



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

MÜNCHEN, SEPTEMBER 1951

6. Jahrgang

Herzlich Willkommen in Regensburg ZUM 8. BAYERISCHEN ÄRZTETAG

Regensburg, die 2000jährige Donaustadt, ist dieses Jahr zum Sitz des Bayerischen Ärztetages bestimmt worden. Zum 6. Male seit 1946 treten die Abgeordneten der Ärzteschaft zusammen, um weiterzuarbeiten an dem Ausbau ihrer Standesorganisation und Wege zu suchen, die aus der Not der Zeit zu verbesserten Arbeitsbedingungen führen. Die gleichen Probleme waren Inhalt der bisherigen 5 Bayerischen Ärztetage. Zäh und unverdrossen haben die Vertreter der Ärzteschaft sich für die Tradition des alten Arztums und die Belange der modernen Berufsarbeit eingesetzt. Inmitten des chaotischen Zusammenbruchs bisher gültiger Dinge und sozialer Umschichtungen haben sie die Rechtsstellung des ärztlichen Berufes entsprechend seiner Bedeutung für die Gesundheit des Volkes gefordert. Nach mehrjährigem Kampf ist diese Ordnung nun auch als verfassungsgemäß anerkannt worden. Das Bayerische Ärztegesetz, in den Nachkriegsjahren des ersten Weltkriegs von der Ärzteschaft 1927 begründet, 1946 von der Besatzungsmacht neu anerkannt, wurde bekämpft und in seiner gültigen Form bestritten. Der fundamentale Grundsatz dieses Gesetzes: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe, sondern die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe“, der in den Herzen wahrer Ärzte als ungeschriebenes Gesetz immer lebendig war, ist von den Nöten der Zeit und den vielen Existenzsorgen, die die Überfüllung des Berufsstandes und das Zusammendrängen deutscher Menschen auf zu engem Raum mit sich brachten, überwuchert worden. Mit der endgültigen Anerkennung des Bayerischen Ärztegesetzes sind nun die Ärzte im Staatsgefüge nicht nur als Berufsstand, sondern als ein berufener Stand ausgezeichnet worden, dem die Erfüllung öffentlicher Aufgaben übertragen wurde. Zur Bewältigung dieser Aufgaben ist der Zusammenschluß aller Ärzte notwendig und, nachdem die Kräfte jetzt durch die gesetzliche Anerkennung der Berufsorganisation zusammengehalten werden, sollten alle individualistischen Bestrebungen sich immer dem großen Ziel gemeinsam zuwenden. So gewinnt die diesjährige Arbeitstagung in Regensburg eine besondere Bedeutung.

In Regensburg betreten die Kollegen altherwürdigen historischen Boden. Aus der Geschichte des Abendlandes sind uns in dieser Stadt steinerne Zeugen der Vergangenheit erhalten geblieben und nicht dem Terror des letzten Weltkrieges zum Opfer gefallen. Lassen wir ein Stück Geschichte an uns vorüberrollen und hören wir, was der Stadtarchivar erzählt:

„Die Gegend von Regensburg war schon vor 12000 Jahren besiedelt, wie alte Funde zeigen. Uralte Wege von Nord und Süd, Ost und West trafen sich hier, und aus der Verkehrs- und Marktstelle wurde später das Keltendorf

Radaspona. Um 80 n. Chr. wurden die Kelten, die hier seit 3500 Jahren wohnten, von den Römern beherrscht. Auf den Anhöhen des heutigen Stadttells Kumpfmühl errichteten sie ein Kohorten-Castell. Keltendorf und Castell wurden durch die Markomannen zerstört. Die Römer errichteten dann gegenüber der Regemündung das Legionscastell Castra Regina und 179 n. Chr. zog der römische Kaiser Marc Aurel um das Legionslager eine Mauer, die noch den Rahmen für einen großen Teil der Innenstadt bildet. Bis ins 5. Jahrhundert n. Chr. war Ratisbona die bedeutendste Grenzfestung der römischen Provinz Rätien. Den Römern folgten 460 die Alemannen und nach 508 die Bajuwaren, die sich hier endgültig niederließen und das ganze Land besiedelten.

Wie überall, wo germanische Stämme auf dem alten Kulturboden des römischen Reiches sesshaft wurden, entstand auch hier etwas völlig Neues: es war der Beginn einer neuen Kultur im Rahmen der abendländischen Völkergemeinschaft. Als Herzogssitz des Agilolfinger im 7. und 8. Jahrhundert wurde Regensburg nicht nur ein politischer, sondern weit darüber hinaus auch ein kultureller Schwerpunkt des ganzen süddeutschen Raumes und sollte es auf lange Jahrhunderte hinaus bleiben. Den Agilolfingern folgten die Karolinger, und mit dem engeren Anschluß an das mächtige Frankenreich strömte neues Kulturgut ein. Schon 732 war Regensburg durch Bonifazius zum Bischofssitz erhoben worden, und in der Folgezeit wächst ständig seine Bedeutung als politischer, wirtschaftlicher und geistiger Mittelpunkt des Landes. Hier residieren deutsche Könige und Kaiser, und kaum

Aus dem Inhalt:

Bauknecht: Herzlich willkommen in Regensburg! . . .	129
Paschke: Individualismus und Kollektivismus im Arztberuf	132
Petersen: Aktuelle Steuerfragen des Arztes	133
Mitteilungen	135
Fakultät	136
Personalia	136
In memoriam	137
Kongresse und Tagungen	138
Rundschau	139
Amtliches	139

irgendwo in der Welt finden wir so viele steinerne Zeugen der früh-mittelalterlichen Kultur wie in Regensburg, das sich am Ende des 12. Jahrhunderts zum Rang einer Reichsstadt erhebt.

*

Die Herzöge hatten den Herzogshof am Kornmarkt als Saalbau eingerichtet, der bis 1811 ein bayerischer Sonderbesitz mitten in der Reichsstadt blieb und heute zur Oberpostdirektion gehört. Weithin sichtbar gibt der Stadt das Gepräge der Dom. Der heutige Dom St. Peter liegt weiter westlich als der ursprüngliche, von welchem noch ein Turm an der Nordseite des neuen Domes, der sogenannte Eselsturm, erhalten ist. Der Domkreuzgang schließt sich nördlich an die Baustelle des alten Domes an. An diesen Kreuzgang angebaut sind 2 weit zurückreichende Kapellen: St. Stefan, ein Bau aus dem 11. Jahrhundert mit einem weit älteren Hochaltar, und die Allerheiligenkapelle, die um 1164 Bischof Hartwig II. als Grabmal erbaute. Der heutige Dom wurde nach einer Feuersbrunst 1269 durch den Bischof Leo Thundorfer begonnen und langsam, vor allem im 14. Jahrhundert, aufgebaut. Die Türme hat 1834—1860 König Ludwig I. von Bayern vollenden lassen.

*

Um die gleiche Zeit, da der Dombau begann, wurde das Denkmal der Regensburger Bürgerschaft, die Steinere Brücke (1135—1146) erbaut. Sie wurde damals als das 7. Weltwunder bestaunt. Die Steinere Brücke wurde 1182 von Kaiser Friedrich I. mit besonderen Rechten „als eigene Verkehrsanstalt“ ausgestattet und die Stadt erhielt mit dem Brückenprivileg die erste Urkunde. Geht man über die Steinere Brücke und schaut zurück auf die Stadt, so bietet sich dem Beschauer ein selten malerisches Bild: die türmreiche Stadt mit dem überragenden Dom am mächtigen Donaustrom.

Entsprechend ihrer Bedeutung als Handelsstadt beherrschten im Mittelalter die bürgerlichen Bauten das Stadtbild. Eine Reihe von Türmen — erhalten sind über zwanzig — erzählen von den Patrizierburgen und den Kämpfen der Patrizier. Sowohl die Donau hinunter, wie ins Rheinland, nach Venedig und nach Prag führten die Handelsbeziehungen und brachten Reichtum in die Stadt. Während in anderen deutschen Städten solche Patrizierburgen fehlen, oder, wie in Köln, im 19. Jahrhundert verschwanden, beherrschen sie in Regensburg die Straßenzüge. Der berühmteste Turm, der sogenannte „Goldene Turm“ in der Wahlenstraße, ist vollständig erhalten.

Der wichtigste Bau der Reichsstadt und ihr Zentrum war das Rathaus, an Stelle eines romanischen Patrizierhauses um 1360 umgebaut, im 18. Jahrhundert im Inneren erneuert und, als 1663 der Reichstag hier einzog, durch einen Neubau in Spätrenaissance erweitert. An den großen Saal nach West stößt im gleichen Stock die Stube des Fürstenrats, etwas höher über eine Empore jene des Städtetekollegs, während über dem Vorsaal die Zimmer des Kurfürstenrats liegen. Erst gemeinsame Beschlüsse aller drei Kollegien galten als Reichstags-„Conclusum“. In dem historischen Saal des alten Reichstages werden wir am Vorabend des Ärztetages beim Empfang des Oberbürgermeisters die Domspatzen singen hören.

Frühzeitig machte sich der Einfluß der Klöster bemerkbar: Das alte Benediktinerstift St. Emmeram ist aus einer altchristlichen Kirche, St. Georg, um 700 entstanden.

Ein Bau aus der Zeit Karls des Großen und ein Umbau aus der Zeit um 1050 geben heute noch die eigentlichen Verhältnisse an. Später wurde St. Emmeram berühmt durch Goldschmiedearbeiten, wovon noch das Altärchen des Kaisers Arnulf und der Deckel des Codex

aureus in München erhalten sind. Die geistige Blüte St. Emmerams beginnt mit der Reform, die der heilige Bischof Wolfgang 973/974 begann, der Mönche aus Trier hierher holte. Sie brachten von dort die Fähigkeit zu künstlerischer Ausschmückung der Handschriften mit. Regensburg wurde damit der Sitz einer berühmten Schule von Miniatoren.

Daneben bestanden die Reichsfrauenstifte Ober- und Niedermünster, die ins 9. Jahrhundert zurückreichen. Ihre Kirchen wurden barockisiert, jene von Obermünster 1944 fast vernichtet. Alle drei Reichsabteien wurden im Jahre 1803 aufgehoben. Dagegen besteht noch das Stift zur Alten Kapelle, das bis in die Zeit Ludwigs des Deutschen zurückreicht und den Kaiser Heinrich den Heiligen, als Neugründer verehrt. Es hatte die größte Bedeutung in der Frühzeit und war ursprünglich als Organisation für die Diplomaten und Kanzleibeamten des Königs gegründet. Im 12. Jahrhundert scheint dort die Kaiserchronik entstanden zu sein, eines der ersten großen deutschen Epen, eine merkwürdige Verbindung von angeblicher Geschichte — in Wahrheit lateinischen Legenden — und deutscher Heldensage.

Ein Bau der romanischen Zeit aus dem letzten Viertel des 12. Jahrhunderts ist die Kirche St. Jakob, die irische Benediktiner, in Deutschland als Schotten bezeichnet, aufgeführt haben. Das Kloster hat zwar bis 1861 weiterbestanden, war aber verarmt. Das hat uns das alte Baubild erhalten; denn das Kloster war in der Barockzeit nicht imstande, einen Neubau zu errichten. In den beiden großen Bettelordenskirchen der Dominikaner und Minoriten aus dem 13. Jahrhundert wirkten der große Philosoph Albertus Magnus und der wortgewaltige Berthold.

