BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 12 | München, Dezember 1951 | 6. Jahrgang

Selbstverwaltung oder Verplanung

Dr. med. Wilh. Götz, Augsburg

Die Veröffentlichungen in der Standespresse, die Vorgänge auf dem Deutschen Ärztetag in München und die Vorbereitungen der Wahlen zur KVB. haben wohl alle Ärzte damit vertraut gemacht, daß der Gesetzgeber sich damit befaßt, die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen neu zu regeln. Die Notwendigkeit hierfür erscheint gegeben. Die Art und Weise, wie das Ziel erreicht werden soll, ist bei den Ärzten umstritten. Die einen nennen die beabsichtigte Regelung eine „Verplanung" der ärztlichen Tätigkeit — wobei jedem nach seiner inneren Einstellung überlassen bleibt, darunter zu verstehen, was er will —, die anderen finden sie nicht so schlecht, daß sie sie ablehnen. Daß man aber einen Plan haben muß, wenn etwas in Ordnung gebracht werden soll, darüber sind wohl alle einig.

Wie liegen nun die Dinge auf dem Gebiete der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen; denn nur um die Regelung dieser handelt es sich bei dem neuen KV-Gesetz, und nicht etwa um die Umgestaltung der an sich verbesserungsbedürftigen Krankenversicherung.

Ausgehen muß man von der Tatsache, daß die Krankenversicherung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen seit zwei Generationen besteht. Sie ist angesichts der politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten von nicht zu überschätzender Bedeutung für den Einzelmenschen, sie mildert die sozialen Spannungen und müßte, bestünde sie nicht, aus Gründen der Staatsraison geschaffen werden. Wir alle bejahen sie in ihrem Wesen. An sich hat der Gesetzgeber die Möglichkeit, die Art der ärztlichen Betätigung innerhalb der Krankenversicherung durch eine Verbeamtung des Arztes oder durch ein irgendwie geartetes Angestelltenverhältnis bei den Versicherungsträgern oder durch die Gewährung der Selbstverwaltung zu regeln. Nach menschlichem Ermessen und der bisherigen Erfahrung ist eine ärztliche Versorgung um so besser und wirkungsvoller, je stärker die Freiwilligkeit der Leistung und die Verantwortungsbereitschaft der Beteiligten berücksichtigt wird. Diese Beurteilung und die demokratische Staatsordnung läßt eine Organisation zweckmäßig erscheinen, in der die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte, voneinander völlig unabhängig, in Zusammenarbeit am gemeinsamen Werk der Krankenversicherung ihre Beziehungen zueinander autonom regeln, wobei sich die Aufsichtsbehörde auf die Überwachung beschränkt, ob die durch gemeinsamen Beschluß vereinbarten Bestimmungen ordnungsgemäß zustandegekommen sind. Bei Nichtzustandekommen von Abmachungen hätte die Bundesregierung sich die Entscheidung selbst vorbehalten können; sie tut dies nicht, sondern überträgt die Endentscheldung und damit die Verantwortung einer Schiedsinstanz, bei der Regierung durch Schlichter, Ärzte und Krankenkassen beteiligt sind. Selbstverständlich bleiben die Grundrechte der einzelnen hievon unberührt. Daß eine solche Endentscheidung in die Hände der Ärzte allein gelegt werden würde, erwartet wohl kein vernünftiger Kollege. Diese Regelung bedeutet einen Verzicht auf den überwiegenden Einfluß der Bürokratie und ist damit begrüßenswert.

Die kassenärztliche Organisation, bisher nicht im Gesetz selbst verankert, soll nun durch das KV-Gesetz als unabhängige, eigene Säule der Selbstverwaltung, gleichberechtigt mit dem anderen Partner, dem Versicherungsträger, gesetzlich fundiert werden.

Wird nun die im Prinzip geschilderte Regelung unserer Gesamtsituation in diesem Bereich des öffentlichen Lebens gerecht. Dabei wollen wir die Frage zurückstellen, ob im einzelnen alles, was werden soll, gut ist; denn die Einzelheiten des Gesetzentwurfes sind ja in der Öffentlichkeit noch nicht bekannt.

Wie ist diese Gesamtsituation der Ärzte? Dem Arzt gegenüber steht als Partner der Block der Versicherungsträger, der infolge der großen Zahl der Erfaßten politisch bedeutenden Einfluß ausüben kann und wirtschaftlich durch die Zusammenballung der verfügbaren Mittel einen noch nie dagewesenen Machtfaktor darstellt. Die in seiner Leitung tätigen Männer ließen nie einen Zweifel darüber aufkommen, daß sie ihren Einfluß auszuüben gedenken. Eine Änderung in Bestehen oder Umfang der Krankenversicherung ist nicht zu erwarten; denn die Unsicherheit in außenpolitischen, innenpolitischen und wirtschaftlichen Verhältnissen veranlaßt immer größere Kreise unseres Volkes zu einem Streben nach Sicherheit, die sie durch kollektive Regelung auf dem Wege der Solidarität am ehesten erfüllbar sehen. Diese Entwicklung ist nicht reversibel.

Im Verhältnis zu dieser Machtzusammenballung tritt der Einfluß der Ärzteschaft auf politischem und wirtschaftlichem Gebiet zurück. Dafür ist aber ihre Tätigkeit

Aus dem Inhalt:

Götz: Selbstverwaltung oder Verplanung 181
Hofmann: Warum eine Aktivierung der KV? . . . 182
Mitteilungen 186
Personalia 191
In Memoriam 191
Kongresse und Fortbildung 191
Buchbesprechungen 192
Rundschau 192
Amtliches 193

auf dem Gebiete der Krankenversicherung von so ausschlaggebender Bedeutung, daß sie nicht übergangen werden kann. Die Möglichkeit, daß die Ärzte mittels Einzelvertrag zu einer für sie tragbaren Lösung in der kassenärztlichen Tätigkeit kommen, ist heute ausgeschlossen. Sie war früher bei Einführung der Sozialversicherung schon nicht gegeben. Eine Besserung konnte erst erzielt werden, als Hartmann die Ärzte zusammenschweißte und unter erheblichen Kämpfen über zwei Generationen hinweg das Recht der freien Arztwahl und der unabhängigen Tätigkeit des Arztes in der Sozialversicherung erkämpfte.

Aber auch eine Regelung durch Kollektivvertrag auf der Basis einer freiwilligen Organisation erscheint unmöglich angesichts der Überfüllung des ärztlichen Berufes und der hierdurch bedingten Verhältnisse.

So bleibt auch bei der Betrachtung von diesem Aspekt wieder als einzige Lösung die vom Gesetzgeber geplante, gesetzlich fundierte Selbstverwaltung unter Einschluß aller für die Krankenversicherung tätigen Ärzte übrig, um überhaupt die Ziele der Sozialversicherung möglichst weitgehend zu erreichen.

Dafür werden die Ärzte mit einer erhöhten Verantwortung belastet, der sie sich nicht entziehen dürfen. Die verantwortlichen Verwalter der Sozialversicherung weisen u. a. immer wieder darauf hin, daß die Ärzte über die wesentlichen Geldmittel der Versicherungsträger bestimmen, und verlangen eine gewisse Kontrolle über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der veranlaßten Ausgaben. Da sie den Zusammenhang zwischen Ausgaben mit der Anzahl der für die Sozialversicherung tätigen Ärzte erkannten, kam es dazu, daß sie bei der Zulassung mitwirken. An sich wäre es schöner und entspräche der von den Ärzten ursprünglich vertretenen Auffassung mehr, wenn die Zulassung nur in den Händen der Ärzte läge, auf der anderen Seite aber darf nicht übersehen werden, daß die Krankenkassen, wenn sie die Notwendigkeit weiterer Zulassung durch ihre Mitwirkung beim Zulassungsverfahren anerkannt haben, auch verpflichtet sind, daß die zugelassenen Ärzte wirtschaftlich sichergestellt werden.

Die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Honorarverteilung erstreckt sich nur auf die Aufstellung des Honorarverteilungsmaßstabes, nicht auf die Verteilung des Honorars selbst. Auch dies ist eine Konzession der Ärzte, bedeutet aber auf der anderen Seite die Notwendigkeit und Möglichkeit für die Krankenkassen, sich selbst davon zu überzeugen, daß das zu bezahlende Gesamtpauschale angesichts der nachgewiesenen Einzelleistungen unzureichend ist.

Des weiteren stellt die Regelung der Arzneimittelverschreibung, die mit dem Wort „Regelbetrag" zu kennzeichnen ist, den Versuch einer Kontrolle auf Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkassen in diesem Gebiet dar. Die derzeitige Regelung ist angesichts der Verteuerung der Arzneimittel unzureichend, kann aber im Rahmen der gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten einer vernünftigen Revision entgegengeführt werden, dabei muß die freie Auswahl unter den Arzneien, wie sie heute besteht, früher aber nicht bestand, erhalten bleiben.

Man muß sich eben im klaren sein, daß man die alte Form der ärztlichen Tätigkeit nicht in die neue Zeit retten kann, doch muß unter allen Umständen erreicht werden, daß die unerläßlichen Bedingungen echten Arzttums erhalten bleiben.

Es wäre gefährlich, wenn bei den Ärzten Vorstellungen über eine freiberufliche Betätigung entstehen, die in der heutigen Zeit nicht mehr erfüllt werden können, und deren Verfolgung und Propagierung dem Ganzen mehr schadet als nützt. Was zur Zeit not tut, ist Einigkeit der Ärzte und ruhige Überlegung, ob das, was der Gesetzgeber den Ärzten zumutet, vereinbar ist mit dem Ziele, echtes Arzttum zu erhalten. Eine Erörterung der kleineren Einzelfragen und die endgültige Stellungnahme, die das Schicksal der Ärzteschaft auf Jahre hinaus bestimmen kann, soll und muß von allen Spitzenorganisationen der Ärzte erfolgen, sobald die Möglichkeit hierzu durch Freigabe des Gesetzentwurfes für die Öffentlichkeit gegeben ist; anders war es nie beabsichtigt. Ist es so schwer für die Ärzte, hierbei eine gemeinsame Linie zu finden, ohne sie durch Propaganda zu gefährden.

Anschrift des Verfassers: Augsburg, Karolinenstraße 13.

Warum eine Aktivierung der KV?

Von Dr. med. Albin Hofmann, prakt. Arzt in Thalmässing

Im Januar-, Februar- und Märzheft 1950 des Bayerischen Ärzteblattes habe ich eine Artikelserie unter der obigen Überschrift veröffentlicht, und ich glaube, daß sich bestimmt noch eine große Anzahl der Kollegen daran erinnern wird. Inzwischen sind fast zwei Jahre vergangen, und dieses Problem ist immer noch akut, ja es hat vielleicht noch größere Bedeutung als damals.

Vor zwei Jahren forderte ich zu einer Aktivierung der KV auf: 1. zum Zwecke einer Reform der Honorarbildung und 2. für eine Reform der Honorarverteilung.

Damals habe ich mich um eine Reform der Honorarverteilung bemüht, gestützt auf kritische Überlegungen und rein sachliche Berechnungen an Hand des Zahlenmaterials der Abrechnungsstelle Mittelfrankens in Nürnberg. Ich habe dieses Problem vorweggenommen, weil es innerhalb einer Abrechnungsstelle ohne Beteiligung anderer Instanzen, wie Krankenkasse, Schiedsgericht, Verwaltung usw., zu lösen ist, obwohl es nicht so bedeutend ist wie das Problem der Honorarbildung.

I.

Und aus den gleichen Gründen will ich heute auch wieder zunächst der Honorarverteilung meine Ausführungen widmen. Für eine gerechtere Honorarverteilung habe ich einen Rahmenhonorarverteilungsmaßstab vorgeschlagen, der u. a. den bisherigen Unterschied zwischen praktischen Ärzten und einigen Fachärzten beseitigen sollte. Der inzwischen von der Landesstelle Bayern genehmigte neue Honorarverteilungsmaßstab wird dieser Forderung insofern gerecht, als er keine unterschiedliche Kopfpauschale mehr enthält. Die Abrechnung nach Einzelleistung ist die einzig gerechte Grundlage für die Kassenhonorarabrechnung, wobei keine Fachgruppe benachteiligt wird. An diesem Prinzip der Einzelabrechnung bzw. Einzelleistungsabrechnung wollen wir bei der Honorarverteilung innerhalb der KV festhalten, und dies muß unser unumstößliches Ziel für die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen sein.

Der neue Honorarverteilungsmaßstab erfüllt auch meine Forderung bezüglich Beseitigung von Spitzeneinkommen zugunsten der weniger verdienenden, teils um ihre Existenz ringenden Arztkollegen, durch Anwendung der sog. Ertragskürzung, die Sie ja alle aus Ihren Honorarverteilungsmaßstäben kennen.

Wenn auch die Anwendung der Ertragskürzung in Bayern nicht einheitlich ist und bei DM 3000.— bzw. 4000.— beginnt, so mag dies individuell begründet sein und kann jederzeit durch die Vorstandschaft bzw. Vollversammlung der Kassenärzte innerhalb einer Bezirksstelle geändert werden.

Ein zweiter Vorschlag zur Beseitigung der Spitzeneinkommen und evtl. Scheinjägerei ging dahin, eine Staffelkürzung der Grundleistungen, ähnlich dem Bayernschlüssel 400, anzuwenden. Wie ich aus dem Rundschreiben Nr. V/51 der KVB, Bezirksstelle Mittelfranken, ersehe, wird jetzt in allen bayerischen Abrechnungsstellen, mit Ausnahme der mittelfränkischen Abrechnungsstelle, der Bayernschlüssel 400 zur Anwendung gebracht. In Mittelfranken dient der Bayernschlüssel 400 lediglich als Richtlinie für die individuelle Prüfung der Grundleistungen, und zwar gleichmäßig für praktische Ärzte und Fachärzte. Er findet nur Anwendung auf solche Fälle, bei denen Grundleistungen angefallen sind. Eine Begründung, weshalb die mittelfränkische Abrechnungsstelle den Bayernschlüssel 400 als einzige Abrechnungsstelle Bayerns nicht zur Anwendung bringt, ist in dem angeführten Rundschreiben nicht enthalten.

