst. Zwischen den neuen britischen Gesundheitsminister, Hilary A. Marquand, und den praktischen Ärzten haben grundlegende Besprechungen über die Bezahlung dieser Arztgruppe stattgefunden. Die Unzufriedenheit der praktischen Ärzte ist in letzter Zeit wegen der unzureichenden Vergütung besonders im Vergleich mit der anderer Arztgruppen, beträchtlich angewachsen. Der Minister wurde deshalb gebeten, die Mittel für die ärztliche Vergütung zu erhöhen. Die Vertreter der Ärzteschaft sicherten ihrerseits zu, das zusätzliche Geld so zu verteilen, daß die beste ärztliche Versorgung erreicht und den bisher vernachlässigten praktischen Ärzten auch finanziell ein Anreiz geboten würde. Sie betonten, daß die Zukunft der Allgemeinpraxis im Gesundheitsdienst von dieser Lösung abhängt. Der Minister erklärte, daß die derzeitige Finanz- und Wirtschaftslage sowie die teure Wiederaufrüstung Faktoren seien, die er berücksichtigen müsse. Er halte aber die Angelegenheit für dringlich und hoffe auf eine zufriedenstellende Regelung.

Die Kosten des britischen Gesundheitsdienstes. Für das Jahr 1950/51 mußte im britischen Staatshaushalt für den nationalen Gesundheitsdienst die Summe von 411 Mill. Pfund angesetzt werden^{*)}. Dazu kommt noch die Summe von 40 Mill. Pfund, die vom Nationalen Versicherungsdienst an den Gesundheitsdienst abgegeben werden muß. Nachstehende Aufstellung zeigt die Aufschlüsselung der Gelder der letzten zwei Jahre sowie den Voranschlag für das kommende Wirtschaftsjahr. Die Kürzungen der Ausgaben für den augenärztlichen und zahnärztlichen Dienst bedeuten eine Vorwegnahme des Gesetzes, das vom britischen Unterhaus in der Nacht zum 4. Mai in dritter Lesung verabschiedet wurde. Darnach hat der Patient 50 Prozent der Kosten für Gebisse und Brillen selbst zu tragen.

	1949/50	1950/51	1951/52
	Mill. Pfd.	Mill. Pfd.	Mill. Pfd.
Ortliche Gesundheitsbehörden	15,4	18,4	18,6
Allgemeinpraktiker	47,0	48,2	48,4
Pharmazeutischer Dienst	35,3	32,0	34,6
Zusätzl. augenärztl. Dienst	24,1	28,1	18,6
Zahnärztlicher Dienst	48,2	46,9	39,9
Zuschüsse an Krankenhäuser	220,7	256,0	275,4

Über die Neuordnung des Krankenhauses in Japan berichtet Dr. Schmidt-Lambert (München) in der „Sanitätswarte“: Die Zurückziehung der letzten Vorschriften und Bestimmungen von seiten der Besatzungsmacht über Betriebsführung und Wirtschaftsordnung in den japanischen Krankenanstalten und Ambulatorien hat auch den Zeitpunkt für die dringend notwendige Neuordnung des Krankenhauses herbeigeführt. Die vergangenen Monate waren damit ausgefüllt, zunächst einmal eine Zusammenfassung der Anstaltsbetriebe im Verband der japanischen Krankenanstalten, Heime und Fürsorgeeinrichtungen, dem sog. Yonshima-Zweckverband, zu erzielen. Es wurde dabei gleichzeitig eine staatliche Kommission zur Untersuchung der Zustände und Bewirtschaftungsmethoden in den privat geführten Krankenanstalten eingesetzt, die bisher in mehr als 1700 Anstalten und Heimen die Dringlichkeit einer staatlichen Überleitungsregie feststellte. Die Neuordnung des japanischen Krankenhauses wird also so vor sich gehen, daß der Staat grundsätzlich sich die Aufsicht über die Betriebsführung vorbehält, gleichzeitig aber auch die Besetzung der Chefarztposten für sich reserviert behält. Dadurch setzt er von zwei Seiten seine Oberaufsicht ohne große Schwierigkeiten und besondere Unkosten durch; denn Chefarzt und Verwaltungsdirektor sind direkt den staatlichen Kontrollorganen verantwortlich. In Städten mit mehr als 50 000 Einwohnern wird jeweils eine vorbereitende gemeindliche Krankenhaus-Sonderkommission eingeschoben, der zehn gemeindlich bestätigte Ärzte der verschiedenen Spezialgebiete angehören müssen, außerdem die später in ihre Ämter einzusetzenden städtischen Betriebs- und Wirtschaftsassistenten bei den Krankenhäusern. Man erkennt aus dieser Zwischenregelung, daß durchaus die Absicht besteht, die Führung und Bewirtschaftung der Krankenanstalten in größeren Siedlungen später wieder in gemeindliche Regie zurückzugeben; ganz ausgeschlossen dürfte es aber bleiben, daß Krankenanstalten oder auch Ambulatorien und Behandlungsheime der privaten Initiative wieder ausgeliefert werden. Im Gegenteil hat im Januar dieses Jahres das Wohlfahrts- und Sozialministerium in Tokio einen Betrag von fast 25 Milliarden Yen zur Verfügung gestellt, um die Ablösung bisher privat geführter Krankenanstalten und Heime beschleunigt durchzuführen. Diese verfügen knapp zu einem Drittel über einigermaßen hinreichende Behandlungs-, Operations- und Wirtschaftsmittel, so daß von dieser Stelle aus die mangelhaften Erfolge der allgemeinen Hebung der Volksgesundheit begründet werden. Was die Frage eines ausreichenden und genügend vorgebildeten Krankenhauspersonals angeht, so greift man in zunehmender Weise vor allen Dingen auf Personen zurück, die im Lazarett- und Pflegewesen während des Krieges eine amtlich anerkannte Ausbildung genossen haben. Zweifellos ist in der Zeit seit 1945 eine allgemeine Deklassierung des vorhandenen Krankenhauspersonals eingetreten, was nicht nur damit zu tun hat, daß die Behandlungen und Kuren vielfach nicht in zweckmäßiger Weise ausgeführt werden konnten, sondern daß auch vielfach Mißwirtschaft und Unterschlagungen zu Ungunsten der Krankenleistungen eingetreten sind. Allein in den vier staatlichen und gemeindlichen Alt-Krankenhäusern der

Stadt Tokio mit einer Rettungszahl von fast 5800 wurden zwischen 1948 und 1950 mehr als für 8 Milliarden Yen Fehlstellungen bzw. glatte Besetzungen von Betriebsgeldern und -zuschüssen festgestellt.

Die Bevölkerung der USA. ist heute 6½mal größer als vor 100 Jahren, sie ist von 23 Millionen im Jahre 1850 auf 151 Millionen im Jahre 1951 angestiegen. In den letzten Jahren ist der Anstieg allerdings verlangsamt, und in den einzelnen Landesteilen sehr verschieden. Im Westen war der größte Anstieg zu verzeichnen. Sogar in der Dekade 1940/1950 stieg die Bevölkerung von Nevada um 45%, von Arizona um 50% und von Kalifornien um 53%.