Auf dem Gebiet der Malerei hat Regensburg einen bedeutenden Künstler zu verzeichnen, Albrecht Altdorfer (gest. 1538), dessen Kunst aufs engste mit dem Stil zusammenhängt, den man die Donauschule nennt.

1519 erbaute man an der Stelle der früheren Synagoge eine Marienkapelle. In diese „Neue Pfarrkirche“ berief 1542 der Rat den ersten protestantischen Prediger. Die Kirche ist heute noch in protestantischer Hand.

So entwickelte sich das merkwürdige Nebeneinander der alten Klöster und Stifte, die weiterbestanden und einer lutherischen Bürgerschaft, die, namentlich nach Österreich hinüber, auch Mission für die neue Lehre trieb. Die Annahme der Lehre Luthers hat an den freundlichen Beziehungen zu den habsburgischen Kaisern nichts geändert. Sie haben 1663 dazu geführt, daß dort eine der Reichs-Institutionen, der alte Reichstag, in den großen Saal des Rathauses einzog und bis 1808 zu seinem Untergang verblieb. Merkwürdig genug war es gerade die Gesellschaft um den Reichstag, in welcher die neuen Ideen der französischen Aufklärung besonderen Boden fanden. 1774 begründete ein französischer Gesandter die Freimaurerloge, deren Großmeister der Fürst Thurn und Taxis selbst, dessen Familie seit 1748 in Regensburg wohnt, gewesen ist. Wie merkwürdig sich in jener Zeit die Strömungen mischten, sieht man daraus, daß des Fürsten Sohn, der Erbprinz, Präfekt der Marianischen Kongregation sein konnte. Diesem Logenkreis gehörte auch der Theaterdirektor des Fürsten, der später nach Wien übersiedelte und durch seine Zusammenarbeit mit Mozart berühmte Schikaneder, an. Als 1803 die Reichsstadt und die Reichsstifte aufgehoben wurden, vereinigte alles dieses der bisherige Mainzer Kurfürst Karl von Dalberg als Fürstprimas in seiner Hand. Die Gleichberechtigung der Bürger war die erste Maßnahme seines milden Regimes, das letzte, das durch große Bauten — Stadtheater, Präsidentenpalais, Rechnungskammer — der Stadt seinen Stempel gab. Es entsprach der Auffassung



6. BAYERISCHER ÄRZTETAG IN REGENSBURG

Vollversammlung der Bayer. Landesärztekammer am 22. 9. 1951 im Keplerbau am Bahnhof

Freitag, den 21. September 1951, 20 Uhr

Empfang der Ärzte durch die Stadt Regensburg im historischen Reichssaal des alten Rathauses. Es singen die Regensburger Domspatzen.

Sonnabend, den 22. September 1951, 9 Uhr: Nichtöffentliche Arbeitstagung

Tagesordnung:

1. Eröffnungsansprache
2. Änderungen des Bayer. Ärztegesetzes
3. Änderungen der Satzungen der Ärztlichen Bezirksvereine, der Ärztlichen Kreisverbände und der Landesärztekammer
4. Wahl der ärztlichen Mitglieder des Landesberufsgerichtes
5. Geschäftsordnung der Bayer. Landesärztekammer
6. Meldeordnung für die Ärzte in Bayern
7. Geschäftsbericht der Kammer
8. Verfahren bei der Beurteilung medizinisch indizierter Schwangerschaftsunterbrechungen

In der Zeit von 13 bis 14 Uhr gemeinsamer Mittagstisch im Keplerbau. Ab 20 Uhr: Geselliger Abend in sämtlichen Räumen des Café Fürstenhof, Maxstr. 4. Für die Angehörigen der Tagungsteilnehmer wird der Verkehrsdirektor der Stadt Regensburg ein besonderes Programm zusammenstellen.

Für Sonntag, den 23. September 1951, vormittags, sind Führungen durch das städtische Museum und die historischen Teile der Stadt vorgesehen. Alle Angehörigen der Ärztlichen Bezirksvereine Bayerns sind als Zuhörer zu sämtlichen Sitzungen eingeladen.

Dr. Weller, Präsident der Bayer. Landesärztekammer

jener Zeit, die Stadt mit einem Kranz von Alleen zu umgeben.

1811 wurde Regensburg eine bayerische Landstadt. Das erste, was der neue Landesherr zu tun hatte, war die Beseitigung der Trümmer, die die Beschließung von 1809 der Stadt zugefügt hatte. Soweit jener Brand gewüdet hatte, wurde die Stadt reguliert und modernisiert. Dem verdanken wir die breiten Straßen, Maximilianstraße, Hauptstraße von Stadthof und Dachauplatz, die heute wichtige Verkehrszentren inmitten der engen Gassen sind.“

In der Erzählung des Stadtarchivars wurden die Bilder deutschen Kulturstrebens sichtbar, die heute noch so eindrucksvoll sind, daß sie jeden Besucher Regensburgs fesseln. So ist Regensburg in den letzten Jahren Mittel-

punkt vieler Tagungen geworden, unter denen sich die ärztlichen Fortbildungskurse von Prof. Jahn besonderer Beliebtheit erfreuen. Wir hoffen, daß die Besucher des Bayerischen Ärztetages Zeit finden werden, diese heute so selten gewordenen Kulturwerte aufzunehmen, lesen wir doch aus der Geschichte der Vergangenheit, wie sich viele verschiedene geistige Strömungen zusammenfanden und Werke schufen, deren Größe uns heute noch berührt.

Möge der Geist der Vergangenheit sich wohlthuend auf die Beratungen der Gegenwart auswirken, und möchte es uns gelingen, dazu beizutragen, dem Ärztestand jene Achtung und Würde auch in unseren stürmischen Tagen zu verschaffen, die ihn von jeher auszeichneten. In diesem Sinne heißen wir die Teilnehmer des Bayerischen Ärztetages am 22. September herzlich willkommen.

Dr. Ruth Bauknecht

Individualismus und Kollektivismus im Arztberuf

Von Dr. Robert Paschke, Emskirchen/Mfr.

Der frei praktizierende Arzt, besonders aber der Kassenarzt, kommt bei Ausübung seines Berufes tagtäglich in Situationen, bei denen er sich in teilweise heftigem Widerstreit befindet mit seiner ärztlichen Überzeugung, seiner persönlichen ärztlichen Anschauung einerseits und den zahllosen Vorschriften andererseits, die vor allem auf kassenärztlichem Gebiete notwendig sind, um die mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge wirksam werden zu lassen. Insofern ist der Arzt also gar nicht mehr frei, sondern im Gegenteil auch in seinem ärztlichen Handeln bereits in starke Fesseln gelegt, an denen er bisher vergeblich gerüttelt hat. Dabei sind viele dieser Vorschriften subjektiv außerordentlich dehnbar gehalten, wie die bekannte Anweisung, die letztlich zur Einführung des unglücklichen Regelbetrages geführt hat, nämlich die, daß der Kassenarzt seine Kranken „ausreichend und zweckmäßig“ behandeln soll, daß er aber „das Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten darf und „eine Behandlung, die nicht oder nicht mehr notwendig ist“, abzulehnen hat. Wo ist bei dieser Kollektivvorschrift die Grenze und welcher Arzt kann diese in jedem einzelnen Falle ohne Anstellung großer Überlegungen finden, besonders, wenn man bedenkt, daß heutzutage die RVO-Kassen selbst es sind, die ihren ursprünglichen Zweck, ihren Mitgliedern nur die notwendigste Hilfe in Krankheitsfällen zu gewähren, selbst längst verlassen haben und die aus propagandistischen Gründen sogar reine Fürsorgeleistungen bezahlen, während sie auf der anderen Seite den Arzt verpflichten, bei Krankheitsfällen nur das Allernotwendigste zu verordnen?

So findet sich bei vielen dieser Vorschriften und bei der Entwicklung des Kassenarzteswesens eine so schwerwiegende Diskrepanz zwischen dem Denken von Arzt und Kasse, die sich letzten Endes zum Unsegen der Kranken auswirken wird, daß es sich lohnt, einmal die tieferen Gründe dieser Erscheinungen zu untersuchen.

Diese ständig wachsenden Differenzen zwischen Ärzteschaft und den RVO-Kassen können nur zusammen mit der Entwicklung auf sozialpolitischem Gebiete betrachtet werden, und dann sehen wir, daß sie weiter nichts sind als eine Auseinandersetzung von Individualismus und Kollektivismus auf dem Sektor des Gesundheitswesens, eine Auseinandersetzung, deren Auswirkungen beim ärztlichen Berufe mehr und vielleicht früher wie bei jedem anderen in Erscheinung treten; denn auch der seiner Persönlichkeit völlig entkleidete Massenmensch wird als Kranker wieder das hilfessuchende und um sein Leben bangende Individuum, wie jeder andere Mensch eben auch.

Zunächst möchte ich in kurzen Zügen die beiden zur Debatte stehenden Begriffe klarstellen, um Mißverständnissen vorzubeugen.

Der Begriff des Individualismus hat im Laufe der Zeiten viele Wandlungen durchgemacht. Durch Überbetonung des Individuums (Solipsismus) kam der ethisch-politische Individualismus, der von allen Spielarten hier in erster Linie in Frage kommt, in den falschen Ruf, als würde er, nur sein eigenes Ich kennend, jegliche Zusammenarbeit mit der Umwelt außerhalb des Individuums ablehnen. Dies ist aber zweifellos nicht der Sinn des Individualismus, sondern dieser bezweckt vielmehr eine höchstmögliche Formung und Ausbildung des Individuums im Sinne der Goetheschen Persönlichkeit und er sieht daher in jeder Masse den einzelnen Menschen und strebt darnach, trotz stetig fortschreitender Vermassung die Persönlichkeit des einzelnen nicht in dieser untergehen zu lassen.

Kollektivismus dagegen ist in sozialphilosophischem Sinne die nach Möglichkeit völlig persönlichkeitsauslöschende Unterwerfung des einzelnen unter die Gesamtheit, zunächst einmal in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht. Daß er, an die absolute Macht gekommen, es dabei nicht bewenden läßt, sondern immer weiter bis ins Familienleben eingreift, haben wir deutlich genug im Dritten Reiche erfahren. Trotzdem tritt auch hier der Individualismus, wenn auch in seiner pathologischen Form, wieder in Erscheinung dadurch, daß sich an die Spitze der entpersönlichten Masse sehr oft überbetonte, egozentrische, nur ihren eigenen Willen geltenlassende Individuen setzen, die keineswegs immer charakterlich durchgebildete Persönlichkeiten im Sinne des Individualismus sind, sondern die nur die demagogische Gabe besitzen, ausgezeichnet auf dem Instrumente der Massensuggestion spielen zu können. Es sind dies im Grunde genommen Kollektivmenschen, aus der Masse emporgeschleudert und an deren Spitze gekommen, bevor die Formung ihrer Persönlichkeit abgeschlossen war und die nun zwischen beiden schwankend meist ein Zerrbild der einen oder anderen Anschauung darstellen. Freilich können auch echte Persönlichkeiten an die Spitze der Massen kommen, was nur zu deren Segen wäre, denn die Wechselbeziehungen und die Auseinandersetzungen zwischen Individualismus und Kollektivismus sind ständigen Wandlungen unterworfen; alles ist im Flusse und wir wissen nicht, wie die Entwicklung in Zukunft verlaufen wird. Soviel aber scheint mir gewiß: solange es auf der einen Seite Einzelmenschen, die nach Persönlichkeit streben, und auf der anderen Seite die großen Massen der mo-

dernen Industriestaaten gehen wird, solange werden sich beide Anschauungen miteinander auseinandersetzen, gleichgültig in welcher Form und mit welchem Ausgange.