Sollte die Ablehnung des Bayernschlüssels in Nürnberg auf einer grundsätzlichen Ablehnung jeder Staffelkürzung beruhen, dann ist nicht begreiflich, weshalb die Staffelkürzung der Wegegelder beibehalten wird. Vor zwei Jahren habe ich verlangt die Durchführung und Anwendung ein und derselben Staffelkürzung bei den Wegegeldern, Grundleistungen, Sachleistungen usw. Statt dessen hat man in Nürnberg eine inzwischen eingeführte Staffelkürzung der Grundleistungen abgeschafft, wendet den Bayernschlüssel 400 im Gegensatz zu allen bayerischen Abrechnungsstellen nicht an und behält lediglich die Staffelkürzung der Wegegebühren bei. Dies bedeutet eine einwandfreie Benachteiligung der praktischen Ärzte gegenüber den glücklicherweise weniger Wegegelder verrechnenden Fachärzten. Merkwürdigerweise bzw. bezeichnenderweise wird die Kürzung der Wegegelder in ganz Bayern nach derselben Staffelkürzung durchgeführt, wenn auch noch kleine Unterschiede dahingehend bestehen, daß manche Verrechnungsstellen eine weitere Kürzung der Wegegelder nach einer Fallzahl-Kilometer-Quote durchführen. Wenn ich abermals, und zwar schon innerhalb der KV, eine Erhöhung der Wegegelder fordere, so stelle ich diese allgemeine Forderung nicht nur für den Praktiker auf dem Lande, sondern auch für den Praktiker in der Stadt auf, der zwar weniger Kilometer fährt, diese dafür aber ohne jegliche Bezahlung fahren muß. Dabei muß man allerdings auch berücksichtigen, daß Entfernungen bis zu 2 km, wie auf dem Lande, nicht bezahlt wurden und werden. Dies ist neben der Staffelkürzung bereits die zweite Kürzung der Wegegelder. Ich darf hier noch anführen, daß die Staffelkürzung der Wegegelder bei großen Landpraxen größer ist als die 10%-Kürzung der Röntgenleistungen! Eine Staffelkürzung der Wegegelder ist auch insofern unbedründet und ungerecht, weil die Kilometer über 1000 pro Vierteljahr durchaus nicht billiger, sondern teuerer zu stehen kommen als die Kilometer unter 1000! — Weiterhin ist eine Staffelkürzung der Wegegebühren ungerecht und unberechtigt, weil die Kilometergebühren schon ohne Staffelkürzung zu niedrig angesetzt und bezahlt werden. Die Fahrzeughaltungskosten sind mehr als 100% gestiegen, und demnächst erwartet uns auch noch die Autobahnsteuer. Ich darf hier auf das Heft 8 der „Ärztlichen Mitteilungen" vom 15. April 1950 hinweisen, wo Sie eine Autobilanz mit einem Verlust von DM 1451.31 pro Jahr finden. Nach der Gebührenordnung hat der Arzt bei Landfahrten Anspruch auf

1. Ersatz der Fahrtkosten,
2. Erstattung der Zeitversäumnis.

Der Verfasser des zitierten Artikels stellt folgende zwei Tatsachen fest:

1. Die Fahrtunkosten werden von den Krankenkassen nicht bezahlt. Der Kassenarzt hat bei Besuchen von Kassenpatienten über Land einen Teil der Unkosten selbst zu zahlen.
2. Für die Zeitversäumnis erhält der Arzt entgegen der Gebührenordnung überhaupt kein Entgelt.
3. Sämtliche Ärzte des betreffenden Kreises hatten eine Auto-Unterbilanz, die mit der Größe der Praxis stieg.
4. Alle diese Bilanzen sind errechnet bei einem Benzinpreis von 40 Pfennig pro Liter. Inzwischen ist dieser Preis auf 70 Pfennig gestiegen.

Die bisherige Überbrückungshilfe in den Abkommen von Alsbach (10. 5. 1949) und von Falkenstein (9. 11. 1950) gewährt und zum 29. 6. 1951 von der Kassenärzteschaft gekündigt, war zum großen Teil mit den erhöhten Fahrzeughaltungskosten begründet, ohne daß allerdings die Wegegebühren eine Erhöhung erfahren hätten. Ganz im Gegenteil! Zu den bisher genannten Kürzungen der Wegegelder bestimmt der neue Honorarverteilungsmaßstab, daß „die Höhe der Auszahlung für die gesamten Wegegebühren einer Abrechnungsstelle den im Gesamtbetrag festgelegten Hundertsatz von 8% im Sommer bzw. 9% im Winter des gesamten RVO-Kassenhonorars nicht überschreiten darf". Dies bedeutet neuerliche Abstriche an den Wegegebühren. Eine Erhöhung der Wegegebühren lehnte man bisher u. a. auch mit der Begründung ab, daß dadurch die Auszahlungsquote absinken würde. Wenn man in Mittelfranken allerdings die Rücklage zum Honorarausgleichsfonds zur Erhöhung der Wegegebühren verwendet hätte, dann hätte man diese um 62% erhöhen können ohne Änderung der Auszahlungsquote! Das können die mittelfränkischen Kassenärzte in dem Rundschreiben V/51 der Abrechnungsstelle auf der ersten Seite überblicken.

Schließlich habe ich vor zwei Jahren eine Senkung der Verwaltungskosten gefordert. Diese betrugen bisher 2% des gesamten Kassenhonorars und wurden in dem neuen KV-Gesetz auf 3% erhöht. Wenn sich unsere Abrechnungsstelle in Nürnberg im zweiten Quartal 1951 noch mit 2% begnügt, so wird sie demnächst sicher die 3% in Abzug bringen. Zugegeben, daß in diesem Jahr bei den Einzelaufschreibungen und der weiteren Zunahme der Kassenärzte und vor allem auch wegen der Lohnerhöhungen und sonstigen Teuerung die Verwaltungskosten gestiegen sind, so sind dann aber auch die Gesamtkassenhonorare, die die Kasse an die Abrechnungsstelle bezahlte, gestiegen. Eine Erhöhung der Verwaltungskosten von 2 auf 3% bedeutet eine Verminderung der Auszahlungsquote um 1%. Andererseits ist dies unter Berücksichtigung der Steigerung des Gesamtkassenhonorars eine höhere Steigerung der Verwaltungskosten als 50%, wie man bei oberflächlicher Betrachtung annehmen könnte. Wenn auch die Verwaltungskosten der Krankenkasse selbst zwischen 8 und 9% liegen, so ist dies kein Maßstab für die Höhe der Verwaltungskosten einer Abrechnungsstelle!

Zusammenfassend läßt sich zu diesem Punkt I, Reform der Honorarverteilung, feststellen:

Anzuerkennen ist die Einzelleistungsabrechnung, die die unterschiedlichen Fallpauschale beseitigt und damit jegliche Unterschiede zwischen den Fachgruppen von vorneherein beseitigt.

Anzuerkennen ist auch die Anwendung des Bayernschlüssels in allen bayerischen Abrechnungsstellen, außer der mittelfränkischen. Und im gleichen Sinne anzuerkennen ist die Ertragskürzung.

Abzulehnen ist die völlig ungenügende Bezahlung der Wegegebühren und eine weitere Steigerung der Verwaltungskosten von 2 auf 3% des Gesamtkassenhonorars der Abrechnungsstellen.

Warum habe ich eine Aktivierung der KV gefordert? Das erste Ziel dieser Aktivierung muß die Säuberung im eigenen Hause sein, eine weitere Reform der Honorarverteilung in obigem Sinne, wobei wir uns in Mittelfranken ganz besonders bemühen müssen, da hier außer einer Erhöhung der Wegegebühren die Einführung des Bayernschlüssels 400 notwendig ist, wie im übrigen Bayern.

Wie Sie alle wissen und an dem praktischen Beispiel ersehen können, hat die Landesstelle Bayern und die Vertreterversammlung lediglich einen Rahmenhonorarverteilungsmaßstab aufgestellt, der allerdings von allen bayerischen Abrechnungsstellen, außer der mittelfränkischen, angenommen wurde. Wir sind hier der Landesstelle und in erster Linie dem hochverdienten und so jäh von uns geschiedenen Kollegen Dr. Landauer zu größtem Dank verpflichtet. Leider hat die mittelfränkische Abrechnungsstelle sich nicht in die Reihe der bayerischen Abrechnungsstellen eingefügt und geht ihre eigenen Wege, wie dies zweifellos auch rechtlich zulässig ist. Eine Befragung bzw. Abstimmung über den neuen Honorarverteilungsmaßstab durch die Pflichtmitglieder der Bezirksstelle Mittelfranken hat bisher leider nicht stattgefunden. Ob aber die Mehrzahl dieser Mitglieder mit dem neuen Honorarverteilungsmaßstab einverstanden ist, das kann nur eine nach demokratischen Richtlinien durchgeführte Abstimmung darüber ergeben. Und hier komme ich auf einen sehr neuralgischen Punkt der KV und weshalb ich eine Aktivierung der Pflichtmitglieder dringender als je fordern muß! Der KV ist es gelungen, auf Länderbasis das KV-Gesetz mit der Pflichtmitgliedschaft aller Kassenärzte gegen alle Anfechtungen durchzubringen. Auf Bundesbasis sind wir noch lange nicht so weit, wie die Ärztlichen Mitteilungen vom 3. November berichten.

Sicher gibt es sehr viele Kassenärzte, die diese Pflichtmitgliedschaft ablehnen. Ich für meine Person bekenne ganz offen, daß ich diese Pflichtmitgliedschaft nicht nur für richtig, sondern in dem heutigen schweren Schicksalskampf, der nur in Geschlossenheit geführt werden kann, sogar für notwendig erachte. Dabei darf aber unsere Standesführung nicht auf die demokratische Breitenarbeit, Mitarbeit und Mitbestimmung ihrer Pflichtmitglieder verzichten. Nur der Führung ist der langersehnte Erfolg beschieden, die eine aktive und geschlossene Ärzteschaft hinter sich hat. Ob man dies bei der jetzigen Führung sagen kann, ist zumindest sehr fraglich, wie nicht nur die oppositionellen Stimmen verschiedener politischer Richtungen beweisen, sondern vor allem die äußerst geringe Wahlbeteiligung. Viele Ärzte gingen nicht mehr zur Wahl, weil sie zur Einsicht gekommen waren, daß mit der Wahl alle demokratischen Rechte erschöpft sind bis zur nächsten Wahl. Die bisherige Führung hat aus dieser geringen Wahlbeteiligung leider nicht die notwendigen Konsequenzen gezogen und ich möchte sie inständig bitten, zum Wohle der gesamten Ärzteschaft, endlich ihre Verwaltungsbürokratie abzulegen und ihre Pflichtmitglieder bei allen wichtigen Entscheidungen in Geschlossenheit zur aktiven Mitarbeit auf und bei den zukünftigen Wahlen vollzählig zu erscheinen, ebenso natürlich bei allen Standesversammlungen! Wählt die Vertrauensleute, die Euch 100% Gewähr dafür bieten, daß sie Euere Forderungen bei der Honorarverteilung am besten erfüllen und die Euch bei wichtigen Entscheidungen hören und abstimmen lassen. Wählt die Kassenärzte in die Organe der KV, die nicht über Euch, sondern mit und für Euch regieren! Deshalb wählt alle, wenn Ihr nachher alle gehört werden wollt!

Dabei möchte ich nicht versäumen, der Hoffnung Ausdruck zu verleihen, daß wir in nicht allzuferner Zukunft, nämlich dann, wenn die Abrechnung und Bezahlung nach Einzelleistungen erfolgen kann, auf einen Honorarverteilungsmaßstab mit seinen vielen Kürzungen und seiner sattsam bekannten Auszahlungsquote, ganz verzichten können. Prüfinstanzen müssen dabei aber immer noch bestehen bleiben, aus Gründen, die ich wohl nicht näher erläutern brauche.

II.

Eine Aktivierung der KV in dem eben angegebenen Sinne ist auch nicht nötig für die Honorarbildung, die ja noch viel wichtiger ist als die Honorarverteilung. Gestatten Sie mir einen kurzen chronologischen Rückblick auf dem Gebiet der Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Was wurde durch die bisherige Führung und mit ihren Methoden erreicht?

Nachdem im Jahre 1949 am 10. Mai im sogenannten Alsbacher Abkommen eine völlig unzureichende Überbrückungshilfe in Höhe von 10—20% Zuschlägen erreicht wurde, bezeichnete Herr Kollege Dr. Landauer die Hauptaufgabe für das Jahr 1950 einen Abschluß eines neuen Honorarabkommens. Auf meine Anfrage vom 8. Februar 1950 teilte mir Herr Kollege Dr. Landauer in einem persönlichen Schreiben mit, daß die Überbrükkungshilfe von Alsbach absolut ungenügend sei, daß die Krankenkassen die Verhandlungen deswegen verzögerten, weil sie die Auswirkungen des Sozialversicherungsanpassungsgesetzes noch nicht übersehen könnten. In diesem persönlichen Schreiben fährt dann Dr. Landauer fort: „Das Fehlen der Schiedsinstanzen, die hier einzig und allein wirksam eingreifen könnten, macht sich äußerst unliebsam bemerkbar."

Auf die Bedeutung der Schiedsinstanzen muß ich nachher noch zurückkommen.

Am 9. November 1950 gelingt es dann der zähen Verhandlungskunst Dr. Landauers auch ohne Schiedsinstanz, das sog. Falkensteiner Abkommen mit den Krankenkassen zu schließen mit dem Ergebnis eines gestaffelten prozentualen Zuschlages zu den von den einzelnen Krankenkassen gezahlten Kopfpauschalien.

Ein Jahr später, am 21. Juli 1951, berichtet Dr. Landauer vor der Vertreterversammlung der KVB, „daß beide Verhandlungspartner bereits in Falkenstein (Februar 1950!) sich im klaren waren, daß weitere Honorarerhöhungen auf dem Wege der beiden obigen Abkommen von Alsbach und Falkenstein nicht mehr möglich waren, daß dazu vielmehr eine prinzipielle Änderung des Honorarabkommens von 1932 bzw. Berechnung des Kopfpauschales notwendig wären. Die einzig richtige Änderung des Honorarabkommens von 1932 als Sofortmaßnahme wurde aber nicht gewählt, wegen der langen Zeit, die sie in Anspruch genommen hätte, die man bei der wirtschaftlichen Notlage der Kassenärzte nicht zugestehen kann". Dies sind die Worte Dr. Landauers!

Ich darf vorwegnehmen, daß trotz dieser richtigen Erkenntnis, daß das Honorarabkommen von 1932 geändert werden muß, und der den Kassenärzten nicht zumutbaren Zeit ist wieder ein Jahr verstrichen, ohne eine Besserung zu bringen. Im Gegenteil! Nachdem ein Vorschlag der KV an die Kassen auf Bezahlung von Einzelleistungen abgelehnt wurde, blieb nichts anderes

übrig, als das Abkommen von Falkenstein zu kündigen und dazu mußte die Ärzteschaft wieder bis zu dem frühestmöglichen Kündigungstermin am 29. Juni 1951 warten.

Die Kassen begründeten die Ablehnung der Bezahlung nach Einzelleistung einerseits damit, daß das Falkensteiner Abkommen ja bis 30. Juni 1951 gelte und andererseits mit der Reichsversicherungsordnung, in der das Kopfpauschale als bindend vorgesehen sei.

Durch die Kündigung des Falkensteiner Abkommens ist ein Rechtshindernis für weitere Verhandlungen mit den Krankenkassen beseitigt, wie das zweite Hindernis, die Reichsversicherungsordnung beseitigt werden soll, darüber machte Herr Kollege Dr. Landauer keine Angaben.

Nach der Kündigung des Falkensteiner Abkommens vom 29. Juni 1951 verstreichen wieder vier Wochen, bis am 28. Juli 1951 die KV das Bundesarbeitsministerium um Vermittlung zur Aufnahme der Verhandlungen mit den Kassen bittet. Als Ergebnis dieser Besprechungen beim Bundesarbeitsministerium sollten am 21. August 1951 die Verhandlungen unter einem Unparteiischen aufgenommen werden.

Nachdem diese Verhandlungen auf Bundesbasis nicht zum Erfolg geführt haben, wurden am 18. Oktober 1951 die Verhandlungen mit den Kassen in München auf Landesbasis aufgenommen, die noch nicht abgeschlossen sind.

Nach dieser rein chronologischen Aufzählung der Verhandlungstermine und Abkommen mit den Krankenkassen, muß ich kritisch zu diesem Fragenkomplex Stellung nehmen.

Zugegeben, daß sich Herr Kollege Dr. Landauer in der Führung der KV ganz besonders bemüht hat, und seine Erfolge auf dem Gebiete der Honorarverteilung in Bayern habe ich ja schon gewürdigt, so muß ich andererseits doch erhebliche Kritik üben.

1. Herr Koll. Dr. Landauer hat auf dem Bayerischen Ärztetag in Erlangen, den ich als Gastzuhörer besuchte, unumwunden zugegeben, daß die Übernahme des Regelbetrages ein großer Fehler von ihm war! Das war 1948 und bis heute haben wir Kassenärzte die Bürde des Regelbetrages zu tragen, wenn er auch für die Rentner in Wegfall gekommen ist. Ich habe mich damals über dies offene Geständnis Dr. Landauers sehr gefreut.