Die Not in der Schwesternarbeit. Die Deutsche Schwesterngemeinschaft hat eine Denkschrift herausgebracht, die sich mit der Not in der Schwesternarbeit befaßt. Darin weist sie eindringlich darauf hin, daß die dauernde Überforderung der Schwestern zu schwerwiegenden Folgen für den Stand und besonders auch bezüglich des Nachwuchses geführt habe und weiter führen müsse.

Die Gründe der Überforderung liegen einmal in einer falschen Einsparung von Hausangestellten. Hinzu kommen die kurze Verweildauer der Kranken und die dauernde Überbelegung der Krankenhäuser. Auch die Verwaltungs- und Schreibarbeiten haben stark zugenommen. Einer der Hauptgründe aber muß in der grundlegenden Wandlung gesehen werden, die die ärztliche Behandlungsweise in den letzten Jahrzehnten erfahren hat. Sie ist gegen früher intensiver, komplizierter und differenzierter geworden. Die Folge hiervon ist eine stärkere ärztliche Besetzung der Krankenhäuser, mit der die Besetzung mit Pflegepersonal nicht Schritt gehalten hat.

Mit der Intensivierung der ärztlichen Betreuung Hand in Hand muß eine Verbesserung der Lage der Schwesternschaft gehen. Der derzeitige Raubbau an der Schwesternarbeit muß sonst zwangsläufig zu Rückschlägen in der Betreuung unserer Kranken führen.

Internationaler Wettbewerb zur Leukämie-Bekämpfung. Einen internationalen Wettbewerb für alle Ärzte, die ihre Arbeit der myeloischen Leukämie widmen, hat die medizinische Fakultät der Pariser Sorbonne ausgeschrieben. Ein „Prix Claude Justin“ in Höhe von 2 Mill. Francs (24 000 DM) ist für den Forscher ausgesetzt, der das Mittel zur wirksamen Bekämpfung der myeloischen Leukämie entdeckt. Jedoch kann ein Teil der ausgesetzten Summe Forschern zugesprochen werden, die das gestellte Problem zwar nicht vollständig lösen, aber in der Behandlung der Krankheit wesentliche Fortschritte erzielen. Einsendungen sind an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Sorbonne, Prof. Leon Binet, zu richten.

Der Antrag auf Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze war der Anlaß für die Zeitschrift „Der Spiegel“, sich mit dem Problem der deutschen Krankenkassen in einem längeren Aufsatz (1951, Nr. 19) zu befassen. Dort heißt es u. a.:

„Der Bonner Sozialpolitische Ausschuß hat jetzt seinen Rückstand so weit aufgearbeitet, daß nur noch die Drucksache Nr. 471 zur Beratung vorliegt. Das ist ein Antrag der SPD-Fraktion des Bundestages, die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung von bisher 375 DM auf mindestens 600 DM monatliches Einkommen zu erhöhen. Mit diesem Antrag ist die gesamte Problematik der deutschen Krankenkassenversicherung auf die Tagesordnung gestellt.“

Diese Problematik läßt sich in einem Satz zusammenfassen: das jährliche Beitragsaufkommen von etwa zwei Milliarden DM in der westdeutschen Krankenversicherung reicht offenbar nicht mehr aus, um den 24 Millionen Krankenversicherten (die diese beiden Milliarden aufbringen) einen ausreichenden Gesundheitsschutz zu gewähren. Anders formuliert: durch die Fortschritte der modernen Medizin konnte die Lebenserwartung der Menschen um rund 20 Jahre verlängert werden. Die Kosten für diese Großtat der Medizin sind aber höher als jene zwei Milliarden jährlichen Beitragsaufkommen aller Kassen. Die Decke, unter der sich heute 600 Krankenkassen aller Sparten, 65 000 Ärzte, 5031 Apotheken und 490 000 Krankenbetten neben 24 Millionen Versicherten strecken müssen, ist seit 1945 endgültig zu klein geworden. Deshalb verursacht Willi Richter, Leiter der Hauptabteilung Sozialpolitik im Deutschen Gewerkschaftsbund und Vorsitzender des Sozialpolitischen Ausschusses des Bundestages, alle jene Angestellten, die durch Gebaltserhöhungen (die mit 20% angenommen werden) aus der Versicherungspflicht herausgerutscht sind, wieder einzufangen, und sie wieder zinspflichtig an die Krankenkassen zu machen^{**)}.

Gelingt es Willi Richter, in einem großen Fang alle Angestellten bis 600 DM Monateinkommen in die 396 Allgemeinen Ortskrankenkassen zurückzubringen, dann ist er der Einheitsversicherung um Haaresbreite nähergekommen. Denn über 600 DM monatlich verdienen in der Bundesrepublik nur noch 44 000 Angestellte. Und damit ist die an sich recht triste Frage nach der Rentabilität der Krankenversicherung (die als Gebeinwissenschaft nur Fachleuten zugänglich ist) plötzlich zum Kernstück politischer Dogmatik geworden: Kollektiv oder Individuum. Die AOK's müssen alle Putzfrauen, Botenjungen, Lehrbuben, Heimarbeiterinnen und Portiers versichern. Diese auf den untersten Sprossen der großen Sozialleiter lebenden Schichten werden aber genau so krank, wenn nicht kränker als die Mitglieder der noblen Ersatzkassen oder exklusiver Privatkassen. Fachlich ausgedrückt: die AOK's laufen die schlechten Risiken in der Krankenversicherung.

Dazu haben sich die AOK's eine unangenehme Sache eingebrockt: neben ihren 10 Millionen Zwangsversicherten haben sie noch 3 566 805 Rentempfinger und Kriegshinterliebene zu betreuen; jeder vierte Zwangsversicherte ist ein Rentempfinger. Früher mußte sich jeder Rentner selber gegen Krankheit versichern. Seit 1945 zahlen die Landesversicherungsanstalten für jeden Rentner monatlich 3,30 DM an die örtlich zuständige AOK. Nun haben die Landesversicherungsanstalten 1949 insgesamt 127 Millionen DM an Beiträgen für die Krankenversicherung der Rentner gezahlt. Die Ausgaben der AOK's für die Rentner beliefen sich aber auf 156,7 Millionen DM. So mußten die übrigen Versicherten, die allesamt zu den armen Leuten rechnen, den Fehlbetrag für das Verlustgeschäft der Rentenversicherung von 29,3 Millionen DM decken.

^{*)} Demgegenüber waren im Jahre 1946, bei Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes im Budget 146 Mill. Pfund vorgesehen!

^{**)} Alle Arbeiter sind ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Wochenlohnes krankenversicherungspflichtig. Ihre Beitragssätze werden jedoch nur bis 375 DM berechnet.