Im folgenden möchte ich nun die Auseinandersetzung beider Richtungen auf ärztlichem Gebiete und deren Auswirkung kurz darstellen.

Der Arzt ist und muß bei Ausübung seines Berufes Individualist sein, denn er hat es immer und nur mit dem einzelnen Individuum zu tun. Er behandelt keine Krankheiten, wie es vielleicht einmal die Ärzte des materialistischen Zeitalters zu tun glaubten, sondern kranke Menschen, die sich aus Körper und Seele zusammensetzen und von denen keiner dem anderen völlig gleich ist. Der Arzt muß also rein individualistisch auf jeden einzelnen kranken Menschen eingehen und auf jeden entsprechend dessen Wesen und Eigenart reagieren, auch wenn beide rein statistisch unter der Kollektivbezeichnung der gleichen Krankheit eingeordnet werden. Der Name der Krankheit ist gleich, aber die Krankheitsbilder, die als eine äußerlich sichtbare Darstellung des Kampfes des jeweiligen Individuums mit den Krankheits-erregern sich uns zeigen, sind immer grundverschieden voneinander. Und nur der Arzt, der sich frei machen kann vom medizinischen Kollektivdenken, das ihm schul- und lehrbuchmäßig in den Anfängen seines Studiums als Gedächtnishilfe übermittelt werden mußte, wird seinen Kranken ein wahrer Helfer sein. Er wird aber zwangsläufig ein Individualist sein müssen, nicht ein eigensüchtiger, ichbezogener Individualist, auch nicht der Ideologe einer absoluten menschlichen Freiheit, die es nie geben wird und die zum Nihilismus führen würde, sondern er wird ein zur Persönlichkeit herangereifter Mensch sein, der sich seiner Stellung und Verantwortung in der menschlichen Gemeinschaft bewußt ist, der in und für diese Gemeinschaft lebt, ohne dabei weder sein eigenes Ich aufzugeben, noch es zu sehr zu betonen oder gar es aber desto sicherer vom Individuum zum Kollektiv hin verschieben, und der Arzt muß dann mitmachen, wenn er nicht untergeben will. Er muß also mit noch geringerer Medikamentenmenge auskommen, wenig ins Krankenhaus einweisen und vor allem wenige Kranke arbeitsunfähig schreiben. Dies alles wird dann in großen Statistiken, die über allem ärztlichen Handeln herrschen werden, weit besser bewertet werden, als einige Tote mehr oder weniger, die ja sowieso keine Unkosten mehr machen. Von den statistisch nicht erfassbaren seelischen Schäden gar nicht zu reden. Einige hunderttausend ersparte Mark wiegen dies alles mehr als voll wieder auf.

Diese Verschiebung in der Bewertung der ärztlichen Arbeit vom ärztlichen auf das wirtschaftliche Gebiet wird

so schleichend vor sich geben, daß wohl nur wenigen die wahren Vorgänge zum Bewußtsein kommen werden, noch dazu ich überzeugt bin, daß die dann herausgegebenen Statistiken bestrickend und überzeugend den Fortschritt des Kollektivismus beweisen werden; aber auf die Länge der Zeit gesehen, auf 50 oder 100 Jahre hinaus, wären die menschlichen und seelischen Folgen verheerend. Die ärztliche Leistung am kranken Menschen läßt sich statistisch niemals erfassen, es läßt sich auf diese Weise nur darstellen, wie viele und welche Krankheiten behandelt wurden, aber schon bei der Erfolgsstatistik geht das Subjektive an. Wir wissen, wie leicht aus einer fieberhaften Bronchitis eine Pneumonie, aus einem Furunkel ein Carunkel gemacht wird, wie wird es erst dann einmal werden, wenn die Statistik im kollektivistischen Zeitalter zur Grundlage der Bewertung des ärztlichen Könnens dienen wird! Jeder, der heim Militär war, weiß, wie man bei Meldungen Erfolge vergrößern und Mißerfolge verkleinern kann, ohne zu lügen. Dies soll kein charakterliches Werturteil sein, schon Ludendorff hat auf Grund seiner Erfahrungen aus dem ersten Weltkrieg darüber Klage geführt; es ist dies lediglich eine naturbedingte Folge jedes Kollektivismus, die sich nie vermeiden lassen wird und jedes Individuum, auch das stärkste, wird auf die Dauer in diese Formen des Kollektivismus gezwungen werden oder als Michael Kohlhaas untergeben. Wie sich dieser wirtschaftliche Kollektivismus auf den einzelnen, der als kranke Mensch immer Individuum bleiben wird, auswirkt, wie dabei Seele und Körper verkümmern werden trotz guter und immer besser werdender Statistiken, das auszumalen wird jeder Arzt selbst in der Lage sein.

Wir werden uns leider mit dem Vorhandensein des Kollektivismus in seiner jetzigen Form auf dem gesundheitlichen Sektor abfinden müssen, aber wir Ärzte, die wir kraft unseres Berufes vielleicht tiefer und weiter in diese Dinge hineinschauen, müssen uns mit aller Kraft dagegen wehren, daß der Kollektivismus hier noch weiter fortschreitet, daß er das Vertrauensverhältnis vom Arzte zum Kranken nicht noch völlig zerstört, denn dies wäre zum Unsegen des hilfessuchenden Kranken und der Tod des wahren Arztes.

Eine eingehende Darstellung der Auswirkungen der Auseinandersetzung von Individualismus und Kollektivismus auf ärztlichem Gebiete würde ein Buch füllen, es konnte sich daher bei den obigen Ausführungen nur um eine unvollkommene Skizze mit all ihren Mängeln handeln, ich bitte den Leser dies gütigst berücksichtigen zu wollen.

Aktuelle Steuerfragen des Arztes

Von Diplomvolkswirt Gerhard Petersen

Die Einkommen- und Umsatzsteuererklärungen für das Kalenderjahr 1950 sind bis zum 30. September 1951 beim Finanzamt einzureichen; in begründeten Fällen kann auf Antrag vom Finanzamt Verlängerung der Abgabefrist gewährt werden. Solche Anträge müssen rechtzeitig gestellt werden; dabei ist anzugeben, bis zu welchem Zeitpunkt die Erklärungen abgegeben werden können.

I. Für die sachgemäße Ausfüllung der Einkommensteuererklärung und der Anlagen dazu, insbesondere der Zusammenstellung der Betriebsausgaben Praxis verweise ich auf meinen Artikel „Arzt und Einkommensteuer“ in Heft 2/1951 dieser Zeitschrift. Daneben sollte die „Anleitung“, die den Steuererklärungsformularen vom Finanzamt beigelegt wurde, genauestens beachtet werden.

Insbesondere ist auf Ziffer 11 der „Anleitung“ zu achten, da der Pauschbetrag von 5 v. H. der Praxis-Roheinnahmen, höchstens jedoch 1200 DM nur auf Antrag gewährt wird (übrigens letztmals für 1950). Dieser Antrag nach § 38 EStDV 1949 ist am Schluß der Aufstellung der Betriebsausgaben zu stellen und der sich ergebende Betrag den Betriebsausgaben zuzurechnen.

Zum Nachweis der Abschreibungen auf Praxis-Anlagegüter ist zu empfehlen, eine besondere Aufstellung (Bestandsaufnahme) mit Anschaffungspreis und Anschaffungszeit neu erworbener Praxisgegenstände beizufügen und die Abschreibungen 1950 vom Anschaffungspreis abzusetzen, so daß der Buchwert des Gegenstandes am 31. 12. 50 jeweils festgehalten und im nächsten Jahre

als Buchwert am 1. 1. 51 für die weiteren Abschreibungen vorgetragen werden kann. Für 1950 gilt die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter letztmals bei einem Anschaffungspreis für den einzelnen Gegenstand bis 500 DM, ab 1951 ist die Grenze auf 200 DM herabgesetzt worden. Es sind also 1950 nur Praxisgüter mit Einzelpreis über 500 DM abschreibungspflichtig, während Anschaffungen unter 500 DM Einzelpreis voll als Betriebsausgaben abgezogen werden können. — Bei noch nicht voll abgeschriebenen Praxisgütern, die vor 1950 angeschafft wurden, sollte in der Bestandsaufnahme entsprechend der Buchwert am 1. 1. 50 vermerkt und die Abschreibung 1950 davon in Abzug gebracht werden. Die Abschreibungen 1950 werden dann in der Betriebsausgaben-Aufstellung 1950 mit kurzem Hinweis auf das Anlagegut aufgeführt.

Soweit 1949 Bewertungsfreiheit nach § 7a EStG für Ersatzbeschaffungen in Anspruch genommen wurde und die Sonderabschreibung in voller Höhe mit 50 v. H. des Anschaffungspreises abgesetzt worden ist, darf die Abschreibung für 1950 und die folgenden Jahre nur vom Restwert des Anlageguts am 1. 1. 50 nach der voraussichtlichen Restnutzungsdauer berechnet werden. War z. B. 1949 ein Kraftwagen für 6 000 DM als Ersatzbeschaffung angeschafft und 50% Sonderabschreibung abgesetzt worden, so wäre bei insgesamt fünfjähriger Nutzungsdauer vom Restwert am 1. 1. 50 = 3 000 DM für 1950 und die drei folgenden Jahre je $\frac{1}{4}$ von 3 000 DM = 750 DM Abschreibung anzusetzen.

Grundsätzlich gelten die Einkommensteuerrichtlinien für II/1948 und 1949 auch für 1950, soweit nicht die am 7. 8. 51 veröffentlichten EStR 1950 Änderungen und Ergänzungen enthalten. Für den Arzt sind besonders die Anweisungen der EStR 1950 über die Behandlung der Aufwendungen für PKW als Betriebsausgaben wichtig. Danach soll die Abgrenzung der beruflichen Aufwendungen für den Kraftwagen von den nicht abzugsfähigen Aufwendungen für Privatfahrten schärfer geprüft werden als bisher. Bei Angehörigen gewisser freier Berufe wie z. B. Zahnärzten und Röntgenärzten sollen die Aufwendungen für einen PKW grundsätzlich nicht abzugsfähige Kosten der Lebenshaltung sein, wobei die Kosten für gelegentliche Benutzung für berufliche Zwecke bei entsprechendem Nachweis als Betriebsausgaben bis zur Höhe der Kosten für ein Mietauto abzugsfähig sein sollen. — Im allgemeinen wird der prakt. Arzt und auch der Facharzt seinen Wagen zwar weit überwiegend beruflich benutzen, für gelegentliche Privatfahrten sollte jedoch in der Aufstellung der Betriebsausgaben für 1950 ein angemessener Prozentsatz der Autobetriebskosten und der Normalabschreibung als auf Privatfahrten entfallend ausgeschieden werden. Es wäre dann nur der Betrag für die Praxismutzung des PKW bei den Betriebsausgaben mitzurechnen. Im Erklärungsvordruck zur Einkommensteuer 1950 ist unter Abschnitt F, Ziffer 7, der Gesamtbetrag der für die Praxis abgesetzten Autoaufwendungen einschl. AfA (Abschreibung = Absetzung für Abnutzung) noch gesondert anzugeben. Daneben wäre in Abschnitt F, Ziffer 2 des Erklärungsvordrucks eine 1950 geltend gemachte Sonderabschreibung nach § 7a EStG ebenfalls noch besonders zu vermerken.