2. Trotz der klaren Erkenntnis im Februar 1950 oder noch früher, daß die Honorarerhöhungen auf den Wegen von Alsbach und Falkenstein unzureichend seien und auf diesem Wege keine weiteren Erhöhungen zu erzielen seien, hat die KV diesen Verhandlungsweg bis heute nicht verlassen. Wie viel Zeit und vor allem wie viel Geld ging seitdem für die Ärzteschaft verloren!

3. Trotz der richtigen Erkenntnis, daß das Honorarabkommen von 1932 gekündigt werden muß, hat man dieses Abkommen nicht gekündigt „wegen der langen Zeit, die dies in Anspruch genommen hätte, die man bei der wirtschaftlichen Notlage der Kassenärzte nicht zugestehen kann“.

Und nun ist diese Zeit trotzdem verstrichen und wir sind immer noch die Sklaven dieses Abkommens von 1932!

4. Trotz der richtigen Erkenntnis der KV-Führung, daß ohne Schiedsinstanzen die Ärzteschaft die Kassen niemals zu Verhandlungen zwingen kann, hat man erst 1951 das Bundesarbeitsministerium als Schiedsinstanz angerufen, ohne Erfolg. Das Reichsschiedsamt wurde durch eine Anordnung der Siegermächte beseitigt!

5. Wenn man alle diese richtigen Erkenntnisse bei der KV-Führung hatte, warum verhandelte man immer und immer wieder auf Bundesbasis und nicht auf Länderbasis, wie man es jetzt macht! War es nötig, diese vielen Jahre ohne einen entscheidenden Erfolg für die Ärzteschaft verstreichen zu lassen?

Damit ist die klare Antwort auf meine, zu Anfang des zweiten Teiles meiner Ausführungen gestellten Fragen: Was wurde durch die bisherige Führung der KV und die bisherigen Methoden auf dem Gebiete der Honorarverhandlungen mit den Kassen erreicht?, gegeben. Sie lautet:

Unsere bisherige KV-Führung hat mit den bisherigen Methoden völlig Unzureichendes für die Ärzteschaft erreicht! Woran dies lag, will ich versuchen weiter zu klären.

III.

Nicht unerwähnt möchte ich die Verhandlungen der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Länder-KV's und Ärztekammern mit den zuständigen Ministerien der Bundesrepublik in Bonn zwecks Erhöhung der Sätze der Preugo und Adgo, lassen. Ich darf gleich vorwegnehmen, daß wir hier das gleiche Ergebnis wie bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen haben.

Am 1. Juni 1949 brachten die Amtlichen Mitteilungen von Bad Nauheim die erste Notiz über die erwähnten Bemühungen. Auf meine Anfrage vom 27. 11. 1949 teilte mir die Arbeitsgemeinschaft am 7. Nov. 1949 mit: „Die vorgesehenen Verhandlungen mit der Verwaltung für Wirtschaft über eine Erhöhung der Mindestsätze der Preugo und Adgo mußten seinerzeit mit Rücksicht auf die bevorstehende Einrichtung der Bundesrepublik zurückgestellt werden. Sie können erst wieder aufgenommen werden, wenn die Organe des Bundes arbeitsfähig sind, also erst im kommenden Jahr.“

Nicht ein Jahr, sondern zwei Jahre sind verstrichen und erst am 12. 9. 1951 haben im Bundesministerium für Wirtschaft in Anwesenheit aller beteiligten Organisationen die diesbezüglichen Verhandlungen begonnen. Die Berechtigung einer Erhöhung der seit 1924 unveränderten ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenordnung wurde grundsätzlich anerkannt. Ein Ausschuß bearbeitet die Angelegenheit weiter. Dieser vielsagende Satz ist der Schlußstrich zu diesen Verhandlungen.

Zu diesem Fragenkomplex verweise ich auf die Rede Dr. Rodewalds auf der Protestkundgebung der Kassenärzte in Düsseldorf am 29. September 1951. Ich zitiere wörtlich: „Ich habe vor nunmehr 1½ Jahren an ein Ministerium geschrieben und gebeten, die Gebührenordnungskommission nach § 13 tätig werden zu lassen. Das hat . . . ein Jahr gedauert, bis man sich entschlossen hat, über diesen Brief nicht etwa mit mir zu korrespondieren, sondern mit mir zu verhandeln. Offensichtlich hält man, was geschrieben ist, für gefährlich . . .“

DAS LEBERTRAN-KALKPRÄPARAT MIT STANDARD VITAMINGEHALT (A und D)
Mulgatum
Mangelhafte Dentition
Rachitis
Wachstumsstörungen
O.P. 200 ccm DM 1.90 o.U.
NATTERMANN DAS ZEICHEN DER GÜTE
A. NATTERMANN & Cie · FABRIKEN PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE · KÖLN-BRAUNSFELD · KÖLN-EHRENFELD

An diesem Beispiel sehen Sie, mit welchem Tempo und welchem Interesse die Bonner Regierungsstellen die Anliegen der deutschen Ärzteschaft behandeln. Das gleiche haben wir vorhin bei den Verhandlungen im Arbeitsministerium gesehen usw.

Ich habe schon erwähnt, daß nun in München auf Länderbasis mit den Kassen verhandelt wird und darf Sie auf die wirklich verständnisvolle Rede Dr. Ehards, des bayerischen Ministerpräsidenten, hinweisen, die er auf dem Deutschen Ärztetag in München am 6. Okt. 1951 gehalten hat. Ich zitiere daraus nur zwei Sätze: „Die Allgemeinheit muß deshalb Ihren Forderungen . . . nach wirtschaftlicher Besserstellung des Ärztestandes beitreten" und „Die Verwirklichung Ihrer Forderungen ist notwendig, um eine bereits wahrnehmbare Verproletarisierung und Radikalisierung des ärztlichen Berufes aufzuhalten." Hoffen wir, daß die bayerischen Stellen mehr Verständnis aufbringen als die Bonner!

Zusammenfassend zu den Verhandlungen mit den Krankenkassen und den Verhandlungen mit den Bonner Regierungsstellen muß ich ein völlig unbefriedigendes und enttäuschendes Ergebnis feststellen. Warum es dazu kam, liegt einerseits an dem Verhandlungspartner und andererseits an unserer Führung bzw. an uns selbst.

Wie wir gesehen haben, bezogen die Kassen eine sehr abwartende Stellung und waren durch das Fehlen von Schiedsinstanzen in der Lage, dem Drängen der ärztlichen Verhandlungspartner auszuweichen. Einmal haben die Kassen die Auswirkungen des Sozialanpassungsgesetzes abgewartet, ein andermal die Kündigungsklausel im Falkensteiner Abkommen. Es liegt mir wirklich fern, diesen Kassenvertretern einen Vorwurf zu machen, und ich muß im Gegenteil feststellen, daß sie, allerdings von ihrem Standpunkt aus gesehen, sehr geschickt und klug bei diesen Verhandlungen vorgegangen sind.

Ob unsere ärztlichen Verhandlungspartner ebenso geschickt waren wie die Kassenvertreter? Zweifelsohne hatten die ärztlichen Unterhändler eine wesentlich ungünstigere Position als die Kassenvertreter. Das muß man anerkennen, selbst wenn man mit dem Endergebnis völlig unzufrieden ist.

Was ich aber unseren Standesvertretern nicht verzeihen kann, ist die unumstößliche Tatsache, daß sie nicht rechtzeitig alle zu Gebote stehenden Mittel erschöpft haben und in Anwendung gebracht haben. Sie haben sich zu sehr auf die Gesetze verlassen, die zu lange auf sich warten haben lassen. Sie haben ihre ganze Aufmerksamkeit der Organisationen der Ärzteschaft gewidmet und sich nicht hunderprozentig auf die Verhandlungen mit den Kassen und Behörden eingestellt. Diese Tatsache gab Dr. Landauer auf dem Bayerischen Ärztetag in Erlangen schon zu! Die Folgen hat heute die Ärzteschaft zu tragen.

Und nun muß ich wieder auf meine eingangs gestellte Frage; Warum eine Aktivierung der KV? zurückkommen Ich habe schon vor zwei Jahren diese Frage klar dahingehend beantwortet, daß ich nicht nur eine Mitarbeit und Mitverantwortung aller Kassenärzte zum Zwecke einer gerechteren Honorarverteilung fordere, sondern vor allem zur Unterstützung unserer Standesführung in ihren Verhandlungen mit den Kassen zum Zwecke einer Erhöhung des kassenärztlichen Honorars! Und wie steht es damit? Haben wir Kassenärzte in dieser Hinsicht alle unsere Pflicht getan? Ich muß ganz klar mit nein antworten! Ich sehe mich daher veranlaßt, zwei Jahre nach meinem ersten Appell an die Kassenärzte und die Führung diesen Appell zu wiederholen. Die Kassenärzte fordere ich auf, geschlossen, freiwillig und eifrig in der KV mitzuarbeiten und damit unserer Führung die notwendige Basis für den erfolgreichen Abschluß ihrer Verhandlungen zu geben. Die Führung fordere ich auf, uns Kassenärzte alle an der schweren Aufbauarbeit teilnehmen zu lassen. Wir wollen nicht nur wählen, sondern auch über alle wichtigen Entscheidungen abstimmen.

MITTEILUNGEN

Bayer. Ärzteversorgung und Verfassung

Auf die von Herrn Dr. Heinz Breidenbach und anderen erhobene Verfassungsklage hat der Bayer. Verfassungsgerichtsbof am 7. 12. 1951 entschieden, daß die von den Klägern angegriffenen Bestimmungen des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. 12. 1933 (GVBl. S. 467) und der Satzung der Bayer. Ärzteversorgung nicht der Bayer. Verfassung widersprechen.

Entwurf einer Bestallungsordnung für das Bundesgebiet

Auf der Sitzung der Vertreter der Ressortminister für Gesundheitswesen und der Kultusminister der zwölf Länder, zusammen mit Vertretern der Fakultäten und der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern unter Vorsitz des Bundesinnenministeriums am 29. 11. 1951 in Bonn, wurden die von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern beantragten Änderungen des Entwurfs durch die Versammlung angenommen. Der Entwurf wird dem Bundestag zur Beschlußfassung vorgelegt werden. Gegenüber der derzeitigen Prüfungsordnung ergaben sich folgende Änderungen:

1. Das Studium ist von 10 Semestern auf 11 Semester verlängert worden.

2. Die Examensdauer für sämtliche Examina wurde scharf verkürzt. Die Auslesebestimmungen des Examens wurden durch Einführung des Schweizer Benotungssystems verschärft. Dieses Benotungssystem besagt, daß es in Zukunft sechs Zensuren geben wird: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = genügend, 4 = eine neue Zwischennote, die etwa „schwach genügend bis mangelhaft" entspricht. Sie bedeutet, wenn sie einmal vorkommt, daß das Fach bestanden ist, wenn sie mehr als dreimal vorkommt, kann sie, obwohl sie sonst „bestanden" bedeutet, besagen, daß das ganze Examen als nicht bestanden gilt. 5 = mangelhaft, bedeutet „nicht bestanden". 6 = schlecht, bedeutet, daß schon bei zwei Fächern mit dieser Benotung das ganze Examen als „nicht bestanden" gilt.

3. Bei Nichtbestehen des Examens kann die Prüfung nur einmal wiederholt werden. Auch beim Versagen in einzelnen Fächern ist eine zweimalige Wiederholung nicht zulässig und das ganze Examen gilt als nicht bestanden.

4. Die Naturheilkunde wird als Lehrfach eingeführt. Es wurde größerer Wert auf die Kenntnis der Ausbildung für die Tätigkeit des Arztes innerhalb der Sozialversicherung durch Einfügen verschiedener Ausbildungs- oder Prüfungsbestimmungen gelegt.

5. An die theoretische Ausbildung wurde eine praktische Ausbildung von zwei Medizinalpraktikantenjahren angeschlossen. Die MP-Zeit muß in mindestens drei verschiedenen Krankenhausabteilungen stattfinden und muß innere Medizin und Chirurgie oder Frauenheilkunde enthalten.

6. Ein Approbationsexamen wurde nicht eingeführt. jedoch wurde festgelegt, daß die MP-Zeit bei schlechten Leistungen bis auf 4 Jahre verlängert werden kann.

Ärztliche Schweigepflicht, Beschlagnahme ärztlicher Aufzeichnungen durch die Gerichte

Die Frage, ob und inwieweit ärztliche Aufzeichnungen beschlagnahmt werden dürfen, wird, ebenso wie die gleiche Frage bezüglich der Handakten der Rechtsanwälte, von den Gerichten verschieden beantwortet. Nachstehend geben wir Ihnen Kenntnis von der auszugsweisen Abschrift eines Beschlusses des Landgerichts Frankfurt a. M. vom 8. 8. 1951 zur Frage der Beschlagnahme von Handakten eines Rechtsanwaltes. In diesem Beschluß, dessen Begründung in gleicher Weise für die Beschlagnahme ärztlicher Aufzeichnungen zutrifft, wird die Zulässigkeit der Beschlagnahme verneint. Auf dem gleichen Standpunkt steht das Bundesjustizministerium, das bereits zugesagt hat, die Frage in diesem Sinne in einer z. Z. in Vorbereitung befindlichen Novelle zur Strafprozeßordnung ausdrücklich klarzustellen.

Beschluß des Landgerichts Frankfurt a. M. vom 8. 8. 1951.

„Auf Veranlassung der Bezirkssteuerfahndungsstelle des Finanzamts Frankfurt a. M. West vom 7. Mai 1951 wurde gemäß § 94 ff. STIO in Verbindung mit § 430 RAO durch Beschluß des Amtsgerichts Frankfurt a. M. vom gleichen Tage in der Ermittlungssache gegen . . . wegen Devisenvergehens pp. die Beschlagnahme der im Besitz des Beschwerdeführers befindlichen Handakten betreffend das Steuerstrafverfahren . . . angeordnet. Gegen diesen Beschluß richtet sich die Beschwerde. Sie ist begründet. Nach § 94 STIO kann die Beschlagnahme von Gegenständen angeordnet werden, wenn sie nicht freiwillig herausgegeben werden. Daraus folgt zwingend, daß vor der Beschlagnahme eine Aufforderung zur Herausgabe an den Gewahrsamsinhaber ergehen muß. Das ist hier nicht erfolgt. Im übrigen hätte sich die Beschlagnahme nur auf diejenigen Schriftstücke der Handakten erstrecken dürfen, die weder Mitteilungen des Beschuldigten an den Anwalt beinhalten noch persönliche Aufzeichnungen des Anwalts darstellen. Dies folgt aus § 97 StPO und aus dem gemäß § 53 Abs. I Ziff. 3 STIO dem Anwalt zustehenden Aussageverweigerungsrecht. Daß der Beschwerdeführer einer Teilnahme, Begünstigung oder Hehlerei verdächtigt sein könnte, ist nicht dargetan."

Aureomycin

Nach Mitteilung der Aureomycin-Importeure ist es gelungen, durch Lieferungen aus England die Verknappung zu beheben. Aureomycin steht nunmehr in ausreichenden Mengen zur Verfügung.

Internationale Union gegen die Tuberkulose

Nachdem die Deutsche Bundesrepublik vor einigen Monaten als Mitglied in die „Weltgesundheitsorganisation" (WHO, Abtlg. der UNO) aufgenommen worden ist, hat nunmehr auch die „Internationale Union gegen die Tuberkulose" (Union internationale contre la Tuberculose) die Aufnahme des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose als der entsprechenden deutschen Organisation einstimmig beschlossen. Bei der Internationalen Union gegen die Tuberkulose handelt es sich um einen Zusammenschluß der freiwilligen Organisationen aller Länder mit dem Ziel, einheitliche Methoden zur Bekämpfung der Tuberkulose auszuarbeiten und einen möglichst weitgehenden wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch herbeizuführen. Das Deutsche Zentralkomitee war bereits 1926 Mitglied der „Internationalen Union" geworden.