Das Verhältnis der Kassen untereinander entspricht dem von Hund und Katze. Auf die These vom schlechten Risiko der AOK's sageq die Ersatzkassen:

Lehrlinge versichern wir genau so wie die AOK's, das machen wir schon, um Nachwuchs zu haben. Die Prokuristen, die wir versichert haben, erreichen ihre höheren Gehälter erst im vorgeschrittenen Lebensalter. Da sind sie nicht mehr so gesund wie junge Akkordmaurer. Um die Rentner haben sich die AOK's gerissen. Wir hatten verlangt, daß jede Kasse ihr zum Rentner gewordenen ehemaligen Mitglied behalten soll. Dem hat die Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände widersprochen. Sie wollten die Vergrößerung ihres Machtbereiches und einen weiteren Schritt zur Einheitsversicherung hin tun. Dabei haben sie sich ins eigene Fleisch geschnitten. Der entscheidende Vorteil der Ersatzkassen mit ihren besseren Leistungen dürfte darin liegen, daß sie zu 95% Angestellte versichern, die im Krankheitsfall meist sechs Wochen, oft auch drei Monate lang ihr Gehalt weiterbezahlen. Die AOK's müssen jedoch oft schon nach drei Tagen Krankengeld zahlen. Dieses Krankengeld ist der weitest empfindlichste Ausgabenposten der AOK's überhaupt. Bei einer Reineinnahme von DM 116.14 je Mitglied für 1949 zahlten die 396 AOK's allein DM 23.70 Krankengeld je Mitglied. Mehr als an Arztgebühren.

Aber die große Krise der Krankenversicherung hat alle Sparten, ob Zwangs-, Ersatz- oder Privatkassen, erfaßt; die Altersversicherung im Versichertenbestand hat durch die wachsende Vergrößerung der Bevölkerung das schlechte Wagnis vergrößert. Etwa bis 1913 rechneten AOK's mit einem durchschnittlichen Krankenstand von 2,5%. In der RM-Zeit schnellte dieser Krankenstand bis zu 11% hinauf. Heute hat er sich bei etwa 4% eingependelt. Die Heilmethoden werden immer kostspieliger. Dazu müssen durch die höhere Lebenserwartung Krankheiten behandelt werden, die um 1890 ein jung Sterbender niemals hatte (z. B. Krebs).

Zahlenmäßig hat diese Entwicklung die AOK Hamburg 1950 belegt, als sie ihre Beiträge erhöhen mußte. Sie gab je Mitglied aus:

für	1945	1949
Arztbehandlung	16,39	19,75 + 22 %
Arzneimittel	7,05	20,06 + 184 %
Krankenhausbehandlung	21,85	32,80 + 50 %

Der Verband der privaten Krankenversicherung in Köln erklärt, daß sich der Strukturwandel in der privaten Krankenversicherung finanziell wie folgt ausgewirkt habe:

Arztkosten = Steigerung bis 178%, Arzneikosten = Steigerung bis 282%, Krankenhauskosten = Steigerung bis 228%.

Nun beginnt das gegenseitige Zerrren aller Beteiligten an der zu kurz gewordenen Finanzdecke. Sagen die AOK's: „Wie kommen wir denn dazu, die Markenartikel der pharmazeutischen Industrie zu bezahlen, wobei es Dutzende von Heilmitteln für die gleiche Krankheit gibt. Die chemische Grundsubstanz ist immer dieselbe. Und die Apotheker verstehen doch heute gar keine Rezeptur mehr.“ Die Antwort der Apotheker ist: „Nehmen wir eine gewöhnliche Zugsalbe, eine leichte Ichthyolsalbe. Wenn wir diese in Tubenform, fertig von der pharmazeutischen Fabrik geliefert, aus dem Kasten nehmen, kostet sie 80 Pfg. Müßten wir die gleiche Salbe selber anfertigen, kostete sie DM 1.30. Ebenso ist es mit Tabletten, die viel billiger von der chemischen Fabrik geliefert werden.“

Recht haben dagegen die Krankenkassen, wenn sie sagen, man habe ihnen die ganze Last des sozialen Niedergangs aufgebürdet. Infolge des Wohnungsmangels muß heute ein an Lungentzündung Erkrankter, der mit fünf Personen in einer elenden Flüchtlingsstube haust, ins Krankenhaus eingewiesen werden. Daraus resultiert u. a. die stärkere Inanspruchnahme der Krankenhäuser. Fällt das Stichwort „Krankenhaus“, sind die AOK's nicht mehr zu balten: „Die Krankenhäuser kommen uns heute wie Hotels vor, in denen der Dauergast der beliebteste ist. Jede Kommune hat heute die Neigung, aus ihren stadteigenen Krankenhäusern Erwerbsunternehmen zu machen, die möglichst mit Gewinn arbeiten. Keine Kommune denkt daran, den Wiederaufbau ihrer Krankenhäuser aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Durch Aufschläge auf die Pflegesätze und eine ungehörliche Verteuerung der sog. Nebenkosten, studien die Kommunen diesen Wiederaufbau den Krankenkassen aufzubürden.“

Es ist ein bezeichnender Zug der Zeit, daß am 27. Februar 1951 eine Verhandlung über die Neuordnung der Pflegesätze von Kranken- und Heilanstalten nicht im federführenden Ministerium für Sozialpolitik, dem Bundesarbeitsministerium, stattfand, sondern im Bundesministerium für Wirtschaft. Die AOK's berichten darüber: „Der Vertreter der Krankenhausesellschaften forderte in der Diskussion für die Berechnung des Pflegesatzes die Anwendung des absoluten Prinzips der Selbstkostenberechnung nach rein betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten.“ „Demgegenüber nahmen die Krankenkassen den Standpunkt ein, daß dem Staat und den Kommunen die Gesundheitsfürsorgepflicht in erster Linie zustehe und damit auch diesen Stellen die historisch gewachsene Verpflichtung zur Errichtung von Krankenhäusern und zur Zahlung von Zuschüssen für den laufenden Betrieb obliege. . . . Es gehe nicht an, daß — wie nachgewiesen wurde — große Städte ihren Krankenhausetat um Millionenbeträge kürzen und die Sozialversicherten gezwungen würden, diese Beträge zusätzlich aufzubringen.“

Die AOK's geben noch einen Schritt weiter und sagen: wenn wir schon die gesetzlichen Rentner versichern, dann sollen doch die Kommunen, die von ihnen unterstützten Wohlfahrtsrentner, die nie einen Pfennig Krankenkassenbeitrag gezahlt haben, in ihre stadteigenen Krankenhäuser schicken, um sie dort behandeln zu lassen. Warum schicken sie sie denn zu uns? An dieser Front Krankenkassen — Krankenhäuser — Kommunen tobt der Kampf lichterloh.

Ziehen bis dahin die Krankenkassen bisweilen an einem Strang, so marschieren sie gegenüber den Ärzten getrennt an. Die Ursache liegt in dem völlig verschiedenen gearteten Verhältnis, das jede Sparte der Krankenversicherung zu den Ärzten hat: Die 396 AOK's zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die für jeden Regierungsbezirk bestehen, pro Mitglied und Jahr ein Kopfpauschale, ganz gleich, ob das Mitglied einer AOK krank oder gesund ist. Dieses

Kopfpauschale wurde 1931 vereinbart und schwankt je nach dem Grundlohn der Kassenmitglieder. Den Gesamtbetrag teilen sich die Kassenärzte untereinander ohne Mitwirkung der AOK's.

Das Unerquickliche der Zwangsversicherung liegt in dem Dreiecksverhältnis des Kassenarztes: Der Patient hat einen Anspruch auf ärztliche Hilfe nicht mehr gegen den Arzt, sondern als Versicherter gegen die Krankenkasse.