Für die Inanspruchnahme der Bewertungsfreiheit nach § 7a EStG (Sonderabschreibung für Ersatzbeschaffungen) ist bei Steuerpflichtigen, die ihren Gewinn nach § 4 Abs. 3 EStG ermitteln (Einnahme-Überschuß-Rechnung) Voraussetzung, daß sie Bücher führen, die den Vorschriften der VO über die Buchführung der Handwerker, Kleingewerbetreibenden und freien Berufe vom 5. 9. 49 entsprechen. Danach sind die Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben fortlaufend aufzuzeichnen und mindestens

am Jahreschluß aufzurechnen (die frühere Vorschrift der vierteljährlichen Aufrechnung ist gefallen). Soweit diese Voraussetzung erfüllt ist (daneben ist eine Bestandsaufnahme der abzuschreibenden Anlagegüter mit Nachweis der Abschreibungen vorgeschrieben), ist in der Einkommensteuererklärung für 1950 in Abschnitt B, Ziffer 3b) in dem Text „Ich führe — keine — Bücher nach der VO über die Buchführung der Handwerker, Kleingewerbetreibenden und freien Berufe — seit . . .“ das Wort „keine“ zu streichen und gegebenenfalls der Zeitpunkt, seitdem entsprechende Bücher geführt werden, anzugeben. Es genügt, wenn die Bücher seit Inkrafttreten der VO, also seit dem 5. 9. 49 ordnungsgemäß geführt werden, bzw. seit dem 1. 1. 1950, wenn die Vergünstigung des § 7a EStG erstmalig für 1950 in Anspruch genommen wird. Auch für die Inanspruchnahme der Vergünstigung nach § 7c EStG betr. Abzug von Zuschüssen oder unverzinslichen Darlehen zur Förderung des Wohnungsbaus als Betriebsausgabe (vgl. Erklärungsvordruck Abschnitt F, Ziffer 3, bzw. die „Anleitung“, Ziffer 26) ist die Führung von Büchern nach der VO vom 5. 9. 49 Voraussetzung.

Dagegen genügt die Einnahme-Überschuß-Rechnung bzw. die Führung von Büchern nach der VO vom 5. 9. 49 nicht für die Vergünstigung des steuerbegünstigten nicht entnommenen Gewinns (Abschnitt C, Ziffer 6 des Eink.-St.-Formulars) und ebenfalls nicht für einen Verlustabzug aus früheren Jahren (Abschnitt C, Ziffer 3 des Erklärungsformulars). Hierfür ist vielmehr die Gewinnermittlung durch Vermögensvergleich auf Grund ordnungsmäßiger Buchführung nach § 4 Abs. 1 oder nach § 5 EStG (Erstellung von Bilanzen) erforderlich. Die Frage des Abschnitts F, Ziffer 1e) des Erklärungsvordrucks nach den Entnahmen bzw. Einlagen bei den Einkünften aus selbständiger Arbeit ist nur für die Feststellung des steuerbegünstigten nicht entnommenen Gewinns von Bedeutung, sie braucht also von Ärzten, die diese Vergünstigung nicht in Anspruch nehmen und bei der Einnahme-Überschuß-Rechnung auch gar nicht in Anspruch nehmen können, nicht beantwortet zu werden. Im übrigen ist eine Aufzeichnung der Privatentnahmen des Arztes auch in der Buchführungs-VO vom 5. 9. 49 nicht zwingend vorgeschrieben.

Die Freibeträge nach dem neuen § 33a EStG 1950 für Flüchtlinge, Totalfliegergeschädigte, Spätheimkehrer usw. werden vom Finanzamt im Steuerbescheid abgesetzt. Falls der Antrag hierfür gestellt werden kann, ist er in Abschnitt F, Ziffer 10 des Erklärungsformulars am besten mit Farbstift anzukreuzen und unter a) oder b) zu unterstreichen; Ziffer 28 der „Anleitung“ ist zu beachten und bei Beanspruchung des erhöhten Freibetrags sind die Belege für Wiederbeschaffungskosten beizufügen. Es ist ratsam, evtl. auf besonderer Anlage Angaben über einen etwaigen Flüchtlingspaß oder eine Bescheinigung über Totalfliegerschaden mit Ausstellungsdatum und Ausstellungsbehörde zu machen. Teilfliegergeschädigte können den Freibetrag nach § 33a EStG nicht beantragen, sie können Wiederbeschaffungskosten für Hausrat und Kleidung lediglich nach § 34 EStG als Steuerermäßigungsgrund wegen außergewöhnlicher Belastung geltend machen und müssen Abschnitt F, Ziffer 9e) des Erklärungsvordrucks entsprechend ankreuzen sowie die Belege über Wiederbeschaffungskosten beifügen. — Bei Steuerermäßigungsantrag wegen Körperbeschädigung bzw. als Hinterbliebene ist zu Abschnitt F, Ziffer 9 a), bzw. b) des Erklärungsvordrucks unbedingt auch der letzte Rentenbescheid nach Ausstellungsbehörde und Ausstellungsdatum anzugeben.

II. Bei Ausfüllung der Umsatzsteuererklärung für 1950 ist vom Arzt zu beachten, daß die über die KVB abgerechneten Honorare der Beamten-Krankenkassen

(Postbeamtenkasse, Kasse der Polizeidirektion) und der Privatkrankenkassen (Sanitätsverband, Barmenia) nicht nach § 4 Ziffer 11 UStG umsatzsteuerfrei sind. Diese Honorare stellt man am besten auf Grund der vierteljährlichen Abrechnungen der KVB über Einzelleistungskassen zusammen, zieht sie vom Gesamtbetrag der KVB-Überweisungen ab und weist sie in der Umsatzsteuererklärung zusammen mit dem Privathonorar als umsatzsteuerpflichtig aus. Ebenfalls sind Honorare für ärztliche Gutachten (auch von Fürsorgeverbänden und Berufsgenossenschaften) sowie Leichenschaugebühren umsatzsteuerpflichtig, weil es sich bei ihnen nicht um ärztliche oder ähnliche Hilfeleistungen im Sinne des § 4 Ziffer 11 UStG handelt. Als „Hilfumsatz“ ist in Abschnitt B, Ziffer 1b der Umsatzsteuererklärung der Erlös für verkaufte oder in Zahlung gegebene Praxisanlagegegenstände (z. B. Kraftwagen, Instrumente) gesondert auszuweisen und als umsatzsteuerpflichtig zu behandeln.

III. Das Einkommen- und Körperschaftsteuer-Änderungsgesetz 1951 betrifft das Kalenderjahr 1950 nicht mehr. Durch dieses Gesetz wurden Steuervergünstigungen, die für 1950 noch gewährt werden, mit Wirkung ab 1951 bzw. 1952 aufgehoben oder doch eingeschränkt. So kann die Bewertungsfreiheit für Ersatzbeschaffungen nach § 7a EStG mit Wirkung ab 1. 7. 51 nur noch von Flüchtlingen, Vertriebenen und politisch Verfolgten, nicht aber mehr von Totalfliegergeschädigten in Anspruch genommen werden. Für Ersatzbeschaffungen bis zum 30. 6. 51 gelten jedoch noch dieselben Bestimmungen wie für 1949/50. Auch die Abzugsfähigkeit von Zuschüssen und unverzinslichen Darlehen zum Wohnungsbau nach § 7c EStG ist mit Wirkung ab 1. 7. 51 eingeschränkt worden. Begünstigt sind nur noch Zuschüsse oder unverzinsliche Darlehen für Wohnungen zwischen 32 qm und 80 qm, bei größeren Familien und besonders gelagerten örtlichen Verhältnissen bis höchstens 120 qm Wohnungsgröße. Bei Zuschüssen oder unverzinslichen Darlehen an private Bauherren und nicht gemeinnützige Wohnungs- und Siedlungsunternehmen tritt die Steuervergünstigung nur

ein, wenn die geförderte Wohnung vom Geldgeber selbst, einem Angehörigen oder einem seiner Arbeitnehmer bewohnt werden soll. Die Höhe der abzugsfähigen Zuschüsse oder unverzinslichen Darlehen ist auf 7000 DM je Wohnung begrenzt worden.

Für die abzugsfähigen Sonderausgaben bringt das Änderungsgesetz 1951 keine wesentlichen Neuerungen. Beiträge zu Kapitalansammlungsverträgen sind ab 1951 nur noch abzugsfähig, wenn sie mit eigenen Mitteln bestritten werden, sie dürfen also nicht mit Fremdkapital (Darlehen usw.) finanziert werden. Die Vorschriften über den Abzug von Spenden für gemeinnützige und wissenschaftliche Zwecke wurden vereinfacht bzw. erweitert, die Steuervergünstigung des nicht entnommenen Gewinns ist bereits für 1951 aufgehoben worden.

Die Freibeträge für Flüchtlinge, Totalfliegergeschädigte, Spätheimkehrer usw. werden mit Wirkung ab 1. 1. 1952 erhöht, und zwar in der Steuerklasse I von 480 auf 540 DM, in Steuerklasse II von 600 auf 720 DM und in Steuerklasse III von 720 auf 840 DM mit zusätzlichem Erhöhungsbetrag von 60 DM für jedes dritte und weitere Kind. Dagegen ist die Verdoppelung des Freibetrags bei entsprechendem Nachweis höherer Wiederbeschaffungskosten weggefallen. Der Begriff „Spätheimkehrer“ wurde für die Vergünstigung des Freibetrags erweitert; ab 1. 1. 51 gelten als Spätheimkehrer auch solche Steuerpflichtige, die nach dem 30. 9. 48 aus der Kriegsgefangenschaft heimgekehrt sind (bisher war Voraussetzung Heimkehr nach dem 1. 1. 49).

IV. Das Umsatzsteuer-Änderungsgesetz vom 28. 6. 51 brachte die auch für den Arzt unerfreuliche Erhöhung des allgemeinen Umsatzsteuersatzes von früher 3 v. H. auf 4 v. H. des steuerpflichtigen Umsatzes. Der erhöhte Steuersatz gilt für die Umsätze ab 1. Juli 1951; bei Vierteljahreszahlern also erstmals für die Berechnung der Umsatzsteuervorauszahlung in der Umsatzsteuer-Voranmeldung für das 3. Vierteljahr 1951, die Anfang Oktober beim Finanzamt einzureichen ist.

MITTEILUNGEN

3. Sudetendeutscher Ärztetag

(veranstaltet vom „Verband der sudetendeutschen Ärzte e.V.“)

am 23. September 1951 in Regensburg.

Ort: Keplersaal.

Beginn: 9:30 Uhr vorm.