Tuberkulosebehandlung

Über die Verwendung der Mittel Conteben, PAS und Streptomycin wurden von dem Arbeitsausschuß für Chemotherapie des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (Vorsitzender Prof. Dr. Lydtin) in der Sitzung vom 24. 7. 51 Richtlinien herausgegeben, die wir nachstehend zur Veröffentlichung bringen.

Nachdem die Abgabe der genannten Mittel bei den Apotheken nur der Einschränkung durch ärztliche Rezeptpflicht unterliegt, ist die Gefahr einer mißbräuchlichen Anwendung und einer Gefährdung der Patienten unter gewissen Umständen gegeben. Die Landesversicherungsanstalt, die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sind daher übereinstimmend der Ansicht, daß die Kosten nur übernommen bzw. genehmigt werden, wenn in einer Vorbehandlung in einem Krankenhaus die Indikationsstellung, die Verträglichkeit und die Dosierung festgelegt wurden und lediglich die Weiterbehandlung durch einen frei praktizierenden Arzt durchgeführt wird. Die nachfolgende „Verlautbarung" kann als Sonderdruck gegen Einsendung eines frankierten Briefumschlages bei der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkommitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hannover, Sallstraße 41/II, angefordert werden:

Verlautbarung:
des Arbeitsausschusses für Chemotherapie des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose über die Anwendungsbreite von Conteben, PAS und Streptomycin:

A. Allgemeine Erfahrungen mit den drei Heilmitteln

Über die Behandlung der Tuberkulose mit tuberkulostatischen Mitteln liegen ausgiebige Erfahrungen vor. Trotzdem kann kein Zweifel bestehen, daß wir uns heute noch im allerersten Stadium unserer Erfahrungen befinden. Einige Tatsachen stehen endgültig fest:

1. Die tuberkulostatischen Mittel Conteben, PAS und Streptomycin können in der Behandlung der Tuberkulose bei richtiger Anwendung eine die Heilung fördernde Wirkung haben. Über Grad und Dauer dieser Wirkung, wie über den Grad der Wirksamkeit der einzelnen Mittel gehen die Meinungen auch heute noch weit auseinander.

2. Alle diese Mittel haben in vivo auf die Tuberkelbakterien nur eine bakteriostatische Wirkung. Sie setzen die Vitalität der Erreger nur herab, ohne diese ganz zu vernichten. Die Vernichtung des in seiner Vitalität beeinträchtigten Erregers bleibt den natürlichen Abwehrkräften des Organismus überlassen. Es kommt deshalb weiter darauf an, neben der Gabe der tuberkulostatischen Mittel diese natürlichen Abwehrkräfte zu mobilisieren.

Dies kann nur geschehen nach den Grundsätzen der hygienisch-diätetischen Behandlung in der Heilstätte. Die Heilstättenbehandlung stellt weiterhin die Grundbehandlung der Tuberkulose dar. Der Einbau von Kollapsverfahren in den Behandlungsplan bedarf auch bei Anwendung tuberkulostatischer Mittel sorgfältiger Abwägung und der entscheidende Zeitpunkt für ihre Anwendung darf nicht versäumt werden.

3. Die tuberkulostatischen Mittel haben unter Umständen ernste toxische Nebenwirkungen. Ihnen ist durch entsprechende Überwachung durch den behandelnden Arzt, der die möglichen Nebenwirkungen kennt und die zu ihrer Früherkennung notwendigen Untersuchungsmethoden beherrscht, zu begegnen.

• KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL •
„Krewel" KREWEL
Pernionin-Salbe
durchblutungssteigernde u. gewebsregenerierende Frostsalbe
Krewel-Werke, Eitorf b. Köln

4. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Tatsache, daß die Tuberkelbazillen im Laufe der Anwendung tuberkulostatischer Mittel resistent werden, und zwar offenbar um so mehr, je wirksamer die Mittel uns heute erscheinen. So wird die Resistenz gegen Streptomycin schon nach wenigen Wochen, gegen PAS nach einigen Monaten, gegen Conteben seltener beobachtet. Die Kombination von Streptomycin und PAS scheint das Entstehen der Resistenz zu verzögern. Sind auch die letzten Konsequenzen dieser auftretenden Resistenz heute noch nicht ganz absehbar, so ist doch jetzt schon ganz sicher, daß die wahl- und kritiklose Anwendung der Mittel — ohne jeden Nutzen für den Kranken — nur dazu führt, daß allzu oft resistente Bakterienstämme mit ihren Gefahren für die Allgemeinheit herangezüchtet werden*). Dies gilt ganz besonders für das Streptomycin mit seiner hohen Wirksamkeit, aber der früh auftretenden Resistenz. Seine Anwendung ist eine äußerst verantwortliche ärztliche Aufgabe, der nur der in der Klinik der Tuberkulose erfahrene und mit der Anwendung tuberkulostatischer Mittel vertraute Arzt gerecht werden kann. Unter diesen Gesichtspunkten ist die Behandlung mit Streptomycin nur vertretbar und angezeigt bei allen unmittelbar lebensbedrohlichen und bei allen für den weiteren Verlauf entscheidenden Stadien der Krankheit. Als solche können gelten:

a) alle Stadien akuter und subakuter Generalisation, insbesondere Meningitis und Miliartuberkulose,

b) alle eindeutigen ernsten Frühstadien und entscheidende akute Schübe der Lungentuberkulose oder anderer Organtuberkulosen,

c) alle noch heilbaren Tuberkulosecrkrankungen, bei denen operative Maßnahmen notwendig werden (Operationsschutz).

Bei den Fällen der Gruppe b) und c) sollte die Streptomycinbehandlung nicht über den Termin der vermutlichen Resistenzentstehung hinaus (etwa nach Verabreichung von 30 bis 40 gr) fortgeführt werden, da ein unmittelbar lebensbedrohlicher Zustand ja nicht vorliegt und die Behandlung mit anderen tuberkulostatischen Mitteln weitergeführt werden kann. Dann kann bei etwaigen späteren entscheidenden Schüben und etwa notwendigen operativen Maßnahmen auf das Streptomycin zurückgegriffen werden.

B. Über die Indikation und Grenzen der Anwendung der drei Heilmittel

Aus den bisherigen Erfahrungen ergibt sich also:

I. Die Behandlung der Tuberkulose mit tuberkulostatischen Mitteln wird in der Regel in den Rahmen einer klinischen oder Heilstättenbehandlung eingefügt werden. Eine ambulante Behandlung nur mit tuberkulostatischen Mitteln gilt bei dem heutigen Stand unserer Erfahrungen als unzureichend.

II. Außerhalb der Klinik oder Heilstätte gilt eine ambulante Behandlung mit tuberkulostatischen Mitteln als vertretbar und berechtigt:

1. **vor der stationären Behandlung**

bei unmittelbar lebensbedrohlichen Generalisationsstadien, wie bei Meningitis und Miliartuberkulose, bis zur Möglichkeit stationärer Behandlung (Streptomycin, evtl. in Verbindung mit PAS oder Conteben), wenn alle erforderlichen diagnostischen Maßnahmen eingeleitet sind;

bei allen entscheidenden Frühstadien und akuten Schüben der Lungentuberkulose und anderer Organtuberkulosen (PAS oder Conteben, kein Streptomycin) bis zur Möglichkeit der stationären Behandlung. Wie bisher ist eine stationäre Aufnahme dieser dringlichen Behandlungsfälle durch Gesundheitsämter, Lungenfachärzte und Ärzte zu beantragen und sollte von den Kostenträgern angestrebt werden;

2. **nach der stationären Behandlung**

nach Maßgabe der während der stationären Behandlung gemachten Beobachtungen kann die Behandlung mit tuberkulostatischen Mitteln (PAS und Conteben, nicht Streptomycin) ambulant fortgesetzt werden. Dabei ist fortlaufende Überwachung der Resistenz in allen Fällen notwendig, in denen Bakterien ausgeschieden werden.

III. Die Gesamtbehandlungszeit mit PAS sollte im allgemeinen sechs Monate nicht überschreiten.

IV. Die ambulante Behandlung von Kindern unter 6 Jahren mit Conteben wird zur Zeit noch als zu komplikationsreich abgelehnt.

*

Lupusbekämpfung

Neuordnung

der Erfassung und fürsorgerischen Betreuung der Haut- und Schleimhauttuberkulosen einschließlich der hautnahen Drüsen

Unter der tatkräftigen Initiative des Herrn Ministerialdirigenten Prof. Dr. Seiffert, Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums, wurden Fachberater für Hauttuberkulose ernannt.

Für Oberbayern und Schwaben: Prof. Dr. A. Marchionini, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München,

für Unter-, Mittel- und Oberfranken: Prof. Dr. H. Schuermann, Direktor der Univ.-Hautklinik Würzburg,

für Oberpfalz-Niederbayern: Prof. Dr. C. Funk, Leiter der städtischen Hautklinik Regensburg.

Mit dieser Ernennung wird die Absicht befolgt, die seit Jahrzehnten bewährte organisatorische Arbeit der planmäßigen Bekämpfung der Haut- und Schleimhauttuberkulosen wieder aufzunehmen. Weiter wird ein besonderes Augenmerk den hautnahen, tuberkulösen Lymphdrüsen gewidmet, die häufig zu erweichenden, fistelnden Hauttuberkulosen, dem Scrofuloderm, führen und auch als Vorreiter (Moncorps) des Lupus vulgaris zu betrachten sind. Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Zahl der Lupuskranken in den Bezirken, die am sorgfältigsten und mit größter Zielstrebigkeit in ihrer Auffindung bearbeitet sind, prozentual am höchsten liegt. Ferner muß berücksichtigt werden, daß bei den modernen Behandlungsmaßnahmen der Lupus und die Schleimhauttuberkulose sicher und relativ schnell geheilt werden können und daß eine Entstellung durch die Behandlung selbst nicht mehr befürchtet werden muß. Diese Tatsachen verpflichten aber die soziale Medizin, Gesundheitsämter und Fürsorge, mit noch größerer Initiative als bisher der Erfassung der Haut-Schleimhauttuberkulose und der hautnahen tuberkulösen Lymphdrüsen, die heute therapeutisch noch am schwierigsten zu beeinflussen sind, nachzugehen. Die Behandlungsmaßnahmen werden in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten eingeleitet und vorwiegend ambulant in der freien Praxis durchgeführt und sollen in der nachgehenden Fürsorge überwacht werden (Einhalten der therapeutischen Maßnahmen).

Da in der maximalen Vigantoltherapie aber ca. 30 Todesfälle bekannt sind, ist im allgemeinen bei unbekannten Kranken die Verpflichtung gegeben, die Toleranz des Medikaments (Blutstatus, Blutkalziumspiegelbestimmung, Rest-N-Verhalten, Nierenbelastungsversuche usw.) in kurzfristiger klinischer Behandlung mit entsprechender Belehrung der Kranken zu erproben, bevor die Behandlung in der freien Praxis durchgeführt wird.

Die Lymphdrüsentuberkulose, die sowohl zu Kontinuitätstuberkulosen als auch zu hämatogenen Streuungen, besonders nach akuten Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern) führen kann, spricht bekanntlich auf die modernen Chemotherapeutica noch wenig günstig an, so daß nach wie vor auf klimatische, roborierende und diätetische Heilmaßnahmen nicht verzichtet werden kann.

Besondere Beachtung verdient auch das Carcinom und Sarkom in lupo im Rahmen dieser sozialhygienischen, ehrenamtlichen Arbeit der Fachberater. Mit der wiedererstandenen Organisation der Lupusbekämpfung wird

*) Siehe darüber „Vorläufiges Merkblatt über die Resistenz von Tuberkelbakterien gegenüber Streptomycin, PAS und Consteben"; zu beziehen von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hannover, Sallstraße 41.

Das Arztrecht

in Bayern

(2. Fortsetzung)

Inhalt:

	Seite
Richtlinien über die Anmeldung der Ärzte in Bayern bei den Ärztlichen Bezirksvereinen (Entschließung d. BStI v. 17. 11. 1951)	38
Liste der in Bayern für die Weiterbildung zum Facharzt anerkannten Krankenanstalten und Fachärzte	41
(Aufgestellt durch die Bayer. Landesärztekammer am 17. 12. 1951 entsprechend der Facharztordnung § 3)	

Meldeordnung für die Ärzte in Bayern

Die vom 6. Bayerischen Ärztetag am 22. September 1951 in Regensburg beschlossene Meldeordnung für die Ärzte in Bayern wurde dem Bayerischen Staatsministerium des Innern vorgelegt und mit unwesentlichen Änderungen unter dem 17. November 1951 genehmigt. In diese Genehmigung eingeschlossen ist die Verwendung des Erhebungsbogens der Bayerischen Landesärztekammer mit der Auflage, daß weitere Angaben als die des Erhebungsbogens von den zur Anmeldung Verpflichteten nicht verlangt werden dürfen.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen sei hier noch besonders darauf hingewiesen, daß die nach Abschnitt I Abs. 1 vorgeschriebene Anmeldung von jedem in Bayern wohnhaften oder seinen Beruf ausübenden, im Deutschen Reich bestallten (approbierten) oder diesem gleichgestellten volksdeutschen Arzt (Ärztin) zu erstatten ist, der die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder im Besitz eines Flüchtlingsausweises ist. Die Anmeldung erfolgt bei dem für den Ort der Berufsausübung zuständigen Ärztlichen Bezirksverein. Der Anmeldepflicht unterliegen alle Ärzte, bei denen die bezeichneten Bedingungen gegeben sind auch dann, wenn sie keine ärztliche Berufstätigkeit ausüben, sei es, daß sie in den Ruhestand traten, sei es, daß andere Umstände sie dazu veranlaßten. Nicht zur Anmeldung verpflichtet sind Ärzte (Ärztinnen), die nach Art. 9 Abs. II des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 von der Mitgliedschaft zum Ärztlichen Bezirksverein ausgeschlossen sind.

Dringend geboten ist nun diese Anmeldung von den dazu Verpflichteten, damit ihre Einschreibung in die Mitgliederverzeichnisse der Ärztlichen Bezirksvereine ungesäumt erfolgen kann. Diese Einschreibung stellt auch eine unabdingliche Vorbedingung für die Ausübung des Rechtes dar, die Organe der Ärztlichen Bezirksvereine, die Abgeordneten zur Landesärztekammer zu wählen und als solche sowie als Mitglieder der ärztlichen Berufsgerichte und der Landesberufsgerichte gewählt zu werden. Ärzte (Ärztinnen), die sich bereits anmeldeten und die ausgefüllten Erhebungsbogen der vorgeschriebenen Form einreichten, werden gebeten, die nun erforderlichen drei Lichtbilder (Paßgröße. Rückseite mit Namensbezeichnung in Blockschrift versehen!) nachzureichen, um den Mitgliedsausweis zu erlangen.

Der ordnungsgemäße Vollzug der Anmeldung liegt durchaus im Interesse der Ärzteschaft selbst, da ihre Angelegenheiten dann weit besser als bisher bei den Verhandlungen mit den maßgeblichen Stellen (gesetzgebende Körperschaften, Behörden usw.) vertreten werden können.

Seitens der Bayerischen Landesärztekammer wird die Herstellung der vom Bayerischen Staatsministerium des Innern genehmigten und in bestimmter Form vorgeschriebenen Mitgliedsausweisformulare veranlaßt werden. Ihre Zustellung an die Ärztlichen Bezirksvereine in der benötigten Anzahl wird in Bälde erfolgen, desgleichen die der noch erforderlichen Erhebungsbogen. Andersartige Frage- oder Erhebungsbogen dürfen nicht verwendet werden, was ganz besonders zu beachten ist.