Der Arzt hat einen Anspruch auf Entgelt nicht mehr gegen den Patienten, sondern als Kassenarzt gegen die Krankenkasse. Solange Anspruch und Gegenanspruch zwischen Arzt und Patienten eine Rolle spielen, war ein natürliches Gleichgewicht möglich. . . . Jetzt aber treiben Anspruch und Gegenanspruch nicht mehr auf eine wechselseitige Begrenzung hin, sie richten sich vielmehr beide konzentrisch auf die Krankenkasse. Und durch das Dreiecksverhältnis, das ihm die Honorierung des Arztes abnimmt, fühlt sich der Versicherte auch leichter krank. Die Ersatzkassen, die älter als die gesetzliche Krankenversicherung*) sind und von den Angestellten bevorzugt werden, honorieren die ärztliche, zahnärztliche und dentistische Leistung einzeln und nicht pauschal. Der Ersatzkassenpatient wird auch auf Schein behandelt und hat mit der Verrechnung gleichfalls nichts zu tun. Bei den 100 Privatkassen ist der Kranke immer Privatpatient ohne Krankenschein. Der Arzt stellt ihm die Rechnung zu, die der Patient bezahlt. Diese Rechnung reicht der Patient seiner Privatkasse zur anteiligen Erstattung ein, die sich nach dem abgeschlossenen Tarif richtet. Eine Forderung gegen die Kasse hat der Arzt nicht.

Nun haben die Ärzte eine entscheidende Schwäche: das ist ihre Vielzahl. (Vgl. dazu Schaubild auf S. 98).

Es gibt heute Arztekammerbezirke, wo bereits auf 350 Einwohner ein Arzt kommt. Nach der Zahl der Medizinstudenten zu urteilen, dürfte die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik demnächst 80 000 betragen. Wie die Ärzte mit der fortschreitenden Verarmung ihres Standes fertig werden wollen, ist ein Sonderproblem. Schon die fortschreitende Entwicklung von Diagnose und Behandlung sowie der heutige Stand der chemischen Industrie drohen zu einer sich ins Technische verschiebenden Funktion des Arztes zu führen, was sich auch in seiner sozialen Stellung auswirkt.

Es ist klar, daß die Suppe immer dünner werden muß, wenn sich statt 34 000 jetzt 65 000 und demnächst 80 000 Ärzte in den Eintopf der westdeutschen Krankenkassen teilen müssen.

Angriffslustig kommentieren die AOK's: „Für jeden Studenten zahlt der Staat pro Anno rund 1000 DM Zuschuß. Bei sechs Studienjahren sind dies 6000 DM. Wenn nun 30 000 Ärzte in der Bundesrepublik zu viel sind, dann ist dies ein verlorener Zuschuß von 180 Mill. DM. Warum sollen denn die Krankenkassen diese verfehlte Kapitalinvestition bezahlen und verzinsen?“ Die Ersatzkassen fügen hinzu: „Wir wundern uns schon lange, daß die Patienten offenbar keinen Mut mehr haben. Alles wird heute gespritzt. Umschläge gibt es wohl auch nicht mehr. Das kommt alles von der verfehlt aufgebauten Preugo (= Preußische Gebührenordnung), die die technische Leistung des Arztes überbewertet statt die Grundleistung besser zu honorieren.“ Die Zahl der Injektionen beispielsweise ist heute fast zehnmal höher als vor dem Kriege. Die AOK's kritisieren: „Die Ordinationsräume der Ärzte gleichen heute medizinisch-technischen Werkstätten. Die in der Anschaffung sehr teuren Röntgen-, Diathermie-, Höhen- und EKG-Apparate sollen sich amortisieren und diese Amortisation sollen wir Kassen bezahlen. Wundere sich niemand, wenn wir uns wehren.“ Es ist in der Tat rätselhaft, wie eine Landkrankenkasse Penicillin-Behandlungen bezahlen soll: der monatliche Barverdienst eines Landarbeiters beträgt 80 DM. Davon bekommt die Kasse 6% = DM 4.80. Dafür muß die Landkrankenkasse dem Versicherten und seinen Familienangehörigen ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung und den Versicherten noch ein Krankengeld gewähren.

Die Ärzte sind nicht um eine Antwort verlegen: „Wir würden geradezu einen Kunstfehler begehen, wenn wir uns nicht der modernsten Methoden bedienen würden. Diagnose und Therapie sind über Hörrohr und Umschlag hinausgewachsen. Die Krankenkassen ärgert der steigende Strophantin-Verbrauch. Wer sich gegen das Strophantin wendet, der soll auch gleich die Elektrizität abschaffen. Das wäre ungefähr dasselbe. Dann wollen wir alle wieder die Petroleumlampe anstecken.“

Die Ärzte haben der Öffentlichkeit eingehämmert, daß sie je Krankheitsfall und Vierteljahr von den gesetzlichen Krankenkassen nur DM 4.50 bekommen. Dazu sagt die AOK Düsseldorf: „Wir haben in Düsseldorf 300 Kassenärzte. Wir zahlen p. a. 3 500 000 DM. Das sind pro Arzt 12 000 DM im Jahr. So schlecht geht es also den Ärzten gar nicht.“

Antworten der Ärzte: „Wenn man doch endlich Umsatz von Einkommen unterscheiden wollte. Unseren Fachärzten billigen die Finanzbehörden 50% Werbungskosten zu, hochqualifizierten Spezialisten sogar 60%. Was bleibt also da als Einkommen übrig?“ Tatsächlich sind 1000 DM monatlich bei den Ausgaben für Sprechstundenhilfe, Mieten, Ersatzbeschaffungen, Autokosten usw. kein Überverdienst. Nur die Privatpatienten können die Rechnung verbessern.

Der Streit um das Einkommen der westdeutschen Ärzte ist ulerlos. Genaue Zahlen veröffentlichten die „Ärztlichen Mitteilungen“, Nr. 1/51. Danach nahm die von den Krankenkassen an die Ärzte gezahlte Gesamtvergütung folgende Entwicklung:

an die Kassenärzte geleistete Summe (RM/DM)	Gesamtvergütung pro Vers.	
1932	246 735 000	15.—
1938	342 477 000	17.03
1947	470 336 000	16.24
1950	241 118 000	21.37

Es kommt nun darauf an, durch welche Brille diese Gelder besehen werden. Die AOK's sagen: Dieses Kopfpauschale wird für Gesunde und Kranke gezahlt. Die Ärzte erreichen bei ihrer Rechnung nur den bekannten mageren Durchschnitt je Schein. Wer die meisten Krankenscheine hat, verdient am meisten. Auch hier steckt die Gefahr einer Entwicklung zum technisierten Schematismus.

*) Die gesetzliche Krankenversicherung besteht seit dem 15. Juni 1883. Sie wurde 1914 durch die Mutterschaftsversicherung (Wochenhilfe) und 1930 durch die gesetzliche Familienkrankenpflege erweitert.

Siegt Willi Richter mit seinem Antrag Nr. 171t im Bonner Bundestag, dann wird die Schlinge um den Hals der Ärzte noch enger gezogen. Die Ärzte haben sich vor 20 Jahren mit dem Honorierungssystem durch eine Kopfpauschale einverstanden erklärt, weil sie glaubten, in der Privatkleinteil einen gewissen Ausgleich für ihren „Sozialbeitrag“ zu finden.