Tagesordnung:

1. Eröffnung, Begrüßung der Gäste
2. Dr. Wilhelm Thurnwald: Die Sudetendeutschen und das Ausland
3. Ing. Herbert Schmidt: Volksgruppe und Arzt
4. Frau Prof. Dr. Käthe Zeidler: Die Zusammenarbeit der Frauen und Ärzte in der Betreuung der Vertriebenen
5. Dr. Hans-Ludwig Borck, Präsident der Ärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern: Aus der Arbeit des Flüchtlingsarztausschusses
6. Dr. Silvester Maresch: Das Schicksal der sudetendeutschen Sozial- und Rentenversicherung
7. Direktor Oskar Tobisch: Das Bundesgesetz zum Art. 131 des Grundgesetzes und die Ärzte.

Auskünfte über Quartierbeschaffung erteilt der „Ärztliche Bezirksverein“ Regensburg, Landshuter Straße 11. Dem 3. Sudetendeutschen Ärztetag geht der 6. Bayer. Ärztetag in Regensburg voran.

Neuorientierung

in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Sommermonate werden die Krankenkassen sich weiter finanziell erholen lassen. Zunächst ist es möglich, den als Betriebsmittel für den laufenden Bedarf erforderlichen Geldbestand wieder aufzufüllen. An die Bildung einer Rücklage kann aber im allgemeinen, wenn von einzelnen besonders günstig dastehenden Kassen abgesehen wird, noch nicht gedacht werden. Die im ganzen gesehen günstige Entwicklung ist aber nach wie vor durch das ständige Weitersteigen aller Kostengruppen bedroht. Von den Krankenhausverwaltungen werden laufend noch neue Forderungen auf Erhöhung der Verpflegsätze angemeldet und in den kommunalen Körperschaften durchgesetzt. Im Gegensatz zu früher, wo die Krankenhäuser als Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitspflege in starkem Umfange Zuschüsse erhielten, sollen sie jetzt allein oder zumindest weit überwiegend durch die Verpflegsätze finanziert werden. Für die Bemessung dieser Verpflegsätze werden die Gesamtkosten einschl. der Wiederaufbaukosten zugrundegelegt. Auf diese Weise ergibt sich insbesondere für die Krankenkassen eine sehr bedeutsame Kostensteigerung. Daneben sind die Wünsche der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten auf Angleichung ihrer Honorare an den allgemeinen Kostenstand noch nicht erfüllt. Die Bundesressorts haben nach einem Schreiben des Bundes-

wirtschaftsministers die Erhöhung der Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung um 100% als gerechtfertigt bezeichnet. Gleichviel ob eine Erhöhung in diesem Ausmaße beschlossen werden wird, jede Erhöhung der Mindestsätze der Gebührenordnung wird sich ohne Zweifel sowohl auf die Pauschalhonorare der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen als auch auf die Einzelhonorare nach dem Ersatzkassenvertrag auswirken. Es muß mit dem weiteren Ansteigen der Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung gerechnet werden, selbst wenn die Preissteigerung in der Wirtschaft zum Stillstand kommen sollte. Andererseits wird es aber nicht möglich sein, die Krankenkassenbeiträge im allgemeinen weiter zu erhöhen. In diesem Zusammenhang gewinnen die Überlegungen neue Bedeutung, die den Versicherten der sozialen Krankenversicherung in gewissem Umfange an den Kosten der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung und für Arzneien und Heilmittel beteiligen wollen, sowie das in der privaten Krankenversicherung und in einer Reihe ausländischer gesetzlicher Krankenversicherungen seit langem geschieht. Es ist bemerkenswert, daß solche Überlegungen, die auf eine Selbstkostenbeteiligung des Versicherten auch in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zielen, aus allen Lagern der Krankenversicherung kommen. Ihre Verfechter erwarten, daß ihre Verwirklichung eine erhebliche Kostensenkung und damit auch eine Beitragsminderung zur Folge haben würde, wenn nicht vorgezogen werden sollte, die eingesparten Beträge zum Ausbau der Leistungen bei schweren Krankheitsfällen und für die vorbeugende Heilfürsorge zu verwenden. (Aus: GPK — Gemeinsamer Pressedienst der Krankenkassen Nr. 14 v. 14. 8. 1951)

Ärztlicher Bundestarif für das Versorgungswesen

Der Bundesminister für Arbeit hat mit Erlaß vom 23. 7. 51 — 1 e 1766/2660/51 den seit längerer Zeit angekündigten ärztlichen Bundestarif für das Versorgungswesen bekanntgegeben und die Krankenkassen (§ 14 Abs. 2 BVG.) ermächtigt, ab 1. 4. 51 die ärztlichen Leistungen für die Heilbehandlung und Krankenbehandlung der nach dem BVG. versorgungsberechtigten Personen hiernach zu verrechnen.

Der ärztliche Bundestarif soll in der Augustausgabe des Bundesversorgungsblattes veröffentlicht werden.

Karteikarte — Steuerprüfung — Schweigepflicht

Auf den Seiten 197 und 198 des von mir verfaßten Handbuches für Ärzte, Kassenärzte und Sprechstundenhelferinnen (Schlütersche Verlangsanstalt Hannover)* ist gesagt, daß der prüfende Finanzbeamte das Recht zur Einsichtnahme der Patientenkartekarte habe, was den tatsächlichen Anweisungen für Steuerprüfer entspricht. Die Ärzteschaft hat von jeher auf einem anderen Standpunkt gestanden und sich schon immer gegen dieses vermeintliche Recht der Steuerbehörde gewehrt, weil durch die Einsichtnahme in die Patientenkartekarte in das intimste Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eingebrochen wird. Der Patient genießt aber durch die Übernahme des früheren § 300 StGB in die Reichsärzteordnung in Gestalt einer Strafbestimmung einen gesetzlichen Schutz, wenn sich der Arzt einer Verletzung der ihm auferlegten Wahrung des Berufsgeheimnisses schuldig macht. Die Karteikarte enthält der ärztlichen Schweigepflicht unterliegende Aufzeichnungen. Einsichtnahme in die Karteikarte durch Finanzbeamte widerspricht der ärztlichen Schweigepflicht und ist mit der menschlichen Würde nicht zu vereinbaren. In den letzten Monaten ist deshalb in der ärztlichen wie allgemeinen Presse und auch im Rundfunk gegen die Anweisung der Finanzämter mit Recht Sturm gelaufen worden. Es wird deshalb bald durch die intensiven Bemühungen der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern und der Länderkammern ein grundsätzlicher Entscheid vom Bund zu erwarten sein. Insoweit bedarf also jetzt schon die in meinem Handbuch zitierte Auffassung der Finanzbehörde einer Richtigstellung. Entsprechend der Auffassung, die ich hinsichtlich der Auskunftserteilung an Pri-

vatkrankenkassen auf S. 106 meines Handbuches vertreten habe, muß sich jeder Arzt bewußt sein, daß er mit Herausgabe der Karteikarte die ärztliche Schweigepflicht verletzt.
Dr. D. Brück, Rodenberg, Bez. Hann.

FAKULTÄT

München: Die Medizinische Fakultät der Universität München hat Herrn Prof. Dr. Wolfgang Laves, bisher Dekan der med. Fakultät, (Direktor des Gerichtlich-med. Instituts) erneut zum Dekan für das Jahr 1951/52 gewählt.

Dozentenernennungen:

Herr Dr. med. Johannes Cramer (Assistent der 1. Med. Univ.-Klinik München) wurde mit M. E. Nr. V 50137 v. 10. 8. 1951 zum Privatdozenten für Innere Medizin ernannt.

Herr apl. Professor Dr. Friedrich Diehl wurde mit M. E. Nr. V 44612 v. 2. 8. 1951 erneut als Privatdozent für Innere Medizin in die Med. Fakultät d. Univ. München aufgenommen.

Herr Priv.-Dozent Dr. Paul Jordan (Oberassistent an der Dermatolog. Univ.-Klinik München) wurde mit M. E. Nr. V 43711 vom 2. 8. 1951 von d. Univ. Hamburg nach München für das Fach der Haut- und Geschlechtskrankheiten umhabilitiert.

Geburtstage:

Herr Dr. phil. Dr. med. Traugott Baumgärtel, Honorarprofessor für Innere Medizin a. d. Univ. München, beging am 7. 9. 1951 seinen 60. Geburtstag.

Herr Prof. Dr. Max Lebsche (ord. Prof. f. Chirurgie und Chefarzt d. Maria-Theresia-Klinik München) begeht am 11. 9. 1951 seinen 65. Geburtstag.

PERSONALIA

Dr. med. Otto Helmuth Robert v. Holbeck 80 Jahre alt

Als nach dem Ende des 1. Weltkrieges viele deutsch-russische und baltische Gelehrte und Schriftsteller aus politischen Gründen ihre russische Heimat verließen und nach Deutschland kamen, war unter ihnen auch unser Kollege Dr. v. Holbeck, welcher im April 1920 nach Berlin übersiedelte und wegen seiner wissenschaftlichen Arbeiten die deutsche ärztliche Approbation erhielt. Er, der am 29. Juni 80 Jahre alt wurde, lebt heute im Ruhestand in Landshut. Da ich ihm seinerzeit auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge nähergetreten bin und auch jetzt ihn öfters gesehen habe, weiß ich einiges über ihn zu sagen und will anlässlich seines 80. Geburtstages davon berichten. Holbeck hat ein, man kann sagen, buntes, abwechslungsreiches Leben hinter sich. In Wotkinsk im russischen Gouvernement Wjatka als Sohn eines Arztes geboren, besuchte er Schule und Gymnasium in Dorpat und Tiflis, studierte in Dorpat Medizin und erhielt 1898 dort die ärztliche Approbation. Dann Assistent der chirurgischen Abteilung des Rigaer Krankenhauses unter Dr. Adolf von Bergmann, machte er mit dem russischen Roten Kreuz den Burenkrieg mit, später 1904/05 den Russisch-japanischen Krieg unter dem bekannten Chirurgen Prof. Werner Zoege v. Manteuffel, dem letzten deutschen Professor der Chirurgie in Dorpat vor dem 1. Weltkrieg. Bei ihm arbeitete er von 1908 ab als Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik und habilitierte sich dort 1912. Auch am 1. Weltkrieg nahm er zuerst unter Zoege von Manteuffel, später als Chef des Medizinalwesens des russischen Roten Kreuzes teil, um 1918 Chefarzt der Medizinalabteilung des Oberstabes der baltischen Landwehr in Riga zu werden, bis diese 1920 aufgelöst wurde. In diesen Jahren suchte er wiederholt Berlin, Paris und Bern zu wissenschaftlicher Fortbildung auf. Als die Verhältnisse im Baltikum unhaltbar geworden waren, kam er dann 1920 nach Deutschland. 1924 wurde er Geschäftsführer der „Vereinigung der freien privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands“, der später als sog. „5. Wohlfahrtsverband“ bzw. als „Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband“ unter dem Vorsitz von Prof. Leo Langstein, dem Direktor des Kaiserin-

* Besprochen im B.A.Bl. Nr. 4/51.