Aufgabe der Ärztlichen Bezirksvereine ist es, mit dafür zu sorgen, daß alle Ärzte (Ärztinnen) der Anmeldepflicht genügen. Deren Nichtbeachtung ist gegebenenfalls der Bayerischen Landesärztekammer mitzuteilen, damit sie das dann Erforderliche veranlaßt. Insbesondere ist auch dahin zu wirken, daß die Ärzte (Ärztinnen) der Krankenanstalten der Meldepflicht nachkommen.

Richtlinien

über die Anmeldung der Ärzte in Bayern bei den Ärztlichen Bezirksvereinen

Auf Grund des Art. 16 Abs. II des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 (GVBl. S. 193) werden für die Anmeldung der Ärzte in Bayern bei den Ärztlichen Bezirksvereinen folgende verbindliche Richtlinien, denen mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 17. 11. 1951 Nr. III 8 — 5051 a 9 die Genehmigung erteilt wurde, erlassen:

I.

1. Jeder in Bayern wohnhafte oder berufstätige Arzt hat sich bei dem Ärztlichen Bezirksverein, in dessen Bereich er seinen Wohnsitz hat oder seine Berufstätigkeit ausübt, schriftlich anzumelden. Unberührt hiervon bleibt die gesetzliche Verpflichtung zu persönlicher Anmeldung bei dem für den Ort der Berufsausübung zuständigen Gesundheitsamt, soweit ein solches besteht (Art. 4 des Gesetzes zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens vom 23. 12. 1948 GVBl. 1949 S. 2 — i. d. F. vom 30. 8. 1950 — GVBl. S. 161).

2. Der schriftlichen Anmeldung beim Ärztlichen Bezirksverein sind ein bei diesem erhältlicher Erhebungsbogen ausgefüllt in dreifacher Ausfertigung sowie folgende Originalbelege beizufügen:

a) Approbationsurkunde,
b) Promotionsurkunde,
c) bei Fachärzten: Urkunde über die Anerkennung als Facharzt,
d) bei beabsichtigter Führung besonderer Titel oder Amtsbezeichnungen: die entsprechenden Urkunden,
e) drei Paßbilder.

Mit den Originalurkunden sind Abschriften derselben vorzulegen. Diese Abschriften sind von dem Bezirksverein zu beglaubigen und zu verwahren. Die Originalurkunden sind dem Meldepflichtigen zurückzugeben.

An Stelle der Vorlage von Originalbelegen ist im Ausnahmefall auch die Einreichung gerichtlich oder notariell beglaubigter Abschriften gestattet.

Können wegen etwaigen Verlustes weder Originalurkunden noch ordnungsgemäß beglaubigte Abschriften derselben vorgelegt werden, so ist der Nachweis der erworbenen Berechtigung (Bestallung als Arzt, Doktor-Diplom usw.) durch Vorlage einer Ersatzbescheinigung der für die Erteilung der Berechtigung zuständigen Stelle bzw. Behörde zu führen.

II.

Unter der Voraussetzung, daß den Anforderungen der Anmeldung in ordnungsgemäßer Weise genügt ist, wird der Arzt in das Mitgliederverzeichnis des Ärztlichen Bezirksvereins eingeschrieben. Über die Mitgliedschaft erhält der Arzt von dem Ärztlichen Bezirksverein einen Mitgliedsausweis mit Lichtbild und Aufdruck des Vereinssiegels. Bei Verlust der Mitgliedschaft zum Ärztlichen Bezirksverein ist der Mitgliedsausweis zurückzugeben bzw. einzuziehen.

III.

1. Wird nach Einschreibung in das Mitgliederverzeichnis eines Ärztlichen Bezirksvereins der Wohnsitz oder der Ort der Berufsausübung gewechselt, so ist dies dem Ärztlichen Bezirksverein anzuzeigen. Ist mit solchem Wechsel zugleich ein Zuzug in den Bereich eines anderen Ärztlichen Bezirksvereins verbunden, so ist die Anzeige bei letzterem einzureichen unter gleichzeitiger Angabe des bisher zuständigen Bezirksvereins.

2. Wird nach erfolgter Mitgliedseinschreibung ein Arzt als Facharzt anerkannt oder verzichtet er auf eine Betätigung als Facharzt, so ist dem Ärztlichen Bezirksverein hiervon Mitteilung zu machen. Das gleiche gilt bei sonstigen Veränderungen der Berufstätigkeit (Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit oder dgl.).

IV.

Zu den in Ziff. I und III vorgeschriebenen Meldungen ist jeder in Bayern wohnhafte oder tätige Arzt verpflichtet. Bei Nichtbeachtung dieser Meldepflicht kann auf entsprechende Mitteilung des zuständigen Ärztlichen Bezirksvereins die Bayerische Landesärztekammer Ordnungsstrafen bis zur Höhe von 50 DM verhängen. Die Verhängung einer Ordnungsstrafe muß vorher schriftlich angedroht werden.

V.

Von den gemäß Abschnitt I Ziff. 2 eingereichten Erhebungsbogen und Paßbildern verbleibt eine Ausfertigung des Erhebungsbogens, der ein Paßbild beizuheften ist, bei dem zuständigen Ärztlichen Bezirksverein. Die beiden weiteren Ausfertigungen des Erhebungsbogens, ein Paß-

bild sowie eine Bestätigung über die Mitgliedseinschreibung des Arztes sind der Landesärztekammer zu übermitteln. Dies hat spätestens zum 1. des auf die Mitgliedseinschreibung folgenden Monats zu geschehen.

VI.

Die Ärztlichen Bezirksvereine teilen den zuständigen Gesundheitsämtern Namen und Anschrift der neu angemeldeten Ärzte mit und erhalten ihrerseits von den Gesundheitsämtern entsprechende Mitteilung über die bei diesen erfolgten Neuanmeldungen. Die hierfür benötigten Formblätter werden den Gesundheitsämtern von der Landesärztekammer zur Verfügung gestellt.

München, den 17. Nov. 1951 Bayer. Landesärztekammer
Dr. Weiler, Präsident

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bayerische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
München 22, Königinstraße 23

Ärztl. Bezirksverein:

.....
(Stempel)

Bitte in Druckbuchstaben oder Maschinenschrift ausfüllen!

Erhebungsbogen für alle Ärzte in Bayern r. d. Rh.

Bitte vor Ausfüllen alle Fragen durchlesen und genau beantworten, da diese Umfrage auch als Grundlage für die jeweilige Neuauflage des Ärztlichen Handbuches für Bayern dienen soll.

A. PERSONALIA

1. Familienname: ..... Vorname: .....
2. Wohnort: ..... Gemeinde: .....
   Straße: ..... Landkreis: .....
   Telefonnummer: ..... Fernsprechamt: .....
3. Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....
   Landkreis: .....
4. Staatsangehörigkeit: .....
   seit wann in Bayern? .....
   falls Flüchtling, Herkunftsland: .....
   Nr. d. Flü.-Passes: .....
   wo ausgestellt? .....
5. Datum der Approbation bzw. Bestallung: .....
   Ort der Approbation bzw. Bestallung: .....
6. Datum der Promotion: .....
   Ort der Promotion: .....
7. Facharztanerkennung als ..... wann: .....
   durch wen? .....
8. Welche Titel führen Sie? .....

B. TÄTIGKEIT

9. Als was sind Sie z. Z. tätig? .....
   Niederlassung als: ..... seit: .....
   Kassenzulassung als: ..... seit: .....
   a) für alle Kassen ja/nein
   b) nur für Ersatzkassen ja/nein
10. Falls an Krankenhaus tätig, Dienststellung: .....
    hauptamtlich ja/nein
11. Mitglied der Medizin. Fakultät: ja/nein
    an welcher Universität: .....
    Lehrauftrag für: .....
12. Bemerkungen: (In dieser Rubrik können Angaben besonderer Art, z. B. über Tätigkeit in einem Privatsanatorium, als Homöopath usw. vermerkt werden, desgl. Wünsche über zusätzliche Vermerke im Ärztlichen Handbuch, soweit sie nach den Bestimmungen der Berufsordnung zulässig sind.) .....

.....

.....

.....

Datum: .....

Unterschrift: .....
(Stempel)

Die Facharztanerkennung

Die mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 13. Dezember 1950 als II. Teil der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns genehmigte Facharztordnung (FAO)*) entspricht der geschichtlichen Tatsache, daß die Facharztanerkennung seit je von der Ärzteschaft selbst im Rahmen des ihr zugestandenen Selbstverwaltungsrechts besorgt wurde.

Ärzte dürfen sich nach § 1 FAO nur dann als Fachärzte bezeichnen, wenn sie von der Bayerischen Landesärztekammer als solche anerkannt sind. Die Anerkennung kann nur für die zugelassenen in § 1 FAO aufgezählten Facharztbezeichnungen erfolgen.

Die Mindestzeit der für die Anerkennung nachzuweisenden Weiterbildung ist für die einzelnen Fachgebiete in § 2 FAO festgelegt. Sie rechnet von dem Zeitpunkte ab, zu dem die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet ist. In § 11 FAO ist ergänzend bestimmt, daß bei Ärzten, die vor dem 1. Januar 1948 das Staatsexamen abiegten, abweichend von der nunmehrigen FAO die Bestimmungen der zuvor in Bayern geltenden Facharztordnung**) berücksichtigt werden sollen.

Grundlegende Bestimmungen über die Art der Weiterbildung enthält § 3 FAO. Nach diesem hat die Bayerische Landesärztekammer eine Liste der zur Weiterbildung geeigneten Krankenanstalten und Fachärzte im Benehmen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften aufzustellen. Aus ihr soll sich ergeben, welche Krankenanstalten und wieviel Ausbildungsstellen für Fachärzte anerkannt werden und in welchem Umfange die an diesen Anstalten abgeleistete ärztliche Tätigkeit auf die Weiterbildung zum Facharzt angerechnet werden kann.

Die Aufstellung dieser Liste begegnete Schwierigkeiten, auf die hier nicht näher einzugehen ist. Sie veranlaßten Ergänzungen und Abänderungen der zunächst veröffentlichten Liste***). Nachdem nun die Beratungen mit den Vertretern der Fachgesellschaften unter Würdigung aller von ärztlichen Anstaltsleitern vorgetragenen Wünsche zum Abschluß gebracht sind, wird nachstehend die endgültige Liste der als geeignet für die Weiterbildung zum Facharzt anerkannten Stellen in Bayern bekanntgegeben.

Maßgeblich für die Aufnahme in diese Liste war der nach § 3 FAO zu führende Nachweis der entsprechenden Art und Ausstattung der Weiterbildungsstätten. Besonders sorgsam wurde auch die Frage geprüft, in welchem Umfange die Tätigkeit an den Weiterbildungsanstalten bei der Facharztanerkennung zur Anrechnung kommen soll. Wenn auch keineswegs allein bestimmend, so doch den Entscheid stark beeinflussend, war die Bettenzahl der Anstalten. In manchen Fällen konnte die Zulassung als Weiterbildungsstätten nur für die Dauer ihrer Leitung durch den derzeitigen Arzt ausgesprochen werden, so daß bei dessen Ausscheiden Antrag auf Fortdauer der Anerkennung zu stellen ist. Von einer Festlegung der Anzahl der Ausbildungsstellen an den in die Liste aufgenommenen Anstalten wurde vorerst abgesehen. Es wird von den ärztlichen Leitern erwartet, daß sie im Einvernehmen mit den Krankenhausträgern die erforderlichen einschränkenden Bestimmungen treffen, um auch den Ärzten, die sich der Allgemeinpraxis widmen wollen, ausreichende Gelegenheiten zur Ausbildung auf den für sie wichtigen Fachgebieten zu belassen.

In diesem Zusammenhang muß auf den bereits bestehenden Überhang von Fachärzten fast aller Gebiete, insbesondere aber von Chirurgen und Internisten, hingewiesen werden. Dieser Übelstand schließt nicht nur für sehr viele Fachärzte die Unmöglichkeit in sich, bei der vorgeschriebenen Beschränkung auf die Behandlung ins Fachgebiet einschlägiger Krankheitsfälle auch nur das zur Lebensfristung unbedingt Notwendige zu erwerben, sondern fördert zudem die Gefährdung der Erhaltung eines kulturellen Hochstandes der Ärzteschaft. Der Entwicklung eines immer unerträglicher werdenden Mißverhältnisses der Zahl der Fachärzte und der Allgemeinpraktiker muß mit aller Kraft entgegengewirkt werden.

Die leitenden Ärzte der für die Weiterbildung zum Facharzt anerkannten Krankenanstalten werden daher dringend gebeten, die ihnen im Vertrauen auf ihr Verständnis für diese Sachlage selbst überlassene Beschränkung der Stellenzahl für diese Weiterbildung dementsprechend zu bemessen, damit die Bayerische Landesärztekammer nicht zu weiteren Maßnahmen gezwungen wird.

Wenn Krankenhäuser mit bescheidener Bettenzahl oder nicht rein fachärztlicher Ausrichtung ihres Betriebes keine Aufnahme in die Liste fanden, so darf darin keineswegs eine abträgliche Einschätzung ihrer Bedeutung oder der erzieherischen Fähigkeiten ihrer ärztlichen Leiter erblickt werden. Nach der neuen Ordnung des Medizinstudiums, deren Einführung in Bälde erfolgen wird, ist eine sehr große Anzahl von Stellen in Krankenanstalten erforderlich, in denen die angehenden Ärzte nach Ableistung des Staatsexamens, jedoch vor Erlangung der ärztlichen Approbation, zwei Jahre praktischer Tätigkeit zu verbringen haben. Diese Ausbildung wird in kleineren Anstalten mit gleich gutem, vielleicht sogar besserem Erfolg durchzuführen sein, da es sich dabei um eine Erziehung des Mediziners zum Arzt handelt. Hier eröffnet sich für erfahrene ärztliche Leiter kleinerer Krankenanstalten, denen eine persönliche Einflußnahme auf solche werdende Ärzte unschwer möglich ist, ein wundervolles Wirkungsfeld, dessen Bedeutung für die kommende Ärztegeneration gar nicht hoch genug einzuschätzen ist.

Die FAO enthält zwar in den §§ 4, 5 u. 6 Bestimmungen über das Verfahren bei der Facharztanerkennung, doch empfiehlt es sich auf Grund der Erfahrungen, den Gang des Verfahrens hier kurz herauszustellen:

1. Antragstellung: Der Facharztbewerber stellt nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit Antrag auf Anerkennung als Facharzt bei der Bayerischen Landesärztekammer. Dem schriftlich einzureichenden Antrag sind beizufügen:

a) Eine beglaubigte Abschrift der Approbationsurkunde,
b) eine beglaubigte Abschrift der Promotionsurkunde,
c) die notwendigen Unterlagen zur Bestimmung des Zeitpunktes, von dem ab die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet war,
d) der Nachweis über die fachliche Weiterbildung durch die dazu notwendigen Originalzeugnisse (für das letzte Jahr der Fachausbildung ist ein ausführliches und begründetes Zeugnis vorzulegen, aus dem eindeutig hervorgeht, daß der Bewerber seitens des Ausstellers als zum Facharzt befähigt befunden wird!),
e) eine Erklärung, daß der Bewerber eingetragenes Mitglied des für ihn zuständigen Bezirksvereins ist.

Diese Belegstücke werden bei Erteilung der Facharztanerkennung zurückbehalten, dem Antragsteller nur dann zurückgegeben, falls die Anerkennung endgültig abgelehnt wird.

2. Entscheidung der Fachärzteausschüsse: Der Antrag wird von der Landesärztekammer durch den mit der Behandlung der Facharztangelegenheiten beauftragten geschäftsführenden Arzt nach Beifügung einer formulierten Zusammenstellung des Ausbildungsganges des Bewerbers dem für das einschlägige Fach zuständigen Facharztausschuß zugeleitet. Dieser entscheidet an Hand aller Unterlagen.