Werden jetzt alle Angestellten bis 600 DM Monatseinkommen in die Pflichtversicherung übergeführt und zu dem dort geltenden niedrigen Sätzen behandelt, dann ist die Existenzgrundlage der Ärzte derart erschüttert, daß sie in der bisherigen Weise und zu den bisherigen Sätzen nicht mehr für die Pflichtkassen tätig sein könnten. Den bisherigen Vereinbarungen mit den Versicherungsträgern würde der Boden entzogen, weil der damals zur Grundlage genommene Ausgleich zwischen Privatpraxis und Kassepraxis nicht mehr möglich wäre.

Auch aus Wiesbaden zieht sich drohendes Gewölk zusammen: die Arbeitgeberverbände haben angerechnet, daß die Mehrbelastung der Wirtschaft durch die in Zukunft zu zahlenden Arbeitgeberanteile zur Krankenversicherung 135,1 Millionen DM p. a. betragen würde. Siegt Willi Richter, schrumpft automatisch der Steuersäckel; in dem Maße, wie der Versichertenkreis der privaten Krankenversicherung zurückgedrängt wird, versiegt eine Steuerquelle. Denn die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen keine Steuern. Die acht Millionen Mitglieder der privaten Krankenversicherung sind sich ungefähr darüber im klaren, daß eine Krankenkassenversicherung ohne Selbstbeteiligung des Versicherten und ohne Kostenbegrenzung der

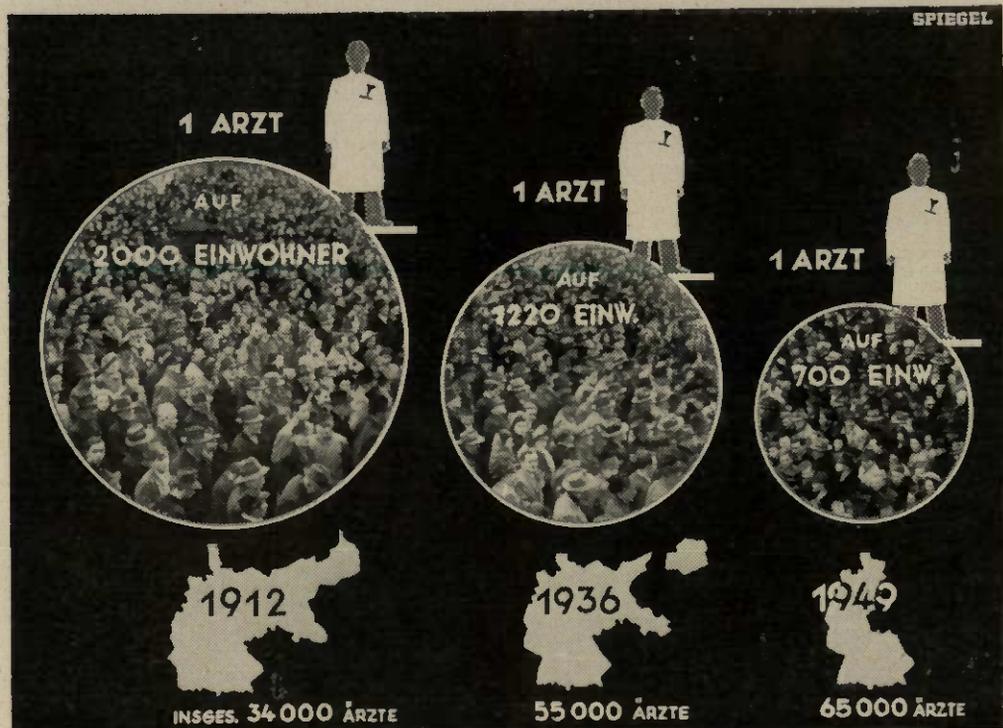
Medizin im Jahr, so daß jeder Engländer und Waliser mindestens einen halben Pint Medizin zu sich genommen haben muß. (1 Pint = 0,567 Liter.)

Hierzu schlagen einige AOK's eine Radikalkur vor: In Zukunft sollen die Tabletten durch die Ärzte während der Behandlungsstunde ausgegeben werden. Dann werden nicht mehr 20 Stück aus der Apotheke geholt, wenn nur sechs notwendig sind. Also im Grunde das System der Truppenärzte, wo kein Soldat in eine Apotheke ging, um sich Prontosil zu holen. Das war da.

Es besteht nun die Gefahr, daß beim Selbstrisiko für Bagatellschäden das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird. So zahlt die Sozialversicherung der Bundesrepublik pro Jahr die ungewöhnliche Summe von 140 Millionen DM allein für die Behandlung der von Zahnherden ausgehenden Erkrankungen und deren Folgezuständen. 140 Millionen DM müssen also für unterlassene Frühdiagnose aufgebracht werden.

Die Selbsthilfe bei Bagatellschäden kollidiert in der Sphäre des armen Mannes mit dem Prinzip der Frühdiagnose, für das sich der erste Mann der westdeutschen Sozialversicherung, Staatssekretär Sauerborn vom Bundesarbeitsministerium, auf der ersten Jahreshauptversammlung der Gesellschaft für Soziale Fortschritt in Düsseldorf bedingungslos eingesetzt hat: er forderte Reihenuntersuchungen zur Früherkennung der heute gefährlichsten Feinde der Volksgesundheit: Herzkrankheiten, Krebs usw.

An der Krankenversicherung selbst rüttelt kein Mensch. Aber die Ärzte überlegen zur Zeit eine Staffellage: bundertprozentige Er-



Leistungen kaum noch möglich ist. Denn die sog. Bagatellschäden bis zu 10 DM erreichen fast 40% aller Erstattungsfälle in der privaten Krankenversicherung, verursachen aber bis zu 5 DM 91% und bis zu 10 DM 52% an Regulierungskosten. So soll im Interesse der Leistungsfähigkeit für den teuren Krankenfall der sogenannte Bagatellschaden geopfert werden.

Dieses System der Selbstbeteiligung des Versicherten wird im benachbarten Ausland sogar in der gesetzlichen Krankenversicherung angewendet: Der Kranke honoriert in Frankreich den Arzt selber, erhält aber von seiner Kasse nur 80% im Höchstfalle zurückerstattet. Er ist mit 20% selbstbeteiligt. Die Schweiz kennt einen Selbstbeteiligungssatz von 15% an den Kosten der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung. Belgien hat ein ähnliches Verfahren; die Versicherten bekommen die tariflichen Gebührensätze der Ärzte und Apotheken nur zu 75% erstattet. In Norwegen bekommen die Patienten mit niedrigem Einkommen den vollen Betrag ersetzt, Versicherte mit höherem Einkommen laufen bis zu 30% in Selbstbeteiligung. Schweden vergütet zwei Drittel der Arzthonorare und sonstige Heilbehandlungen sowie 50% der Arzneikosten.

Dagegen haben die westdeutschen AOK's bisher kein Mittel gefunden, den Medikamentenverbrauch in ein richtiges Verhältnis zum Heilprozeß zu bringen. In jedem Nachtkasten liegen angebrochene Tablettenröhren, und in jeder Hausapotheke stehen ungebrauchte Salbentöpfe und Medizinflaschen herum.