Auguste-Viktoria-Hauses eine allgemein anerkannte segensreiche Tätigkeit ausübte. Holbeck war Geschäftsführer und Vorstandsmitglied auch dieses Verbandes, bis derselbe 1934 aufgelöst wurde. Dann übernahm er die Geschäftsführung des „Reichsverbandes der freien gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands“, welcher unter dem Vorsitz des Präsidenten des Zentralausschusses der Inneren Mission, Pastor Constantin Frick, Bremen, stand. Und 1937 wurde er Vorstands- und Beiratsmitglied der neugegründeten „Deutschen Krankenhausgesellschaft“.

Diese Daten seines Lebens zeigen einen Arzt, der nach seiner wissenschaftlichen Arbeit seiner Jugend, als er die Heimat aufgeben mußte, in der Sorge einer gemeinnützigen Verbandsarbeit völlig aufging. Hier trafen sich auch unsere Wege, als ich als Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge mit ihm oft in Sitzungen zusammenkam, die er in seiner vornehmen, objektiven und sachlichen Art leitete. Diese seine Wesensart können ihm die Geistlichen der Inneren Mission und der Caritas, welche in der Krüppelfürsorge an dieser Arbeit beteiligt waren, bezeugen.

Wenn ich die stattliche Reihe seiner wissenschaftlichen Arbeiten durchsehe, so fällt vor allem seine Doktordissertation über die Schußverletzungen des Schädels auf, die 500 Seiten umfaßt und die meisten heutigen Doktorarbeiten weit hinter sich und unter sich läßt. Die späteren Arbeiten in Deutschland behandeln vor allem Fragen der Wohlfahrtspflege. Aber einer Arbeit will ich noch besonders gedenken, einer historischen über Dorpat und seinen großen Lehrer Zoege von Manteuffel im „Chirurg“ 1942, H. 10, in welcher er die große kulturelle Vergangenheit Dorpats hervorhebt und der großen Männer gedenkt, die dort gewirkt haben, Karl Ernst von Baer, Viktor Hehn, Ernst von Bergmann, um nur einige zu nennen, die durch ihre Leistung der Welt angehören.

Ich wünsche Dr. v. Holbeck in seinem Retiro in Lands- hut noch gute Jahre, in denen er sein an Eindrücken und Erlebnissen und Erfolgen reiches Leben überdenken mag. Er darf gewiß sein, daß er in Deutschland Freunde gewonnen hat, die ihm heute mit ihren Wünschen zu seinem Ehrentag nahen.

G. Hohmann, München.

Am 20. 8. 51 feierte Herr Obermedizinalrat Dr. Alfred Brodführer, Bezirksarzt a.D., in Neuhaus am Schliersee seinen 80. Geburtstag. Er wurde wegen seiner Verdienste um die Entwicklung des Kurortes Schliersee zum Ehrenbürger der Marktgemeinde Schliersee ernannt.

Dr. Philipp Koch, Bamberg, feierte am 1. 8. 51 sein 50jähriges Arztjubiläum.

Herr San.-Rat Dr. Wilhelm Riegel feierte am 8. 9. in Dietmannsried/Allgäu das Fest seiner goldenen Hochzeit. Wohl als einer der ältesten Kollegen (geboren am 10. 3. 1862) hat er bis zu seinem durch Bombenzerstörung erzwungenen Wegzug von Nürnberg über 50 Jahre lang seine augenärztliche Praxis ausgeübt und als Mitglied und Ehrenmitglied einer Reihe ärztlicher Vereinigungen lebhaft am Standesleben teilgenommen. Besonders verdient hat er sich um den Aufbau der Nürnberger Poliklinik gemacht. Die Landesärztekammer hat dem Jubilar ihre Glückwünsche ausgesprochen.

Dr. med. C. H. Wedekind feierte am 21. 7. seinen 70. Geburtstag und sein 40jähriges Badearztjubiläum. Durch zahlreiche Arbeiten und Bücher über die Kissinger Mineralquellen und deren Heilanzeigen wie durch die Wiederherausgabe der Kissinger Diätformen hat er sich für das Bayer. Staatsbad Kissingen große Verdienste erworben. Als Vorsitzender des von ihm ins Leben gerufenen Vereins der Kissinger Badeärzte, wie als Mitglied des erweiterten Vorstandes des Verbandes deutscher Badeärzte und des Ausschusses für Diät der Abteilung Bäderwissenschaft vertritt er mit größter Energie die Interessen der Badeärzte auf Kongressen und Tagungen.

In Greding, Mfr., begeht am 24. 9. 51 Herr San.-Rat Dr. med. Hans Wolf seinen 82. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Geheimrat Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch †

Geheimrat Prof. Dr. Ferdinand Sauerbruch ist am 1. Juli 1951, einen Tag vor Vollendung seines 76. Lebensjahres, verschieden. Er war eine der markantesten, wenn nicht die markanteste deutsche Arztpersönlichkeit.

Zu Elberfeld geboren, kam er zu Beginn des Jahrhunderts an die Mikuliez-Klinik und bald nach seinem Eintritt beschäftigte er sich schon mit der vielleicht wichtigsten Frage der Thoraxchirurgie, nämlich mit dem Druckdifferenzproblem bei Operationen im Brustraum. Sein weiterer Aufstieg führte ihn über Greifswald und Marburg schon in jungen Jahren als Nachfolger Krönleins an die Chirurg. Univ.-Klinik von Zürich und im Jahre 1918 wurde er Nachfolger von Angerer in München. Seine Tätigkeit als chirurgischer Lehrer während seines 10jährigen Wirkens an der Chirurgischen Klinik in München lebt in der Erinnerung einer großen Anzahl bayerischer Ärzte fort. Im Jahre 1928 ging er dann an die Charité, wo er bis zum Ende seiner akademischen Tätigkeit wirkte.

Nach anfänglich großen Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des Druckdifferenzproblems gelang es ihm doch mit seiner Unterdruckkammer die Frage wenigstens im Prinzip zu lösen. Das Unterdruckverfahren wich später mehr und mehr dem Überdruckverfahren und wurde so — wie eben erwähnt — zur Grundlage der ganzen Thoraxchirurgie. Selbstverständlich wurden auch von anderen deutschen und ebenso von ausländischen Chirurgen ganz wichtige Verbesserungen gemacht und somit ein Verfahren geschaffen, das heute ein relativ gefahrloses Operieren im Brustraum ermöglicht. Das allein war eine grundlegende Lösung. Seine extrapleurale Thorakoplastik zur Behandlung gewisser Formen von pulmonärer Tuberkulose hatte gewiß schon einige Vorgänger, aber immerhin: der erste Versuch einer systematischen Einengungstherapie im größeren Stil war doch sein Verdienst. Auf dieser Basis konnten dann weitere Vervollkommnungen von anderen Chirurgen weiter ausgebaut werden. Sehr bald folgten dann die Eingriffe an den endothoracischen Organen, so daß heute die Lungenchirurgie ein sehr beachtliches Ganzes darstellt. Es ist bestimmt nicht zuviel gesagt, wenn man Sauerbruch als den „Vater der Lungenchirurgie“ bezeichnet. Sein grundlegendes Buch „Die Chirurgie der Brustorgane“ kann als das Standardwerk der Thoraxchirurgie bezeichnet werden. Ohne seine Arbeit und ohne seine Initiative wäre die Thoraxchirurgie — wie schon erwähnt — sicherlich nicht das, was sie heute ist.

Auch auf anderen Gebieten hat Sauerbruch grundsätzlich Wesentliches geleistet. Ich erwähne nur seine Arbeit auf dem Gebiete der Amputationsstumpfausnützung mit Verwertung der Muskelstumpfreise als Kraftquelle für die Bewegung der von ihm ausgebauten Prothesen speziell am Unter- und auch am Oberarm. Wenn auch der ursprüngliche Gedanke nicht von ihm stammt, so hat er durch intensive und mühevoll Detailarbeit aus der Methode erst etwas Wirkliches und Brauchbares gemacht. Der „Sauerbrucharm“ allein bedeutete zweifellos eine Großtat.

Eine weitere Großtat war auch das „Umkipppverfahren“ bei Verlust des Oberschenkelknochens, indem er den Unterschenkel nach oben kippte und so einen brauchbaren Oberschenkelersatz lieferte. Dadurch wurde dem Chirurgen eben doch die Möglichkeit gegeben, die Exartikulation in der Hüfte mit all ihren schweren Folgen zu umgehen und dem Patienten wenigstens praktisch einen neuen Oberschenkel zu liefern.

Man hört so oft: Sauerbruch hat ja nicht so viele originelle Ideen gehabt, das ist aber gar nicht richtig; ich weise nur auf die eingangs erwähnte Großtat des Druckdifferenzverfahrens hin. Außerdem ist das Umkipppverfahren zweifellos eine äußerst originelle Idee. Im übrigen muß man doch fragen: Ist es denn nicht auch ein ganz großes Verdienst, daß er aus einer damals obskuren Idee die Schaffung von Muskelkanälen und Herstellung der eigenen Prothesen zu einem brauchbaren System ausgearbeitet hat?

In Sauerbruch aber nur den reinen Chirurgen zu sehen, hieße seiner Gesamtpersönlichkeit nicht gerecht werden. Was Sauerbruch als eindrucksvoller Lehrer gerade

mit seiner impulsiven, mitreißenden Art geleistet hat, lebt ja, wie schon erwähnt, in der Erinnerung Tausender seiner Hörer weiter. Sein großes Verdienst ist auch zweifellos, daß er es verstanden hat Schule zu machen. Sind doch aus seinem Schülerkreis hochbedeutende Chirurgen hervorgegangen, ich nenne allein vier Ordinarii: Brunner-Zürich, Frey, Lebsche und Felix. Eine große Reihe aus Sauerbruchs Schule hervorgegangener vorzüglicher Leiter von großen chirurgischen Krankenhäusern darf dabei keinesfalls vergessen werden.

Ein so origineller, von sprühendem Temperament durchpulster Mensch hatte etwas Hin- und Mitreißendes. Man konnte sich seiner Persönlichkeit schwer entziehen. Im Grunde gutherzig und hilfsbereit, fehlte es bei seinem Temperament natürlich auch nicht an einigen Schatten bei so viel strahlendem Licht, wie dies eben bei temperamentvollen Menschen häufig der Fall ist. Es ist ein merkwürdiger menschlicher Fehler, daß — wenn wir oft kleinere Fehler anderer sehen — wir den ganzen Menschen in seiner Leistung über Gebühr heruntersetzen. So wenige Menschen vermögen bei der Bewertung von Persönlichkeiten sich den Satz zu eigen zu machen: Nehmt alles nur in allem! Solch große Geister dürfen eben nicht mit einer Einheitsmaßlatte gemessen werden. Für Sauerbruch gilt dasselbe, was Michelangelo auf einen Vorhalt, warum er denn so oft aus der Reihe tanze, gesagt hat:

„Reiß' aus der Glut mich, und von ihr getrennt
Muß in des Lebens Bächen ich verderben!“

Ich nähr' mich mehr von dem, was glüht und brennt
Und leb' von dem, an dem die andern sterben.“

Über Sauerbruchs letzte Monate fielen schwere Schatten. Krankheit und sogar manche materielle Sorgen klopften auch an seiner Lebensstüre. Im Bilde der Erinnerung lebt Sauerbruch zweifellos als einer der größten deutschen Chirurgen weiter.

C. Schindler

Professor Dr. Fritz Brunner †

Am 9. Juni 1951 verschied nach längerem Leiden der Chef der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses München-Nymphenburg: Professor Dr. Fritz Brunner.