Sieht der Facharztausschuß die Voraussetzungen für die Facharztanerkennung als gegeben an, so wird der Landesärztekammer die Anerkennung des Bewerbers als Facharzt vorgeschlagen. Erachtet der Ausschuß die Voraussetzungen für nicht erfüllt, so erläßt er einen ablehnenden, begründeten Bescheid.

Der ablehnende Bescheid wird dem Bewerber durch die Bayerische Landesärztekammer zugestellt. Vom Betroffenen kann nach Zugang des Bescheids binnen vier Wochen schriftlich Berufung gegen diesen bei der Bayerischen Landesärztekammer eingelegt werden. Berufungen werden vom Berufungsausschuß der Kammer verbeschieden.

3. Facharztanerkennung: Auf Grund der von

*) Das Ärztrecht in Bayern S. 9 ff.
**) Bayer. Ärzteblatt 1950 Nr. 3
***) Bayer. Ärzteblatt 1951 Nr. 1, 2 und

den Facharztausschüssen oder vom Berufungsausschuß getroffenen Entscheidungen spricht die Bayerische Landesärztekammer die Anerkennung als Facharzt oder die Ablehnung der Facharztanerkennung aus. Der ablehnende Bescheid muß mit Gründen versehen sein.

4. Facharzturkunde: Über die Facharztanerkennung stellt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, bei dessen Verhinderung der Vizepräsident, eine mit dem Siegel der Kammer zu versehende, gebührenpflichtige Urkunde aus.

Liste der in Bayern für die Weiterbildung zum Facharzt anerkannten Krankenanstalten und Fachärzte

Innere Medizin

Oberbayern

Adelholzen, * Krankenhaus für innere Krankheiten, Dr. Schreyer
Bad Reichenhall, Städt. Krankenhaus, Dr. Kübne
— * BRK-Krankenhaus, Dr. Gradinger
Freising, * Städt. Medizinisches Krankenhaus, Dr. Bauer
Garmisch, * Gemeindekrankenhaus Partenkirchen, Dr. Lydtin
Ingolstadt, * Städt. Krankenbaus, Dr. Schreyögg
Landsberg, * Sädt. Krankenbaus, Dr. Hausladen
München, Städt. Krankenhaus l. d. Isar, I. Med. Klinik und Univ.-Klinik, Prof. Dr. Bingold
— Städt. Krankenbaus l. d. I., II. Med. Klinik und Univ.-Klinik, Prof. Dr. von Bergmann
— Städt. Krankenhaus r. d. I., Prof. Dr. Baur, Dr. Günther-Kühne
— Med. Univ.-Poliklinik, Prof. Dr. Seitz
— Städt. Krankenhaus Biederstein, Dr. Pieard
— Städt. Krankenhaus Mariahilf, Prof. Dr. Herrlich
— Städt. Krankenhaus Oberföhring, Prof. Dr. Störmer
— Städtisches Krankenhaus Pappenheimstraße, Dr. Bosl (2 Jahre anrechenbar)
— Krankenhaus des 3. Ordens Nymphenburg, Prof. Dr. Kämmerer
— Klinik Dr. Müller, Dr. Müller
— BRK-Krankenhaus II, Dr. Hanika
Rosenheim, * Städt. Krankenhaus, Dr. Erras
— * Loreto-Krankenhaus, Dr. Freyer
Schlehdorf-Kochel, Krankenhaus der Stadt München, Dr. Peters (2 Jahre anrechenbar)
Traunstein, * Städt. Krankenhaus, Dr. Deeg
Tutzing, * Krankenhaus Kloster Tutzing, Dr. Mößmer (2 Jahre anrechenbar)
Wessobrunn, Krankenhaus der Stadt München, Doz. Dr. Dr. Steigerwaldt (2 Jahre anrechenbar)

Niederbayern

Deggendorf, * Städt. Krankenhaus, Dr. Deindl (2 Jahre anrechenbar)
Landshut, Städt. Krankenhaus, Prof. Dr. Landes
Straubing, * Krankenhaus d. Barmh. Brüder, Dr. Egger (2 Jahre anrechenbar)

Oberpfalz

Amberg, * Städt. Marienkrankenhaus, Dr. Barczyk
Regensburg, * Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Dr. Körner
Weiden, * Städt. Krankenhaus, Dr. Barth

Oberfranken

Bamberg, * Städt. Krankenhaus, Dr. Hornung
Bayreuth, Städt. Krankenhaus, Dr. Koerber
— * Sanatorium Herzogshöhe, Prof. Dr. Gutzeit
— * Wagnerkrankenhaus, Dr. Sigmund (3 Jahre anrechenbar)
Coburg, * Landkrankenhaus, Doz. Dr. Schmidt
Hof, Stadtkrankenhaus, Dr. Mohr
Weißenbrunn b. Kronach, * Krankenbaus, Dr. Hickl (2 Jahre anrechenbar)

Mittelfranken

Ansbach, * Stadtkrankenhaus, Dr. Heydner
Erlangen, Med. Univ.-Klinik, Prof. Dr. Mattbes
— Med. Univ.-Poliklinik, Prof. Dr. Korth
Fürth, Stadtkrankenhaus
Nürnberg, Stadtkrankenhaus, Prof. Dr. Jahn, Prof. Dr. Meythaler

Unterfranken

Aschaffenburg, * Städt. Krankenhaus, Dr. Lurz
Bad Kissingen, * Theresienkrankenhaus, Dr. Kuhn (2 Jahre anrechenbar)
Schweinfurt, Städt. Krankenhaus, Prof. Dr. Schliepbake
— * Krankenhaus St. Josef, Prof. Dr. Strieck
Würzburg, Med. Univ.-Klinik, Prof. Dr. Wollheim
— Med. Univ.-Poliklinik, Prof. Dr. Henning
— Juliusspital, Dr. Schwab

Schwaben

Augsburg, Städt. Krankenhaus, Dr. Stötter
Bad Wörishofen, * Kurhotel und Sanatorium Kreuzer, Dr. Ramratb (1 Jahr anrechenbar)
Füssen, * Kreiskrankenhaus, Dr. Deppe (2 Jahre anrechenbar)
Kaufbeuren, * Städt. Krankenhaus, Dr. Krieger
Kempten, * Stiftsspital, Dr. Frimberger
Neuburg/Donau, * Krankenhaus d. Barmherzigen Brüder, Dr. Rüdisser

Lungenkrankheiten

Oberbayern

Bachham, Lungenheilstätte, Dr. Rippelbeck
Berchtesgaden, Versehrten-Heilstätte, Dr. Hartmann, Dr. Habicht
Dachau, * Kreiskrankenhaus Deutenhofen, Dr. Sewering (2 Jahre anrechenbar)
Gaißach b. Tölz, Kleinkinderheilstätte, Dr. Zoelch (2 Jahre anrechenbar)
Herrsching, Tbc-Krankenbaus, Dr. Beckmann
Kempfenhausen, Tbc-Krankenhaus der Landeshauptstadt München, Dr. Schnorrenberg
Kirchseeon, Heilstätte, Dr. Hacker
Marquartstein, Bundesbahn-Heilstätte, Dr. Köhler
München, Sanatorium und Tbc-Krankenhaus München-Harlaching, Prof. Dr. Lydtin
— * Heilstätte Waldwiese, München-Solln, Dr. Beeh (2 Jahre anrechenbar)
Planegg (Post Kraifling), Waldsanatorium, Dr. Cormann
Rubpolding, St. Annahaus, Dr. Beitle (2 Jahre anrechenbar)
Schonstett, Heilstätte, Dr. Longard
Ströhing, BRK.-Heilstätte, Dr. Junge

Niederbayern

Hausstein b. Deggendorf, Sanatorium am Hausstein, Dr. Rnll
Koblbruck b. Passau, Heilstätte, Dr. Eisenlauer

Oberpfalz

Donaustauf b. Regensburg, Heilstätte, Dr. Sedlmayer
Lauterhofen, Heilstätte Karlshof, Dr. Grohmann
Parsberg, Versehrtenheilstätte, Dr. Marx
Regensburg, Städt. Lungenkrankenhaus, Dr. Nickel
Wöllershof, Versehrten-Heilstätte, Dr. Simsch

Oberfranken

Bischofsgrün, Lungenheilstätte, Dr. Hübler
Donndorf b. Bayreuth, Heilstätte, Dr. Diederich (2 Jahre anrechenbar)
Hutschdorf, Heilstätte, Dr. Zwirner (2 Jahre anrechenbar)
Jägersburg, Lungenheilstätte, Dr. Beitz (2 Jahre anrechenbar)
Kutzenberg, Tbc-Krankenhaus, Dr. Hofmann

Mittelfranken

Ansbach, Lungenheilstätte, Dr. Meidenbauer
Engelthal, Lungenheilstätte, Dr. Schloth
Nürnberg, * Beobachtungsstelle und Hilfsheilstätte für Lungenkranke, Dr. Scheidemandel
Oberfürberg, Lungenheilstätte, Dr. Wambach
Pappenheim, Lungenheilstätte, Dr. Wießner

---

* = Zulassung an die Person des genannten Chefarztes gebunden.

Unterfranken

Heigenbrücken, Tbc-Heilstätte, Dr. Berger
Lohr/Main, Männerheilstätte Luitpoldheim, Dr. Landgraf (1 Jahr anrechenbar)
Neustadt/Saale, Tbc-Heilstätte, Dr. Halbfas

Schwaben

Augsburg-Pfersee, Tbc-Krankenhaus, Dr. Klahn
Haunstetten, Tuberkulosekrankenhaus, Dr. Goßner
Lautrach, Heilstätte, Dr. Hensel
Mittelberg, Kinderheilstätte, Dr. Saenger (2 Jahre anrechenbar)
Ried b. Lindenberg, Versorgungskrankenhaus, Dr. Brecke
Riezlern, Hochlandklinik, Dr. Backer (2 Jahre anrechenbar)
Scheidegg, Kinderheilstätte, Dr. Heiland (2 Jahre anrechenbar)
Wasach, Heilstätte, Dr. Piacensa

Kinderkrankheiten

Oberbayern

Berchtesgaden, * Kinderkrankenhaus „Felicitas", Prof. Dr. Viethen
Gaißach, Kleinkinderheilstätte, Dr. Zoelch (1 Jahr anrechenbar)
München, Univ.-Kinderklinik (Haunersches Kinderspital) Prof. Dr. Wiskott
— Univ.-Kinderpoliklinik, Prof. Dr. Weber
— Städt. Kinderkrankenhaus Schwabing, Prof. Dr. Husler
— Säuglingskrankenhaus an der Lachnerstraße, Dr. Spanier (1 Jahr anrechenbar)
Steinhöring, * Kinderkrankenhaus, Dr. Kleinle (1 Jahr anrechenbar)

Niederbayern

Bogen, * Lungenheilstätte für Kinder, Dr. Hubach (1 Jahr anrechenbar)
Landshut, * Säuglingsheim, Dr. Mößmer (1 Jahr anrechenbar)

Oberpfalz

Amberg, * Städt. Marienkrankenhaus, Dr. Lengsfeld
Regensburg, * Städt. Kinderklinik, Dr. Tschuschner
— * Säuglingsklinik, Dr. v. Velasco (1 Jahr anrechenbar)

Oberfranken

Bamberg, * Städt. Krankenhaus, Kinderabt. d. Med. Klinik, Dr. Kinkel-Dierks (1 Jahr anrechenbar)
Bayreuth, Städt. Kinderklinik, Dr. Beck

Mittelfranken

Erlangen, Univ.-Kinderklinik, Prof. Dr. Adam
Fürth, Kinderspital, Dr. Modelsee
— * Nathanstift, Dozent Dr. Fasold (nur Säuglingsabteilung, 1 Jahr anrechenbar)
Nürnberg, Cnopfsches Kinderspital, Dr. Kaspar
— * Städt. Säuglingsklinik, Dr. Kollmann (1 Jahr anrechenbar)

Unterfranken

Aschaffenburg, * Städt. Säuglingsheim, Dr. Weipert (1 Jahr anrechenbar)
Würzburg, Univ.-Kinderklinik, Prof. Dr. Ströder
— * Säuglings- und Kinderkrankenhaus vom BRK., Dr. Fluch (1 Jahr anrechenbar)

Schwaben

Augsburg, Kinderklinik, Dr. Cremer

Chirurgie

Oberbayern

Bad Reichenhall, * Städt. Krankenhaus, Prof. Dr. Hagemann
Ingolstadt, * Städt. Krankenhaus, Dr. Pfeiffer (2 Jahre anrechenbar)
München, Chirurg. Univ.-Klinik, Prof. Dr. Frey
— Chirurg. Univ.-Poliklinik, Prof. Dr. Bronner
— Städt. Krankenhaus r. d. I., Dr. Grasmann
— Städt. Krankenhaus Hohenzollernstraße, Prof. Dr. v. Seemen
— Städt. Krankenhaus Oberföhring, Dr. Scherer
— * Kreiskrankenhaus Perlach, Prof. Dr. Maurer
— Krankenhaus des 3. Ordens Nymphenburg, Geh.-Rat Prof. Dr. Schindler, Dr. Scheicher
— * Krecke-Klinik, Prof. Dr. Fick
— * Privatklinik Josefinum, Dr. Kurz
— * Krankenhaus der Barmh. Brüder, Dr. Goebel (3 Jahre anrechenbar)
— * Privatklinik Dr. Rinecker, Dr. Rinecker
— * Dr.-Decker-Klinik, Dr. v. Bomhard (2 Jahre anrechenbar)
— * Krankenhaus Martha-Maria, Dr. Mack
— * Krankenhaus Diakonissenanstalt, Prof. Dr. Wymer
— Univ.-Kinderklinik, chir.-orthop. Abteilung, Dr. Lutz (2 Jahre anrechenbar).
Oberammergau, * Chirurg.-Kinderkrankenhaus, Prof. Oberniedermayer (1 Jahr anrechenbar)
Rosenheim, * Privatklinik Dr. Golling, Dr. Dr. Golling, Dr. Meuthen (2 Jahre anrechenbar)
Traunstein, * Städt. Krankenhaus, Dr. Fackler (2 Jahre anrechenbar)
Tutzing, * Krankenhaus, Dr. Eisenreich

Niederbayern

Kötzting, * St.-Josefs-Krankenhaus, Dr. Heiß (2 Jahre anrechenbar)
Landshut, * Städt.-Krankenhaus, Dr. Schwaiblmair
Passau, * Städt. Krankenhaus, Dr. Niedermayer
Pfarrkirchen, * Kreiskrankenhaus, Dr. Frankenberger (2 Jahre anrechenbar)
Straubing, * Krankenhaus Azlburg (nur für Frauen), Dr. Angerer (2 Jahre anrechenbar)

Oberpfalz

Amberg, * Städt. Marienkrankenhaus, Dr. Felkel (3 Jahre anrechenbar)
Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Dr. Ritter
Weiden, * Städt. Krankenhaus, Dr. Seibold

Oberfranken

Bamberg, * Städt. Krankenhaus, Prof. Dr. Löffler
Bayreuth, Städt. Krankenhaus, Dr. Deubzer
— Wagner-Krankenhaus, Prof. Dr. Rostock (3 Jahre anrechenbar)
Coburg, * Landkrankenhaus, Dr. Diezel (3 Jahre anrechenbar)
Hof, Stadtkrankenhaus, Dr. Menter
— * Privatklinik Dr. Bachmann, Dr. Bachmann (2 Jahre anrechenbar)
Kronach, * Kreiskrankenhaus, Dr. Schrödl

Mittelfranken

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik, Prof. Dr. Götze
Fürth, Stadtkrankenhaus, Prof. Dr. Fischer
Nürnberg, Stadtkrankenhaus, Dr. Steichele