Nachdem Aneurin Bevan es abgelehnt hatte, daß jeder Patient einen Schilling pro Rezept zahlen sollte, wurden die Engländer ein Volk von Medizinschluckern. Der Chief pharmacist im Londoner Gesundheitsamt, Mr. Davis, hat ausgerechnet, daß 40 Millionen Engländer und Waliser 70 Millionen Flaschen Medizin ausgetrunken haben. Mr. Davis kommt dabei auf die enorme Menge von 21 Millionen Pints

stattung für den armen Mann bis 3000 DM Jahreseinkommen, 20% Selbstbeteiligung für die gehobenen Einkommen zwischen 3001 und 7200 DM. Und das ist eine Forderung aller ärztlichen Berufsvertretungen, nachdem der Stein durch die Bundestags-Drucksache Nr. 171t ins Rollen gekommen ist: Die zur Zeit unbegrenzte Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung wieder wie früher auf eine Einkommensgrenze von 7200 DM jährlich zu beschränken. „Es berührt uns eigenartig, wenn Minister oder gar Ministerpräsidenten, die freiwillig in ihrer alten Kasse blieben, mit einem AOK-Schein zu uns in die Behandlungsstunde kommen.“

Die Ärzte halten es sozial nicht für vertretbar, daß die Manager des 20. Jahrhunderts mit vier- und fünfstelligen Einkommensziffern den Schutz von Bismarcks Krankenversicherung zu Beiträgen in Anspruch nehmen, die auch unter denen eines versicherungspflichtigen Angestellten mit einem Monatseinkommen von 375 DM liegen.“

Personenbeförderung durch Krankenkassen, Kranken- und Heilanstalten. Im Bayer. Staatsanzeiger vom 3. Mai 1951 (Nr. 18) wird eine Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums für Verkehrsangelegenheiten veröffentlicht, die Richtlinien des Bundesministers für Verkehr enthält.

Die Höhe der Versicherungspflicht. Nach einer Mitteilung der Tagespresse hat der stellv. Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Kreil, betont, daß der „Deutsche Gewerkschaftsbund“ (DGB) nicht bereit sei, für „Verschlechterungen“ die Verantwortung zu übernehmen. Nach Kreils Meinung ist unter einer solchen Verschlechterung die Herausnahme der Personen mit einem Monatseinkommen über 600 DM aus der Versicherungspflicht zu verstehen. Kreil vertritt die Ansicht, daß der DGB erwägen müsse, ob er sich nicht ganz heraushalte und anderea die Verantwortung überlasse.

AMTLICHES

Zulassungen für den Arztregisterbezirk Schwaben

Der Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Schwaben hat die Ausschreibung folgender Kassenarztstellen beschlossen:

Augsburg-Stadt:	1 Frauenarzt
	1 Orthopäde
Augsburg-Buchenau-Weidenau:	1 Praktiker
Kaufbeuren:	1 Frauenarzt
Illertüssen:	1 Internist
Neu-Ulm:	1 Frauenarzt

Für sämtliche Stellen, mit Ausnahme der Orthopädenstelle, sind ortsansässige Bewerber vorhanden, jedoch sind weitere Bewerbungen möglich.

Anträge auf Zulassung sind unter Beachtung der §§ 10—12 des Zulassungsgesetzes bis spätestens 30. Juni 1951 beim Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Schwaben, Augsburg, Schälzlerstraße 19, einzureichen.

Die Bewerbungsgebühr von DM 5.— gemäß § 42 Abs. 1 Zul.-Ges. ist auf das Konto Nr. 3478 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Bezirksstelle Schwaben, bei der Bayer. Creditbank, Filiale Augsburg (Postcheckkonto der Bank: München 150), einzubehalten.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Bezirksstelle Schwaben
Dr. Keller.

Bezug von Streptomycin

Das Bayer. Staatsministerium des Innern gibt folgende Entschließung vom 11. Mai 1951, Nr. III 7 — 5468/20 bekannt:

Die Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 7. 12. 1949, Nr. 5468/28, die Einführung von Streptomycin-Verteilungsstellen betreffend (MABL Nr. 32 v. 15. 12. 1949, Bayer. Staatsanzeiger Nr. 50 v. 17. 12. 1949), wird mit sofortiger Wirkung aufgehoben. Der Bezug von Streptomycin ist künftighin nicht mehr an Verteilungszentren gebunden. Auf die Beachtung der für Streptomycin als rezept- und apothekenpflichtiges Arzneimittel geltenden Bestimmungen (VO. über die Abgabe von Penicillin und Streptomycin in den Apotheken vom 9. 1. 1950 [GVBl. S. 49]) wird hingewiesen.

I. A.: Platz,
Ministerialdirektor.

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

(Anmerkung: die Abkürzung Ers. bedeutet Ersatzurkunde.)

ARZTE:

Dr. med. Theodor Becker, geb. 18. 3. 1915, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 25. 5. 1942 (ohne Ergänzungsbescheinigung), Ers. ausgest.: 2. 2. 1951; Dr. med. Ernst Zimmermann, geb. 31. 8. 1913, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 18. 3. 1939, Ers. ausgest.: 13. 2. 1951; Dr. med. Friedrich Süßrieb, geb. 30. 5. 1896, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: im Jahre 1923, Ers. ausgest.: 18. 12. 1950; Dr. med. Johannes Finkbeiner, geb. 22. 11. 1915, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 26. 9. 1941 (ohne Ergänzungsbescheinigung), (Finkbeiner ist im Besitz einer amtlich beglaubigten Abschrift der Originalurkunde); Dr. med. Kurt Alexander Lindner, geb. 20. 12. 1913, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 9. 10. 1941 (ohne Ergänzungsbescheinigung), Ers. ausgest.: 28. 2. 1951; Dr. med. Mathilde Söbner, geb. 19. 6. 1919, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 12. 8. 1944 (ohne Ergänzungsbescheinigung), (Söbner ist im

Besitz einer begl. Abschrift der Originalurkunde); Dr. med. Kurt Kaiser, geb. 21. 10. 1893, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 31. 4. 1921, Ers. ausgest.: 20. 2. 1951; Dr. med. Franz Lohmar, geb. 5. 4. 1914, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 5. 9. 1939, Ers. ausgest.: 22. 2. 1951; Arzt Uwe Genz, geb. 5. 2. 1921, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 15. 6. 1947, Ers. ausgest.: 9. 3. 1951; Dr. med. Maria Boddin, geb. Pewsner, geb. 17. 4. 1881, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 18. 6. 1930, Ers. ausgest.: 2. 3. 1951; Dr. med. Georg Poppek, geb. 29. 7. 1912, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 21. 10. 1938, Ers. ausgest.: 19. 3. 1951; Dr. med. Karl Schwering, geb. 19. 3. 1912, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 1. 9. 1939, Ers. ausgest.: 19. 3. 51; Arzt Hellmut Brömel, geb. 26. 2. 1913, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 1. 12. 1937, Ers. ausgest.: 16. 3. 1951; Dr. med. Wilhelm Friedrich Sternberg, geb. 2. 1. 1905, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 6. 6. 1930, Ers. ausgest.: 21. 3. 1951; Dr. med. Ernst Ginkel, geb. 20. 4. 1915, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 4. 9. 1940, Ers. ausgest.: 5. 1. 1951; Dr. med. Reinhold Mappes, geb. von Moers, geb. 9. 11. 1923, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 24. 6. 1949, Ers. ausgest.: 3. 4. 1951; Dr. Walter Lengsfeld, geb. 3. 4. 1901, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 3. 7. 1926, Ers. ausgest.: 13. 4. 1951; Dr. med. Johannes Gottfried Peters, geb. 10. 5. 1910, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 4. 8. 1937, Ers. ausgest.: 30. 3. 1951; Dr. med. Heinz Vogel, geb. 16. 9. 1909, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 1. 6. 1937, Ers. ausgest.: 3. 4. 1951 (Zweitschrift); Dr. Dr. Franz Timmermans, geb. 28. 2. 1899, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 15. 4. 1931, Ers. ausgest.: 30. 3. 1951; Arzt Gustav Moritz Paul Möbins, geb. 16. 11. 1892, Geltungsdatum d. Approbationsurkunde: 3. 10. 1920, Ers. ausgest.: 10. 4. 1951; Prof. Dr. Dr. Reinhold Oskar Franz Ritter, geb. 13. 2. 1903, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 20. 6. 1941 (ohne Vermerk d. Zulassung z. Tätigkeit in eigener Praxis), Ers. ausgest.: 4. 4. 1951; Dr. Irmgard Trentmann, geb. Leiber, geb. 18. 8. 1920, Zweitschrift d. Bestallungsurkunde vom 8. 7. 1944 ist ungültig, da Original wieder gefunden; Ärztin Frau Hildegard Kilb, geb. Pohl, geb. 18. 9. 1921, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: auf den Namen „Hildegard Pohl“ 17. 4. 1947, Ers. ausgest. auf den Namen „Hildegard Kilb, geb. Pohl“ 16. 4. 1951.