Nach einer langjährigen gediegenen Ausbildung bei Professor Dr. Amann kam er schon im Jahre 1908 als beratender Gynäkologe an das alte Nymphenburger Krankenhaus. Nach dem Bau des heute stehenden Krankenhauses übernahm er die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung im Jahre 1912, die er bis an sein Lebensende führte. Brunner war ein ausgezeichnete Gynäkologe und Geburtshelfer, ein glänzender Operateur, ferner, was ebenso wichtig ist, ein hervorragender Arzt, nicht nur nach der technischen, sondern namentlich nach der menschlichen Seite hin. Wie man es oft bei technisch glänzend begabten Menschen findet, war er aber alles andere eher als ein „Allesoperateur!“ Nutzlose Operationen waren ihm ein Greuel, aber nicht nur die Operationen, sondern auch die Operateure, die solche überflüssige Eingriffe vornehmen! Sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Gynäkologie konnten sich seine Resultate mit den besten Statistiken anderer Kliniken ruhig messen. Für die Sauberkeit des ärztlichen Gebahrens seiner Standesgenossen hat er sich stets, ich möchte fast sagen, leidenschaftlich eingesetzt. Jahrelang war er in der KVB Überprüfer der Kassenlisten seiner Fachkollegen.

Was ihn ganz besonders auszeichnete, waren seine hervorragenden menschlichen Qualitäten! Man wird wohl selten einen von seinen Patientinnen so hochgeschätzten Arzt finden, wie dies bei Brunner der Fall war. Er hat es nicht nur verstanden die körperlichen Leiden seiner Kranken zu behandeln, sondern er war ihnen auch in ihren seelischen Nöten ein führender Helfer. So ist es auch verständlich, daß sein Heimgang wohl von allen seinen früheren Patientinnen aufs allertiefste bedauert wird.

Besonders erwähnen möchte ich noch die stets vorbildliche Zusammenarbeit mit den übrigen Abteilungen unserer Krankenanstalt. Er hatte auch das größte Interesse an der Schwesternaus- und namentlich an der Schwesternfortbildung. Das Krankenhaus Nymphenburg verliert

in ihm nicht nur einen ausgezeichneten, hochgeachteten Arzt, sondern auch einen selten herzwarmeren, gütigen und liebenswerten Menschen.

C. Schindler

Dr. Valentin Müller †

Im Juli 1951 ist Dr. med. Valentin Müller, Eichstätt, einem plötzlich auftretenden und rasch zum Tode führenden Leiden erlegen. Dr. Müller hat sich in zwei Kriegen und im Frieden als besonders tüchtiger und bis zur Selbstaufopferung sich für seine Kranken einsetzender und von hoher ethischer Berufsauffassung getragener Arzt bewiesen und ist nach mehrjähriger Tätigkeit in Pittnig und Eichstätt bald zum gesuchtesten Arzt geworden. Dort hat er auch als ärztlicher Leiter der St. Lukasgilde die katholischen und auch sonstigen gleich interessierten Ärzte um sich zu sammeln verstanden und so zu einer Vertiefung des Berufsethos der ihm folgenden Kollegen wesentlich beigetragen. Die Krönung fand sein von echter christlicher Nächstenliebe beseeltes Wirken in der Rettung von Assisi im letzten Krieg, was ihn durch die Verleihung des Ehrenbürgerrechtes von Assisi in aller Welt bekanntgemacht hat. Er hat durch diese Tat einen wesentlichen Beitrag zur Wiedergewinnung des Ansehens deutschen Arztturns in der Welt geleistet. Sein Andenken wird unter den Ärzten Südfrankens unvergessen bleiben.

Doerfler-Weißenburg

Am 18. 8. 1951 starb in Heidelberg in der chirurgischen Klinik **Dr. Emil Lochbrunner**, Arzt und Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde in Lindau (B) im Alter von 43 Jahren an den Metastasen eines schweren Leidens.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Ärztliche Fortbildung in Bayern im Auftrage der Bayer Landesärztekammer

Einladung

zur 6. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“

am 10./11. November 1951 im Ludwigsbau in Augsburg
Kursleitung: Professor Dr. Albert Schretzenmayr.

Thema: Krankheiten des Blutes einschl. Thrombose und Embolie.

Programm

Blut als Organ (Prof. Hittmair-Innsbruck).
Erkrankung und Behandlung d. Anaemien (Prof. Heilmeyer-Freiburg).
Die Knochenmarks-Insuffizienz und Agranulocytose (Prof. Schulten-Köln).
Bluterkrankungen im Kindesalter einschließlich der Blutungsübel. Klinik u. Therapie der Haemoblastosen (Prof. Robr-Zürich).
Leitsymptome: Milztumor, Drüenschwellungen — a) Differential-Diagnose des Milztumors (Prof. Möschlin-Zürich) — b) Differential-Diagnose u. Therapie der Drüenschwellungen einschl. der diagnostischen Drüsenpunktion (Prof. Wachsmuth-Würzburg) — c) Tularämie (Prof. Sonnenschein-Würzburg).
Das Differential-Blutbild als diagnostisches Hilfsmittel (Prof. Fleischhacker-Wien).
Nervöse u. humorale Regulierung d. Blutbildung und ihre Störungen.
Haut- und Schleimbautsymptome b. Erkrankungen des haematopetischen Systems (Privatdozent Dr. Storck-Zürich).
Die Bluttransfusion in Klinik und Praxis (Prof. Maurer-München).
Prophylaxe und Behandlung d. Thrombose u. Embolie in der Praxis
Die neuen Therapeutica bei den Blutkrankheiten — ihre Anwendung und ihre Gefahren.

Am Samstag, 10. 11. 1951, nachmittags finden klinische Visiten, Demonstrationen und Colloquien in allen Krankenhäusern Augsburgs statt.

Programm folgt in der Oktobernummer.

Im Tagungslokal Ludwigsbau wird eine Ausstellung von Fachbüchern, Heilmitteln, ärztlichen Instrumenten und Geräten gezeigt.

Gesellschaftliche Veranstaltungen wie bei den früheren Tagungen. Anmeldung kann schon jetzt erfolgen mittels Postkarte an den Arztl. Bezirksverein Augsburg, Augsburg, Schüzlerstraße 19.

Quartierbestellung kann schon jetzt erfolgen beim Verkehrsverein Augsburg, Halderstraße 3.

Auf Wunsch steht eine Reihe von Betten in Kliniken unentgeltlich zur Verfügung.

Die Kursgebühr beträgt DM 5.—. Von Ärzten ohne Einkommen wird auf Antrag keine Gebühr erhoben.

Fahrpreisermäßigung: Die Bundesbahn hat endgültig die Ausgabe von Schülerückfahrkarten abgelehnt. Für die Rückfahrt wird ein Mitfahrdienst bei Kollegen mit Auto organisiert. Für die Anreise wird über die Knsrfeitung sowie nach Möglichkeit auch über die Bezirksvereine ein Mitfahrdienst eingerichtet. Die Kollegen, die keinen Wagen haben, werden gebeten, sich mit der Kursleitung (Ärztlicher Bezirksverein Augsburg, Augsburg, Schüzlerstraße 19) rechtzeitig in Verbindung zu setzen, die je nach Eingang der Meldungen versuchen wird, einen Autoplatz zu besorgen. Auch die Bezirksvereine wurden gebeten, solche Vermittlungen zu besorgen, wenn Kollegen sich an diese wenden.

Alle sonstigen Anfragen an das Sekretariat des Ärztlichen Bezirksvereins Augsburg, Augsburg, Schüzlerstraße 19.

Studiengesellschaft für praktische Psychologie

Vorankündigung: Vom 19. bis 21. Oktober 1951 findet in Bad Pyrmont die 7. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie mit dem Rahmenthema „Der soziale Kontakt und seine Pflege“ statt. Wie auf früheren Tagungen, werden Vertreter der verschiedenen Disziplinen sprechen, um die praktische Psychologie der Arbeit aller Fakultäten nutzbar zu machen.

Anfragen und Anmeldungen: Sanatorium Dr. Wolff, Bad Pyrmont, Schloßplatz 1, Tel. 10 30.

RUNDSCHAU

Das erste ohne Klassenunterschiede geführte Krankenhaus im Gebiet der Bundesrepublik befindet sich laut „Bayer. Staatszeitung“ in Schillingfürst bei Rothenburg. Diese Neuordnung am genannten Kreiskrankenhaus ist bereits seit mehreren Jahren in den sowjetisch besetzten Ländern eingeführt.

Der Wiederaufbau der Münchener Kliniken ist weitgehend von einer Einigung in der Frage der „Krankenhausstiftung links der Isar“ abhängig. Der Leiter der Baukommission der Universität, Professor Maucher, gab in der „Bayer. Staatszeitung“ einen Überblick über das Problem:

„Innerhalb der Planung für den Wiederaufbau der sieben Fakultäten der Universität München nimmt die medizinische Fakultät eine Sonderstellung ein. Diese Sonderstellung ist durch zwei Umstände bedingt: Einmal dadurch, daß zu den für alle Fakultäten normalen Aufgaben der wissenschaftlichen Forschung und Lehre noch die ärztliche Betreuung der Kranken kommt, der Professor also seine wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht nur den Studenten und der Fachwelt vermitteln, sondern sie als Leiter eines großen Krankenhauses selbst in die Praxis umsetzen muß. Zum anderen aber durch die besonders gelagerten örtlichen Verhältnisse. Ein großer Teil der Universitätskliniken ist nämlich eng mit städtischen Krankenanstalten verbunden. Dies ist der Fall bei der Chirurgischen Klinik und bei den beiden großen Universitätsinstituten für innere Medizin, die mit dem Krankenhaus links der Isar in einer nicht immer glücklichen Symbiose leben, einer Symbiose, die ihre geschichtliche Ursache in einer Stiftung des bayerischen Königshauses hat.

„Die Krankenhausstiftung links der Isar“, von König Max I. der Stadt München verliehen, umfaßt den größten Teil des Geländes zwischen Sendlinger-Tor-Platz — Lindwurmstraße — Goetheplatz — Nußbaumstraße. Der Gründungszweck bestimmt dieses Gelände ausschließlich für den Bau von Krankenhäusern unter möglichster Beibehaltung der Grünanlagen. Seit der Verlegung der Ludwig-Maximilians-Universität von Landshut nach München durch König Ludwig I. stehen die Universitätskliniken auf dem Stiftungsgelände zusammen mit städtischen Krankenhäusern. Mit dem Größerwerden der Stadt München, dem Wachsen der Universität und der Zunahme der sozialen Aufgaben von Stadt und Staat mehrten sich auch die Schwierig-

keiten, die in der halb staatlichen, halb städtischen Verwaltung der Kliniken begründet liegen. Die Zustände in den zum Teil über hundert Jahre alten Krankenhäusern konnten schon lange den neuzeitlichen Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Die Bomben des letzten Krieges haben dafür gesorgt, daß dieser untragbare Zustand nicht mehr durch ständiges Flickwerk verweigert werden kann, da große Teile der Bauten zerstört sind und damit ihr Neubau notwendig geworden ist.