Unterfranken

Aschaffenburg, * Städt. Krankenhaus, Dr. Daser
— Privatklinik Dr. Wahlig, Dr. Wahlig
Schweinfurt, * Städt. Krankenhaus, Prof. Dr. Mußgnug
— * Krankenhaus St. Josef, Dr. Brech
Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik, Prof. Dr. Wachsmuth
— Juliusspital, Dr. Bundschuh

Schwaben

Augsburg, Städt. Krankenhaus, Dr. Mack
— * Diakonissenhaus, Doz. Dr. Hennig
Füssen, * Kreiskrankenhaus, Dr. Geser (2 Jahre anrechenbar)
Kaufbeuren, * Kreiskrankenhaus, Dr. Schneider (2 Jahre anrechenbar)
Kempten, * Stiftsspital Dr. Näher (3 Jahre anrechenbar)
Krumbach, * Kreiskrankenhaus, Dr. Oettle (2 Jahre anrechenbar)
Memmingen, * Kreiskrankenhaus, Dr. Kraemer (2 Jahre anrechenbar)
Neuburg / Donau, * Krankenhaus der Elisabethinerinnen (Frauen) — * Krankenhaus der Barmh. Brüder (Männer) — Dr. Bräuninger (insgesamt 3 Jahre anrechenbar)
Wertingen, * Kreiskrankenhaus, Dr. Stimpfl (2 Jahre anrechenbar)

Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Oberbayern

Bad Reichenhall, Klinik Dr. Nahmmacher, Dr. Nahmmacher (2 Jahre anrechenbar)
München, I. Univ.-Frauenklinik, Prof. Dr. Eymer
— II. Univ.-Frauenklinik, Prof. Dr. Fikentscher
— * Krankenhaus des 3. Ordens Nymphenburg, Prof. Dr. Mayer
— Privatklinik Dr. Geisenhöfer, Dr. Geisenhöfer (2 Jahre anrechenbar)
— Privatklinik Dr. Haas: Dr. Munique, Dr. Schneider (2 Jahre anrechenbar)
— Privatklinik Dr. Hirsch, Dr. Hirsch (2 Jahre anrechenbar)
Krankenanstalt BRK I und Wöchnerinnenheim, Dr. Lützenkirchen, Dr. Hartmann (2 Jahre anrechenbar)
BRK-Mütterheim, Dr. Jäger (2 Jahre anrechenbar)
Privatklinik Dr. Mohr, Dr. Mohr (2 Jahre anrechenbar)
Traunstein, * Städt. Krankenhaus, Dr. Kneier (2 Jahre anrechenbar)

Oberpfalz

Amberg, * Städt. Marienkrankenhaus, Dr. Brandl
Regensburg, * Evangelisches Krankenhaus, Dr. Steininger (2 Jahre anrechenbar)
— * Allg. Krankenhaus, Gynaek. Abtlg., Dr. Bodewig (2 Jahre anrechenbar)
— * Allg. Krankenhaus, Gynaek. Abtlg., Dr. Eisenberger (2 Jahre anrechenbar)
— * Entbindungsheim, Dr. Bengel (nur Geburtshilfe, 2 Jahre anrechenbar)
Weiden, * Städt. Krankenhaus, Dr. Schwarz (2 Jahre anrechenbar)

Oberfranken

Bamberg, Staatl. Frauenklinik, Prof. Dr. Lüttge
Bayreuth, Städt. Krankenhaus, Doz. Dr. Wolfram
Coburg, Privatklinik Dr. Dreyer, Dr. Dreyer

Mittelfranken

Ansbach, * Städt. Krankenhaus, Dr. Heumann
Erlangen, Univ.-Frauenklinik, Prof. Dr. Dyroff
Fürth, * Stadtkrankenhaus, Dr. Gänßbauer
Nürnberg, Städt. Frauenklinik, Dr. Rummel

Unterfranken

Würzburg, Univ.-Frauenklinik, Prof. Dr. Burger
— Privatklinik Dr. Köster, Dr. Köster (2 Jahre anrechenbar)

Schwaben

Augsburg, * Wöchnerinnenheim, Dr. Hämmerle
Neuburg/Donau, * Krankenhaus der Elisabethinerinnen Dr. Schäfer (2 Jahre anrechenbar)

Urologie

Oberbayern

München, Urologisches Krankenhaus, Doz. Dr. May
— * Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Dr. Schneider

Mittelfranken

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik, urol. Abt., Prof. Dr. Goetze, Prof. Dr. Thiermann

Schwaben

Augsburg, * Diakonissenhaus, Doz. Dr. Hennig

Nerven- und Geisteskrankheiten

Oberbayern

Eglfing, Heil- und Pflegeanstalt, Prof. Dr. von Braunmühl
München:
Von einer Tätigkeit in den nachstehenden 3 Münchener Instituten sind insgesamt 6 Monate auf die Facharztausbildung von 3 Jahren anrechenbar
Dtsch. Forschungsanstalt f. Psychiatrie, Max-Planck-Institut
a) Hirnpathol. Institut, Prof. Dr. Scholz
b) Institut für Serologie und experiment. Therapie,
c) Institut für Genealogie, Doz. Dr. Schulz
— Univ.-Nervenklinik, Prof. Dr. Stertz
— Hirnverletztenheim, Dr. Wollny (nur Neurologie, 1 Jahr anrechenbar)

Niederbayern

Mainkofen, Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Lang (nur Psychiatrie, 2 Jahre anrechenbar)

Oberpfalz

Regensburg, Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Bischof (nur Psychiatrie, 2 Jahre anrechenbar)

Oberfranken

Bamberg, Nervenklinik St. Getreu, Doz. Dr. Baumer
Bayreuth, Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Mönius (nur Psychiatrie, 1 Jahr aarechenbar)
— Sanat. Herzoghöhe, Dr. Beyer (Psych. u. Neurologie, 2 Jahre anrechenbar)

Mittelfranken

Ansbach, Heil- und Pflegeanstall, Dr. Lensser (Psychiatrie und Neurologie, 2 Jahre anrechenbar)
Erlangen, Univ.-Nervenklinik
— Heil- und Pflegeanstalt, Prof. Dr. Leibbrand (Psychiatrie und Neurologie, 2 Jahre anrechenbar)
Nürnberg, Städt. Krankenhaus, Prof. Dr. v. Bayer

Unterfranken

Lohr/Main, Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Hofmann (nur Psychiatrie, 2 Jahre anrechenbar)
Würzburg, Univ.-Nervenklinik, Prof. Dr. Scheller
— Neurologische Universitäts-Klinik und Poliklinik, Prof. Dr. Schaltenbrand (nur Neurologie, 2 Jahre anrechenbar)

Schwaben

Günzburg, Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Sighart (nur Psychiatrie, 2 Jahre anrechenbar)
Kaufbeuren, Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Kroiß

Orthopädie

Oberbayern

Bad Tölz, Orthopädisches Versehrtenkrankenhaus, Prof. Dr. Lange
Mühldorf, * Kreiskrankenhaus, Orthopäd. Abtlg., Doz. Dr. Leichs (1 Jahr anrechenbar)
München, Orthopädische Klinik, Prof. Dr. Hohmann
— Orthopädische Poliklinik, Prof. Dr. Hohmann

Mittelfranken

Altdorf b. Nürnberg, Orthopädische Klinik und Wichernhaus, Dr. Becker
Erlangen, Orthopädische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik, Prof. Dr. Goetze, Doz. Dr. Dopfer
Nürnberg, * Unfallklinik Dr. Erler, Dr. Erler

Unterfranken

Werneck, * Versehrtenkrankenhaus, Dr. Lässig
Würzburg, Orthopädische Klinik, Prof. Dr. Niederecker

Schwaben

Göggingen, Hessingsche Heilanstalt, Dr. Giuliani (1 Jahr anrechenbar)

Augenkrankheiten

Oberbayern

München, Univ.-Augenklinik, Geh. Rat Prof. Dr. Wessely
— Herzog-Karl-Theodor-Klinik, Dr. Zenker

Niederbayern

Landshut, Privatklinik Dr. Grasser, Dr. Grasser

Oberpfalz

Regensburg, Augenklinik Dr. Klier, Dr. Klier
— Fachpraxis Dr. Steinmetz (1 Jahr anrechenbar)

Oberfranken

Bamberg, Privatklinik Dr. Kunkel (1 Jahr anrechenbar)

Mittelfranken

Ansbach, Fachpraxis Dr. Rumbaur (2 Jahre anrechenbar)
Erlangen, Universitäts-Augenklinik, Prof. Dr. Fleischer
Fürth, Fachpraxis Dr. Keim (1 Jahr anrechenbar)
Nürnberg, Maximilians-Heilaastalt für arme Augenkranke, Dr. Merkel
Weißenburg, Städt. Augenklinik, Dr. Bergler

Unterfranken

Würzburg, Universitäts-Augenklinik, Doz. Dr. Scharf

Schwaben

Memmingen, Fachpraxis Dr. Mulzer (1 Jahr anrechenbar)

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Oberbayern

München, Universitätskliaik für HNO-Kranke, Prof. Dr. Brünings
— Städt. HNO-Abt. im Krankenhaus l. d. I., Dr. Michels
— Privatklinik Dr. Riefler, Dr. Riefler (t½ Jahre anrechenbar)

Oberfranken

Hof, Privat-Klinik Dr. Weiß (1 Jahr anrechenbar)
Kronach, Fachpraxis Dr. Reinsch (1 Jahr anrechenbur)

Mittelfranken

Erlaugen, Universitäts-Ohrenklinik, Prof. Dr. Beck

Unterfranken

Würzburg, Universitäts-HNO-Klinik, Prof. Dr. Meyer

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Oberbayern

München, Universitäts-Hautklinik, Prof. Dr. Marchionini
— * Krankenhaus Biederstein, Dr. Boehm

Oberpfalz

Regensburg, * Hautklinik am Städt. Allg. Krankenhaus, Prof. Dr. Funk

Mittelfranken

Erlangen, Universitäts-Hautklinik, Prof. Dr. Hasselmann
Nürnberg, * Städt. Krankenhaus, Hautklinik, Dr. Beck

Unterfranken

Würzburg, Universitäts-Hautklinik, Prof. Dr. Schuermann

Schwaben

Augsburg, * Städt. Hautklinik, Dr. Kiendl

Röntgen- und Strahlenheilkunde

Oberbayern

Garmisch, Röntgeninstitut Dr. Henkel (1 Jahr anrechenbar)
München, Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität, Prof. Dr. Boehm
— Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie am Krankenhaus l. d. I., Riederinst., Prof. Dr. Boehm
— Röntgenabteilung der Chirurg. Universitätsklinik, Prof. Dr. Kohler
— Röntgenabt. des Krankenhauses r. d. I., Dr. Ekert
— * Röntgenabteilung der I. Med. Klinik, Dr. Karpati (Diagnostik, 2 Jahre anrechenbar)
— Krankenhaus des Dritten Ordens, Nymphenburg, Dr. Schön
— l. Universitäts-Frauenklinik, Strahlenabt., Dr. Ries (nur Therapie, 1 Jahr aarechenbar)
— * Med. Poliklinik der Universität, Doz. Dr. Bergstermann (nur Diagnostik, 2 Jahre anrechenbar)
— * Röntgenabteilung d. Chirurg. Poliklinik, Dr. Gurniak (nur Diagnostik, 2 Jahre anrechenbar)
— Röntgeninstitut Prof. Dr. Fetzer (t Jahr anrechenbar)
— Röntgeninstitut Prof. Dr. Stumpf (t Jahr anrechenbar)
— BRK-Krankenhaus I, Röntgenabteilung, Dr. Hill
Traunstein, * Städt. Krankenhaus, Röntgenabteilung, Dr. Schorr

Niederbayern

Landshut, * Städt. Krankenbaus, Dr. Hundemer (2 Jahre anrechenbar)

Oberpfalz

Regensburg, * Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Dr. Körner, Dr. Demmel (2 Jahre anrechenbar)

Oberfranken

Coburg, Privatklinik Dr. Dreyer (nur Therapie im Rahmen der Frauenheilkunde), Dr. Dreyer

Mittelfranken

Erlaugen, Röntgenabteilung der Med. Universitäts-Klinik, Prof. Dr. Matthes, Dr. Barth
— Universitäts-Frauenklinik, Röntgenabteilung, Prof. Dyroff (nur Therapie, 2 Jahre anrechenbar)
Fürth, * Röntgenabteilung d. Städt. Krankenhauses, Dr. Schlotter
Nürnberg, Röntgenabteilung des Städt. Krankenhauses, Dr. Hammer

Unterfranken

Schweinfurt, * Röntgenabteilung d. Städt. Krankenhauses, Prof. Dr. Dyes
Würzburg, * Röntgenabteilung der Chirurg. Universitätsklinik, Doz. Dr. Buchthala
— Universitäts-Frauenklinik, Prof. Dr. Burger (nur Therapie, im Rahmen der Frauenheilkunde)
— Röntgenabteilung der Med. Poliklinik der Universität, Prof. Dr. Henning, Dr. Ziemann (nur Diagnostik, 2 Jahre anrechenbar)

München, den 17. Dezember 1951

Bayer. Landesärztekammer
Dr. Weiler, Präsident

Sprechstundentätigkeit außerhalb des Niederlassungsortes

Vom Bayer. Staatsministerium d. Innern erscheint im Bayer. Staatsanzeiger Nr. 44/51 nachstehende Bekanntmachung vom 25. Oktober 1951 Nr. III 8 — 5034/20: betr.: Ausübung des ärztlichen, zahnärztlichen, tierärztlichen und dentistischen Berufs außerhalb des Niederlassungsortes.

Aus der Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes vom 20. Juli 1951 (GVBl. S. 139), die unter anderem § 5 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (Bayer. Ärzteblatt 1950, Heft 3, Seite 72 ff.) für nichtig erklärt hat, wird vielfach gefolgert, daß nunmehr jede Sprechstundentätigkeit außerhalb des Niederlassungsortes zulässig sei. Hierzu wird folgendes festgestellt:

Nach Art. 2 des Gesetzes zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens vom 23. Dezember 1948 (GVBl. 1949 S. 2) l. d. Fassung des Abänderungsgesetzes vom 30. August 1950 (GVBl. S. 161) kann eine Niederlassung als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Dentist nur an einem Orte begründet werden. Wie auch aus den Beratungen des Bayer. Landtagsausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen vom 13. Dezember 1948 hervorgeht, ist damit zum Ausdruck gebracht, daß die Errichtung einer Zweigpraxis, nämlich das auf eigener Initiative beruhende regelmäßige Abhalten von Sprechstunden außerhalb des Niederlassungsortes, verboten und nach Art. 5 o.a. Gesetzes strafbar ist (vgl. auch Ziff. 7 der MB. zum Vollzug des Niederlassungsgesetzes vom 29. Dezember 1948 — MABl. 1949 S. 24). Dieses Verbot wird durch die o.a. Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofs nicht berührt. Nach § 5 Abs. 1 der ärztlichen Berufsordnung war es dem Arzt nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Diese Bestimmung hat der Verfassungsgerichtshof wegen ihrer allgemeinen und weiten Fassung mit der Begründung für nichtig erklärt, es könne im Interesse der die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmenden Bevölkerung liegen, daß ein Arzt außerhalb des Ortes der Niederlassung sich zur Behandlung von Patienten bereit hält. Anders ist die Rechtslage, wenn ein Arzt auf besonderes Anfordern bestimmter Patienten oder Krankenanstalten außerhalb seines Niederlassungsortes tätig wird und gelegentlich dieser Tätigkeit sich auch zur Behandlung anderer Patienten zur Verfügung hält (z. B. ein Facharzt, der in ein Krankenhaus außerhalb seines Niederlassungsortes mehr oder weniger regelmäßig zur Behandlung gerufen wird und sich hierbei auch zur Behandlung anderer Patienten bereit hält). Daß durch die Nichtigerklärung des § 5 Abs. 1 der ärztlichen Berufsordnung die im Art. 2 des Niederlassungsgesetzes festgelegte örtliche Bindung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten an einen bestimmten Niederlassungsort nicht gelockert werden sollte, geht schon daraus hervor, daß der Bayer. Verfassungsgerichtshof auf diese Bestimmung ausdrücklich hingewiesen hat (Abschnitt VI A 3 g der Entscheidung).