FACHARZTE:

Dr. med. Wilhelm Zunft, geb. 12. 3. 1912, Schriftl. Anerkennung als „Facharzt f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten“, Ers. ausgest.: 27. 2. 1951; Dr. med. Herbert Reischel, geb. 7. 1. 1900, Schriftl. Anerkennung als „Facharzt für Innere Medizin“, Ers. ausgest.: 5. 3. 1951.

BUCHBESPRECHUNGEN

H. Moser: „Die Praxis der modernen Narkose.“ Wilhelm Maudrich-Verlag Wien, 1951, 195 S., 91 Abb.

Die Vertiefung unseres Wissens um die Physiologie des in Narkose befindlichen Patienten und die Pharmakologie der verwendeten Mittel, nicht zuletzt aber die großen Fortschritte der letzten Jahre auf dem Gebiet der intratrachealen Narkose unter Verwendung von Curare waren in der deutschsprachigen Narkoseliteratur noch nicht ausreichend berücksichtigt worden. Es ist daher sehr zu begrüßen, daß der Verfasser es unternommen hat, die für die gesamte Chirurgie so bedeutungsvolle Weiterentwicklung der Narkose dem Leser nahezubringen. Es geschieht dies in sehr klarer Form, ergänzt durch zahlreiche erläuternde Skizzen und Abbildungen. Das vorliegende Buch beschränkt sich bewußt auf die Besprechung der Allgemeinnarkose und ist übersichtlich in 8 Kapitel gegliedert. Breiter Raum ist der Endotrache-

Gegen Heufieber

Thephorin

altnarkose, der Apparalnarkose und dem Curare gewidmet. Wer sich mit den modernen Anaesthesieverfahren beschäftigen will, findet hier wertvolle Anleitung. Es schmälert den Wert des Buches nicht, daß einige Darstellungen schon als überholt angesehen werden müssen. Es ist alles noch sehr im Fluß und laufend werden Verbesserungen vorgeschlagen. So gilt beispielsweise gerade beim Ileus heute — entgegen den Angaben des Autors — die Instubationsnarkose und Curare als Narkose der Wahl, da Erbrechen und Aspiration dabei nicht mehr zu fürchten sind. Auch vermißt man das Eingehen auf die Schockbekämpfung und adäquaten Flüssigkeitersatz, die unzertrennliche Bestandteile der modernen Narkose geworden sind. Eine umfangreiche Literatursammlung beschließt das Buch.

E. K. Frey

Die RCG-Schutzimpfung, herausgegeben von Dr. Maria Daelen unter Mitwirkung von Prof. W. Catel, Prof. K. Freudenberg, Dr. F. Lütgerath, Dr. H. Saame. (Aktuelle Fragen der inneren Medizin, 2. Bd.), Verlag Walter de Gruyter und Co., Berlin W 35, 148 Seiten, brosch. DM 14.—

Die vorliegende Broschüre gibt einen Bericht über die in Hessen schon seit dem Jahre 1947 als Massenaktion durchgeführte Tuberkulose-Schutzimpfung. Der einleitende historische Überblick bringt wenig von den zahlreichen alten und neueren deutschen Arbeiten zu den Grundfragen der Immunität und Schutzimpfung bei Tuberkulose, die bekanntlich zu einem reservierteren Standpunkt in der Einschätzung der Wirksamkeit einer Tuberkuloseschutzimpfung geführt hatten. Hier kommt der große Optimismus gleich dem der nordischen Länder zum Ausdruck, der das Land Hessen in der Einführung der Schutzimpfung vorgehen ließ. Sehr sachlich, wenn auch nur für den Statistiker höchster Weihen ganz erlaßbar, ist das Kapitel von Freudenberg über die statistische Auswertung der Tuberkulinprüfungen. Das Kapitel über den Impferfolg erscheint dem Referenten wohl einige Jahre zu früh geschrieben. Die eingehende Darstellung der beobachteten Komplikationen ist sehr dankenswert. Die örtlichen harmlosen, wenn auch im Einzelfall unangenehmen Komplikationen an der Impfstelle sind hinsichtlich Grad und Zahl im Rahmen des zu Erwartenden geblieben. Das kritische Studium der sogen. Pseudokomplikationen zeigt aber dem kritischen Leser, daß nicht alle mit der Schutzimpfung zusammenhängenden Fragen völlig gelöst sind. Man muß mit jeder Schutzimpfung, auch wenn sie andernorts an Millionen von Kindern durchgeführt ist, eigene Erfahrungen sammeln. Hierzu ist der hesische Bericht ein wertvoller Beitrag.

K. Lydtin, München

Der heutige Stand der Herzchirurgie von H. Kohler und G. Kitzrow. Verlagsbuchhandlung Carl Marhold, Halle, 375 S., 187 Abb., 35 Tab., brosch. DM 26.10.

Das Buch soll nach dem Willen der Verfasser in erster Linie die ausländischen Arbeiten auf dem Gebiete der Herzchirurgie weiten Kreisen zugänglich machen. Für die Feststellung der Ergebnisse bis zum Jahre 1939 dient wohl im wesentlichen die Monographie von E. K. Frey „Chirurgie des Herzens“. Der Bericht über die dann folgende Zeit bringt eine sehr ausführliche Übersicht über die Literatur, bei der allerdings die Arbeiten der beiden letzten Jahre nicht in vollem Umfang berücksichtigt sind.

Die Einteilung ist die übliche. Am Anfang wird der Herzbeutel behandelt, es folgen dann Verletzungen, Geschwülste und Aneurysmen des Herzens. In zwei weiteren Kapiteln werden Wiederbelebungsversuche und Behandlung sowie Prophylaxe der Lungenembolie besprochen. Die Arbeiten aus der Rehn'schen Klinik sind nicht erwähnt. Nach einer Schilderung der chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten bei Angina pectoris und Durchblutungsstörungen der Kranzgefäße folgt eine besonders ausführliche Darstellung der angeborenen Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße mit Behandlungsangaben. Zum Schluß ist ein Kapitel über die Herzklappenchirurgie angefügt. Hier spielen naturgemäß die tierexperimentellen Untersuchungen noch eine größere Rolle.