Wer aber soll bauen, die Stadt oder der Staat? Beide sind sich darüber klar, daß nur eine einheitliche, großzügige Planung eine wirtschaftliche und zweckmäßige Lösung des Problems „städtische Krankenhäuser — Universitätskliniken“ ermöglicht. Die Verhandlungen darüber sind längst im Gang. Die Stadt ist bereit, gegen eine entsprechende Entschädigung das Stiftungsgelände unter Wahrung des Stiftungszweckes dem Staat zur Nutzung für die Universitätskliniken zu überlassen. Die Universität würde diese Lösung begrüßen. Das Universitätsbauamt hat den Entwurf für die Neubebauung, die etwa 22 Millionen kosten würde und ohne Störung des Klinikbetriebes, je nach den verfügbaren Mitteln, in fünf bis zehn Jahren durchgeführt werden könnte, ausgearbeitet. Aber wie hoch ist die „entsprechende“ Entschädigung, die die Stadt erhalten müßte? Hier ist der schwierigste Punkt des Problems, über den sich Stadt und Staat einigen müßten. Solange diese Einigung nicht erzielt ist, wird im Gebiete der Krankenhausstiftung der jetzige trostlos unwürdige Zustand erhalten bleiben, zum Nachteil der Kranken, zum Schaden des ärztlichen Nachwuchses, zur Schmach Münchens und seiner Universität.

Neben den schon bestehenden Schwierigkeiten ist neuerdings eine weitere wieder aufgelebt. Im Jahre 1940 hat die Stadt München der evangelischen Kirchengemeinde St. Matthäus für den Neubau der in der Sonnenstraße abgebrochenen Kirche einen Bauplatz in den Grünanlagen der Krankenhausstiftungen am Sendlinger-Tor-Platz zugesagt. Sie hat damit zu dem an der Kirchengemeinde begangenen Unrecht noch den Grund für ein weiteres gelegt, da sie versuchte, Stiftungsgelände, entgegen den ihr als Stiftungsinhaberin auferlegten treuhänderischen Pflichten, seinem Zweck zu entfremden und so fremden Grund zur Begleichung einer städtischen Schuld zu benutzen. Es ist zu hoffen, daß dieser von der nationalsozialistischen Stadtverwaltung geplante Rechtsbruch heute nicht durch Stadt und städtische Aufsichtsbehörde legalisiert wird. Auch vom rein städtebaulichen Gesichtspunkt aus wäre die Zerstörung und Bebauung einer Grünanlage, ausgerechnet im Klinikviertel, nicht zu verantworten.

Hoffen wir, daß die maßgebenden Stellen in Stadt und Staat dieses für München und seine Stellung als Landeshauptstadt dringende Problem in gemeinsamer, sachlicher Zielsetzung bald glücklich lösen werden. Der Bau der Universitätskliniken, die allein in der Chirurgischen und in den Inneren Kliniken 1200 Krankenhöten umfassen, ist keine Aufgabe der Universität allein, die sie mit ihren kleinen Banmitteln nie wird beginnen können. Es ist eine soziale Aufgabe des Staates, die ebenso wichtig und ernst zu nehmen ist, wie der soziale Wohnungsbau und die Beseitigung der Flüchtlingsnot.“

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 der 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 AMA für das beste Argument gegen die Verfechter der sozialisierten Medizin gehalten.

AMTLICHES

Zulassungen im Arztregisterbezirk Oberfranken

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

Coburg (Stadtgebiet)	1 Facharzt für Augenkrankheiten
Ldkr. Wunsiedel: Marktredwitz	1 Facharzt für Kinderkrankheiten.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß beim Arztregisterbezirk Oberfranken bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksstelle Oberfranken, Bayreuth, Bahn-

hofstr. 16/III, zu richten. Dort sind auch Bewerbungsformulare erhältlich.

Letzter Termin für die Bewerbung: 10. 10. 1951.

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

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

Stellenausschreibung für den landgerichtsärztlichen Dienst

Die Arztstellen für den landgerichtsärztlichen Dienst an den Staatlichen Gesundheitsämtern Nürnberg-Land (Landgerichtsarzt beim Landgericht Nürnberg) und Neustadt a. d. Waldnaab (Landgerichtsarzt beim Landgericht

Weiden) sind neu zu besetzen. Nachzuweisen sind besondere Erfahrungen in gerichtlicher Medizin und Psychiatrie. Die Bewerbungsgesuche sind bis spätestens 10. Oktober 1951 an das Bayer. Staatsministerium des Innern, Gesundheitsabteilung, München, Briener Str. 55, einzureichen. Die Anstellung erfolgt nach Verg.Gr. 111 der TO.A. Bei Geeignetheit ist sofortige Übernahme in das Beamtenverhältnis der Bes.Gr. A 2 c 2 möglich. Mitteilung an die Bewerber ergeht nur bei Einstellung.

I. A. Vetter, Ministerialrat

Steuerprüfung und ärztliche Schweigepflicht

In der Auseinandersetzung zwischen der Ärzteschaft und den Behörden um die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses hat die Bayer. Landesärztekammer unterm 20. 6. 51 das nachfolgende Schreiben an das Bayer. Staatsministerium der Finanzen gerichtet, das wir gleichzeitig mit der Antwort des Finanzministeriums vom 31. 7. 51 nachstehend veröffentlichen:

An das 20. 6. 51
Dr. Si/We.

Bayer. Staatsministerium der Finanzen
München, Ludwigstraße.

Betr.: Steuerprüfung und ärztliche Schweigepflicht.

In dem über die Frage der Zulässigkeit einer Einsichtnahme der Finanzbehörde in die Patientenkartei der Ärzte und in sonstige Aufzeichnungen entstandenen Streit zwischen der Ärzteschaft und den Finanzbehörden konnte auf dem Verhandlungswege eine Einigung bisher nicht erzielt werden, so daß die Finanzbehörden nunmehr beschlossen haben, eine Entscheidung des Bundesfinanzhofes herbeizuführen. Dem in den letzten Verhandlungen der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern mit den Vertretern der Länderfinanzministerien von ärztlicher Seite vorgetragenen und von der Gegenseite anerkannten Wünsche entsprechend, bittet die Bayer. Landesärztekammer das Bayer. Staatsministerium der Finanzen, die Finanzämter anzuweisen, daß ihre Beauftragten bis zur höchstrichterlichen Entscheidung bei der Einsichtnahme in die Patientenkartei von Ärzten die gebotene Zurückhaltung beachten.

gez. Dr. Weiler

An die Bayer. Landesärztekammer
München 22,
Königinstr. 23

Betr.: Einsichtnahme in die Patientenkartei der Ärzte

Auf Ihr Schreiben vom 20. 6. 1951 Dr. Si/We.

Ich habe die Oberfinanzdirektionen angewiesen, bis zu einer neuen höchstrichterlichen Entscheidung der Frage nach den vom Reichsfinanzhof in ständiger Rechtsprechung (vgl. RStBl. 1928 S. 65, S. 191, RStBl. 1930 S. 50) entwickelten Grundsätzen zu verfahren. Danach sind die Finanzämter in den Grenzen, die durch Ermessensentscheidungen gezogen sind (§ 2 Abs. 1 und 2 StAnpG), befugt, zu verlangen, daß ihnen im Steuerermittlungsverfahren und bei steueraufsichtlichen Maßnahmen gegen Ärzte Einsicht in die Patientenkartei und in ähnliche Unterlagen gewährt wird.

Um Mißgriffe möglichst zu vermeiden, habe ich die nachgeordneten Dienststellen ferner angewiesen, folgende Anordnungen zu beachten:

1. Die Einsicht in die Patientenkartei hat grundsätzlich in Gegenwart des Arztes zu erfolgen. Sie wird auf Stichproben beschränkt, deren Auswahl — auch nach der Zahl — dem Betriebsprüfer überlassen bleibt. Ergeben die Stichproben Anhaltspunkte für den Verdacht eines Steuervergehens, so wird der Betriebsprüfer die Patientenkartei weiter als Prüfungsgrundlage heranziehen.

2. Betriebsprüfungen bei Ärzten werden nach Möglichkeit von Fachprüfern durchgeführt. Bei der Auswahl dieser Betriebsprüfer sind nicht nur die fachlichen Kenntnisse, sondern auch die persönliche und charakterliche Eignung zu berücksichtigen. Fachärzte, bei denen ein besonderes Bedürfnis für die Geheimhaltung der Namen der Patienten oder der behandelten Krankheit besteht (z. B. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Psychiater) müssen von besonders ausgebildeten ortsfremden Betriebsprüfern geprüft werden.
gez. Zietsch, Staatsminister

Mitteilungen in Strafverfahren gegen Ärzte

Einer Anregung aus Ärztekreisen folgend, sprach der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Senator Dr. Karl Weiler, bei dem Bayer. Staatsminister der Justiz, Herrn Dr. Josef Müller, vor und bat ihn zu veranlassen, daß der Bayer. Landesärztekammer von Strafverfahren gegen Ärzte zeitgerecht Mitteilung gemacht werde. Der diesem Vorgang entsprechende Erlaß des Bayer. Staatsministeriums der Justiz wird nachstehend bekanntgegeben:

„Betrifft: Mitteilungen in Strafsachen gegen Ärzte.“

In Strafverfahren gegen Ärzte sind bei Verbrechen und Vergehen die Einleitung des Verfahrens, die Erhebung der öffentlichen Klage und der Ausgang des Verfahrens der Bayer. Landesärztekammer in München, Königinstr. 23, mitzuteilen.

Die nach §§ 26, 21 der Mitteilungen in Strafsachen (A. V. des RJM vom 21. 5. 1935) bestehende Mitteilungspflicht an den Regierungspräsidenten wird dadurch nicht berührt.

i. A. gez. Walther, Ministerialdirektor.“

Verordnung über die Abgabe von Antibiotika, deren Abkömmlinge und Salze, sowie deren Zubereitungen in Apotheken vom 14. August

(BGVBl. Nr. 20/51, v. 31. 8. 51)

Auf Grund des § 367 Abs. 1 Ziff. 3 und 5 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich und des Art. 2 Ziff. 8 und 9 des Bayer. Polizeistrafgesetzbuches wird bestimmt:

§ 1

(1) Nachstehende Antibiotika, deren Abkömmlinge und Salze sowie die Zubereitungen dieser Stoffe dürfen nur in Apotheken abgegeben werden:

Penicilline, Streptomycin, Chloramphenicol (Chloromycetin), Areomycin, Terramycin.

(2) Soweit diese Stoffe zur Injektion bestimmt sind, darf deren Abgabe nur auf jedesmal erneute schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung (Rezept) eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes — im letzteren Falle jedoch nur zum Gebrauch in der Tierheilkunde — erfolgen.

§ 2

(1) Diese Verordnung tritt am Tage ihrer Verkündung in Kraft.

(2) Die Verordnung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 9. 1. 1950 (GVBl. S. 49) tritt gleichzeitig außer Kraft.

München, den 14. August 1951.

Bayer. Staatsministerium des Innern
Dr. Wilhelm Hoegner, Staatsminister

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt folgender Firma bei: Haus Christofstal, Huber & Co., Freudenstadt/Schwarzwald.

Wir bitten unsere Leser um gefl. Beachtung!



„Bayerisches Arzteblatt“, 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. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Knauerstr. 10, Tel. 6 38 85. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellungsgebühr. Postcheckkonto München 13 900. Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 51, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.