In den einzelnen Kapiteln werden Anatomie, Physiologie, Symptomatologie, Röntgenuntersuchung usw. gewürdigt. So bietet das Buch eine Fülle von Einblicken und Anregungen und gibt einen guten Überblick über das, was die Herzchirurgie heute leisten kann. Es ist erfreulich, daß die Verfasser sich der Mühe unterzogen haben, einmal in übersichtlicher und kritischer Form die bisherigen Ergebnisse zusammenzustellen. So ist das Buch für jeden, der sich mit der Herzchirurgie beschäftigt oder an ihr interessiert ist, aber auch für den fortschrittlichen Praktiker, der wissen will, was auf dem Gebiete der Herzchirurgie heute erreicht werden kann, sehr wertvoll.

Voßschulte, Gießen

Die Kassenarztgebühren. Kommentar von Erich Wieglow und Rudolf Roth. 5., vollständig neu bearbeitete Auflage. 1. Liefg. 158 Seiten zuzügl. Gzln.-Losebl.-Einband DM 12.—, Engel-Verlag, Dr. jur. Kurt Engel, Berlin SW 11.

Die grundlegende Änderung, die das Vergütungssystem gegenüber der Vergangenheit erfahren hat, hat die Verfasser, beide Referenten bei der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände in Frankfurt/M., veranlaßt, den vor vielen Jahren von Schraeder und Wieglow begründeten und in der Praxis bewährten Kommentar in einer vollständigen, auf die gegenwärtigen Verhältnisse abgestimmten Neubearbeitung erscheinen zu lassen. So tritt z. B. die auf Einzelleistungen abgestellte früher dominierende Preugo zwar nicht in ihren Kommentierungen, aber in der Rangordnung zurück gegenüber der Behandlung des Systems der Kopfpauschalen Vergütung. Ein kurzer Einblick allein in das „Vergütungsabkommen“ zeigt, daß bei den Kommentierungen beste Fachmänner an der Arbeit waren. Die Praxis findet endlich hier die Zweifelsfragen geklärt, und die schon immer gesuchten Muster-Berechnungen (Berechnung des Kopfpauschales, Jahresabrechnung, Erläuterung zur Grundlohsumme, Mitgliederzahl, Beitragseinnahme usw.) sind in anschaulicher Weise bei den entsprechenden Bestimmungen abgedruckt. Die Benutzer werden schon bei der ersten Anwendung dieses wertvollen Fachwerkes von seiner eminenten Nützlichkeit überzeugt sein. Auch ist eine Menge neuer einschlägiger Sachgebiete hinzugenommen worden, so daß das Werk umfassender ist, als der beibehaltene Titel „Die Kassenarztgebühren“ aussagt. Die Gruppeneinteilung des Kommentars verspricht die Gebiete Gesamtvergütungen und Honorarbestimmungen für Ärzte, Zahnärzte und Dentisten; Preugo, Tarif für Röntgenleistungen, Bundesversorgungstarife, Tarif für die Gebühren der Medizinaluntersuchungsanstalten, Beziehungen zu Krankenhäusern, Apotheken, Optikern, Heilmittel-Lieferanten, Badeanstalten, Massuren, sonstigen Heilpersonen; Krankentransporte, Blutspenderwesen und preisrechtliche Bestimmungen und soll in drei kurzfristig aufeinanderfolgende Lieferungen ausgeschöpft werden. Der Kommentar wird damit etwa 500 Seiten stark werden und sämtliche Honorarvereinbarungen in einem Rande enthalten. Die Kommentierungen der 1. jetzt vorliegenden Lieferung zeigen, daß die Verfasser die Aufgabe, die sie sich stellten: ausführliche, auf eine reiche Literatur gestützte und aus der Praxis resultierende Erläuterungen zu den Honorarvereinbarungen zu geben, in bester Weise gelöst und den an der Materie interessierten weiten Kreisen ein überaus brauchbares Hilfsmittel geschaffen haben. Da auch die Westberliner Verhältnisse behandelt sind, dürfte das Werk kaum noch Wünsche übriglassen. Es gehört als Nachschlagewerk in jede einschlägige Bücherei und in die Hand des Sachbearbeiters für die tägliche Arbeit.

Stoll: Leitfaden durch die gesamte deutsche Sozialversicherung. Rechts- und Wirtschaftsverlag Dr. Gruber, München, Ca. 100 S., brosch. DM 2.80.

In dem kleinen 112 Seiten starken Heft kann sich jeder, der direkt oder indirekt von der Sozialversicherungsgesetzgebung betroffen ist, über alle einschlägigen Fragen kurz orientieren. Angefangen von der historischen Entwicklung bis zu den Details der Leistungen der einzelnen Lieferungen (Kranken-, Invaliden-, Rentenversicherung). Si.

Hannus: Pharmazeutisches Wörterbuch. Verlag W. de Gruyter & Co., Berlin W 35, 504 S., Ganzleinen, DM 14.50.

Als Pendant des im gleichen Verlag erschienenen „Klinischen Wörterbuchs“ orientiert uns ein handliches Nachschlagewerk über pharmazeutische Begriffe, die uns täglich in der Fachliteratur oder den Ankündigungen der pharmazeutischen Industrie begegnen. Der ältere Arzt findet sich mit Hilfe des Buches in der neueren seit 1940 eingeführten chemischen Nomenclatur zurecht. Der jüngere in den alten Bezeichnungen, die nach wie vor in den Apotheken, der Industrie und den Instituten gebräuchlich sind. Si.

Heilmeyer: Tradition und Zielsetzung der Medizinischen Universitäts-Klinik in Freiburg/Brg. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, 53 S., 17 Abb., karton. DM 1.80.

Die vorliegende kleine Festschrift anlässlich der Einweihung der neuerstellten Medizinischen Universitätsklinik Freiburg/Brg. gibt nicht nur einen Tagungsbericht wieder, sondern zeigt uns auch die Geschichte der Medizinischen Fakultät Freiburg in reich illustrierter Form. Wir entnehmen den Begrüßungsansprachen der ausländischen Rektoren und Dekane nicht konventionelle Höflichkeitsbezeugungen, sondern die Bedeutung und Verbreitung des Geistes der Universität Freiburg im gesamten mittel- und süddeutschen Kulturkreis.

Schmerzlich erinnert wird man beim Lesen des Heftchens an den Zustand unserer bayerischen Kliniken, insbesondere an die Halbbrüder der einst so berühmten Münchener Medizinischen Klinik an der Ziemssenstraße.

Die Lektüre dieser Schrift sollte man besonders den bayerischen Staatsmännern empfehlen! Si.

DR. SCHWARZ K.-G.
MONHEIM/RHLD.

Lax 88

bei akuter und chronischer
Obstipation
schnelle und schmerzlose
Darmentleerung
Peristaltik anregend
sehr wirtschaftlich
O.P. 25 Drag. DM -,85 o.U.St.



„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, Staßlenbergstr. 20, Tel. 9 56 02. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellungsgebühr. Postscheckkonto München 13 900, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. —