Daraus folgt, daß nach wie vor das regelmäßige Abhalten von Sprechstunden auf eigene Initiative nicht zulässig ist. Ob die ärztliche Tätigkeit außerhalb des Niederlassungsortes als eine Sprechstundentätigkeit gelegentlich eines besonderen Anlasses anzusehen ist, die nicht unter das Verbot des Art. 2 des Niederlassungsgesetzes fällt, muß im Einzelfall entschieden werden.

I. A.: gez. Platz, Ministerialdirektor.

die Arbeit vorwiegend auf die Regierungsbezirke dezentralisiert und doch mit der direkten Unterstellung der Medizinabteilung des bayerischen Innenministeriums einheitlich ausgerichtet und gelenkt. In der Dezentralisierung liegt die Gewähr über die staatlichen Gesundheitsämter, den Kontakt und die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit praktischen Ärzten und Fachärzten (Haut-, Hals-, Nasen-, Ohrenärzten sowie Tuberkulosefachärzten) herzustellen, um einer uneigennützigen Aufgabe der Heilung der Hauttuberkulosen, insbesondere der Lupuskranken, zu dienen, die heute absolut erzielt werden kann. Vornehmste Pflicht bleibt dabei, den Kranken das eigene Selbstvertrauen wiederzugeben und den in der Praxis stehenden Kollegen Berater und Helfer zu sein, diese Aufgabe zu lösen. Schrittmacher und Wegbereiter in diesem Arbeitsgang sind die Lupussprechtage, die in Zukunft wieder regelmäßig bei den Gesundheitsämtern anlaufen werden.

Diese Mitteiiung schließt die Bitte und Anregung in sich, aufgeschlossen und freudig in energischer Mitarbeit an die Lösung des Problems heranzugehen. Mit Rat und Tat stehen die Hauttuberkulose-Fachberater jederzeit zur Verfügung.

Prof. Dr. A. Marchionini
Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München
für die Regierungsbezirke: Oberbayern und Schwaben

Prof. Dr. C. Funk	Prof. Dr. H. Schuermann
Leiter der Städt. Hautklinik Regensburg	Direktor der Universitäts-Hautklinik Würzburg
für die Regierungsbezirke: Oberpfalz-Niederbayern	für die Regierungsbezirke: Unter-, Mittel-, Oberfrank.

Vollsalzprophylaxe gegen Kropf

In Beantwortung einer vom Abg. Dr. Rudolf Soenning (FDP) im Landtag gestellten Anfrage bezüglich der Einführung der Vollsalzprophylaxe in kropfgefährdeten Gebieten teilte Innenminister Dr. Wilhelm Hoegner mit, daß zur Vorbereitung ihrer Durchführung zur Zeit unter der Leitung des Medizinalreferenten der Regierung von Schwaben Erhebungen durchgeführt werden. Die Einführung der Vollsalzprophylaxe sei in Aussicht genommen, sobald das Ergebnis der Erhebungen, die besonders auch die Schulen betreffen, vorliegt.

(BLD Nr. 47 v. 6. 11. 51)

Tauglichkeitsuntersuchungen für Segelflugsport

Die Zulassung des Segelflugs macht die Durchführung von Fliegertauglichkeits-Untersuchungen notwendig. Die hiefür notwendigen Ärzte müssen nach § 18 Abs. 2 Ziff. 4 der Verordnung über Luftverkehr vom 21. 8. 1936 (RGBl. I S. 659) durch das Luftamt — d. i. in Bayern das Bayerische Staatsministerium für Verkehrsangelegenheiten — bestellt werden.

Kollegen, die bereits früher Fliegertauglichkeits-Untersuchungen durchgeführt haben und die bereit wären, sich für die neueriichen Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, werden gebeten, baldmöglichst ihre Anschrift der Bayerischen Landesärztekammer, München 22, Königinstraße 23, mitzuteilen.

1. Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. in Bad Pyrmont

Vom 12.—14. Oktober 1951 fand in Bad Pyrmont die erste Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. statt. In ihrer Begrüßung umriß die erste Vorsitzende, Frau Dr. von Zwehl, München, noch einmal ganz kurz die Ziele des Ärztinnenbundes, der sich zur Aufgabe gestellt hat die Herstellung persönlicher Verbindung und Förderung des Zusammenhalts unter den Ärztinnen sowie die Bearbeitung von Fragen auf sozialhygienischem, bevölkerungspolitischem und ethischem Gebiete, die die Ärztin als Frau angehen.

Am ersten Tag sprachen Frau Dr. Melitta Mitscherlich, Bad Kissingen, über „Die Entwicklung der Frau in den letzten 50 Jahren, tiefenpsychologisch gesehen", und Frau Dr. Ursula Zenke, Hannover, „Zur Ursache der Neurosen im Leben der Frau". In beiden Vorträgen wurden Probleme erörtert, die sich ganz allgemein aus der Stellung ergeben, die die Frau heute im Beruf und in der Familie einnimmt. Auch die Beziehungen der Geschlechter zueinander haben eine Wandlung erfahren. Wo auch immer die Frau wirkt, werden ihre stärker im Seelischen wurzelnden Kräfte spürbar werden. Bei seelischen Störungen und Schwierigkeiten wird daher die Ärztin in ganz besonderem Maße zum Helfen berufen sein.

Auch die beiden Rednerinnen des zweiten Tages, Frau Dr. Dorothea Magnussen, Kiel, über „Erfahrungen aus der Eheberatung", und Frau Dr. Maria Ries, München, „Zur Frage der schmerzlosen Entbindung", gingen über die praktischen Fragen ihres Themas hinaus und stellten in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen die Bedeutung der harmonischen Persönlichkeitsentwicklung und die Roiie, die der Arzt als Erzieher und Hüter der Menschlichkeitswerte spielt. So standen diese vier Vorträge trotz der Verschiedenheit ihrer Themen unter einem einheitlichen Gedanken. Die rege Diskussion ließ manche entgegengesetzte Meinungen zu Worte kommen, und doch kam in ihr sowie in privaten Gesprächen zum Ausdruck, wie stark alle Zuhörerinnen von diesem Appeli an den Einsatz der Persönlichkeit der Ärztin als Frau gepackt waren.

Frau Dr. Viktoria Steinbiß, M. d. B., Bonn, lenkte in ihrem Vortrag über „Familienfürsorge und Sozialamt" das Interesse der Ärztinnen auf die große Bedeutung, die das Gesundheitsamt innerhalb der soziaien Arbeit hat. Es besteht aber heute die Gefahr, daß durch die Bestrebungen, in der Sozialverwaltung Wohlfahrts-, Jugend-, Gesundheitsamt und Amt für Familienfürsorge zusammenzufassen, das Gesundheitsamt an die letzte Steiie rückt, da sich das Interesse stärker auf die wirtschaftlichen Nöte konzentriert. Die Rednerin stellte die Forderung auf, das Gesundheitsamt an die Spitze zu stellen, da die vorbeugenden Maßnahmen der Gesundheitsführung grundlegend für jede soziale Arbeit sind.

Durch das geschickt zusammengestellte Programm und die straffe Durchführung desselben blieb den Ärztinnen noch genügend Zeit zur persönlichen Fühlungnahme und Aussprache im kleineren Kreis sowie zum Genuß der schönen, gepflegten Kuranlagen und des strahienden Herbstwetters. Auf dem gemeinsamen Festessen am letzten Abend kam der aufrichtige Dank aller Teilnehmerinnen an den Arbeitsausschuß, der die Tagung so ausgezeichnet vorbereitete, und die Pyrmonter Ärztinnen sowie die Kurverwaltung für die herzliche und gastfreie Aufnahme zum Ausdruck.

Prof. Dr. Auguste M. Hoffmann.

*

Der Bayerische Ärztinnenbund hat trotz der weiten Entfernung und des etwas ungünstigen Termins mit einer Anzahl Kolleginnen an der Tagung teilgenommen. Dies wurde erleichtert dadurch, daß der Bayerische Ärztinnenbund durch Bereitstellung eines Volkswagen-Omnibusses die Reisekosten auf ein Minimum herabsetzte. Die Pyrmonter Kolleginnen ihrerseits ermöglichten durch Freiquartiere eine fühlbare Verbilligung des Aufenthaltes.

Die Teilnehmerinnen empfanden es als besonders anregend und fördernd, mit Kolleginnen aus allen Teilen des Bundesgebietes und West-Berlins in persönlichen Unterhaltungen Erfahrungen austauschen zu können. Dieser Gedankenaustausch gestaltete sich fruchtbringend durch das Zusammentreffen von beamteten Ärztinnen, Klinikleiterinnen und Ärztinnen der freien Praxis aus den verschiedensten Arbeitsgebieten.

Die besinnliche Stille des ungemein gepflegten, mit reichen Naturschönheiten gesegneten Badeortes Pyrmont schuf eine einzigartige, harmonische Atmosphäre.

Die wissenschaftlichen Referate der Tagung werden gedruckt und unseren Mitgliedern zugesandt. Sonstige Interessentinnen können diese bis spätestens 15. 1. 1952 schriftlich bestellen bei Schriftführerin Dr. Christa Scherpf, München 23, Clemensstraße 8.

I. Vorsitzende Dr. Hertha Riffeser,
München 12, Heimeranstr. 2.

Stenographische Niederschrift über die Verhandlungen des 54. Deutschen Ärztetages am 6./7. Oktober 1951 in München

Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern beabsichtigt die Drucklegung der vorgenannten nunmehr vollständig vorliegenden Niederschrift, die jedoch von der Anzahl der an ihrem Erwerb interessierten Ärzte abhängt. Der Selbstkostenpreis für ein Exemplar wird ca. 3 DM betragen. Kolleginnen und Kollegen, die den Bezug eines oder mehrerer Exemplare der erwähnten Niederschrift wünschen, werden gebeten, dies der Bayer. Landesärztekammer baldmöglichst mitzuteilen.

Augsburger Fortbildungstage für prakt. Medizin

Die Vorträge der 5. Vortragsreihe

Thema: Herz- und Kreislauferkrankungen

ist erschienen und kann gegen Voreinsendung von DM 3.— vom Ärztl. Bezirksverein Augsburg bezogen werden. Konto des ÄBV Augsburg: Postscheckamt München Nr. 65 30.

Nächste Augsburger Veranstaltungen:

15./16. März 1952, Thema: Unfallmedizin,
28./29. Juni 1952, Thema: Nervenkrankheiten.

Prof. Schretzenmayr

Deutsche Ärzteversicherung

auf Gegenseitigkeit

Berlin Hamburg

Die 46. Hauptversammlung der Deutschen Ärzteversicherung a.G. hat am 4. Oktober 1951 Ersatzwahlen für die Hauptversammlung und für den Aufsichtsrat durchgeführt.

Am selben Tag hat der Aufsichtrat Herrn Prof. Dr. Karl Freudenberg aus dem Vorstand abberufen.

Nunmehr setzen sich die Verwaltungsträger der Deutschen Ärzteversicherung a.G. aus folgenden Herren in der Reihenfolge des Abc zusammen:

I. Hauptversammlung:

Dr. med. Richard Fuehs, Vorsitzer, Hamburg,
Dr. med. Herbert Britz, Köln-Mülheim,
Reg.Med.Rat. Dir. Dr. med. Theodor Dobler, Schorndorf/Württ.,
Dr. med. Viktor Egen, Münster i. Westf.
Dr. med. Alois Geiger, Karlsruhe,
Dr. med. Fritz Hamann, Berlin-Nikolassee,
Dr. med. Richard Hammer, Darmstadt,
Dr. med. Ernst Heiß, Schwandorf/Opf.,
Dr. med. Otto Jost, Meinerzhagen i. W.,
Dr. med. Helmut Jung, Oberdielfen, Kr. Siegen,
Dr. med. Hans Kadow, Osnabrück,
Dr. med. Walter Maleeh, Gießen,
Dr. med. Sotirios Pharmakidls, Rhaunen/Hunsrück.
Dr. med. Erich Röper, Hamburg,
Dr. med. Hans Sauer, Inning am Ammersee,
Dr. med. Emil Selter, Frankfurt/M.,
Dr. med. Erich Tenbaum, Limburg/Lahn,
Dr. med. Rudolf Weise, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf,
Dr. med. Hugo Wolff, Stelnkirchen, Kr. Stade.

II. Aufsichtsrat:

Dr. med. Richard Fuehs, Vorsitzer, Hamburg
Dr. med. Viktor Egen, Münster i. W.,
Dr. med. Alois Geiger, Karlsruhe,
Dr. med. Georg Hinzmann-Fürstenau, Berlin-Friedenau,
Assessor Karl Hörle, Köln-Braunsfeld,
Dr. med. Ernst Neumann, Gelsenkirchen-Buer,
Dr. med. Wilhelm Sehleef, Berlin-Friedenau,

III. Vorstand:

Dr. Wilhelm Frleke, Hamburg,
Walter Meewes, Berlin-Britz.

Vertragsloser Zustand mit den Lebensversicherungen

Die Pressestelle der norddeutschen Ärzteschaft teilt mit:

„In der Anweisung I B 4 / Y 2 / 5657 / 51 v. 22. 10. 1951 erklärt das Bundesministerium für Wirtschaft die weitere Anwendung des am 4./11. 8. 1922 zwischen der Ärzteschaft und dem Verband der Lebensversicherungsunternehmen geschlossenen Honorarvertrags nach den kartellrechtlichen Bestimmungen vom 12. 2. 1947 ab als ungesetzlich und verboten.

Im gleichen Schreiben bestimmt das Bundeswirtschaftsministerium in Ziff. 2, Abs. 3 weiterhin:

‚Auch ein stillschweigendes Zusammenwirken der Ärzte einerseits und der Lebensversicherungs-Unternehmen andererseits, das sich auf Einhaltung des Vertrages ohne Rücksicht auf dessen formelle Gültigkeit richtet, ist unzulässig.'

Daraus ergibt sich, daß die neuerdings festgestellten Versuch verschiedener Lebensversicherungsunternehmen unter Billigung ihres Verbandes, Ärzte unter den festen Honorarbedingungen des früheren Vertrags zur Weiterarbeit zu veranlassen, rechtswidrig sind und einen Verstoß gegen die Dekartellislerungsvorschriften darstellen. Aus gegebener Veranlassung sehen wir uns genötigt, die Kollegen darauf aufmerksam zu machen, daß sie sich durch Eingehen solcher Absprachen strafbar machen können. Zum Schutze der Kollegen wird gebeten, auch weiterhin Fälle mitzuteilen, in denen von Lebensversicherungsgesellschaften Versuche unternommen werden, Ärzte zur Zuwiderhandlung gegen die Anordnung des Bundesministeriums zu veranlassen.

Honorargrundlage für Lebensversicherungsuntersuchungen kann mangels eines Vertrags ausschließlich die ärztliche Gebührenordnung sein. Ein Anspruch auf die Berechnung von Mindestsätzen ist dort ausdrücklich nur für Armenverbände, Sozialkrankenkassen usw. (vgl. Einleitung zur Adgo) vorgesehen.

Die Übersendung von Hausarztberichten an die Gesellschaften auf Grund direkter Anforderung durch die Lebensversicherungsunternehmen ist mangels Vertrags ebenso unstatthaft. Es bestehen jedoch keine Bedenken, wenn im Einzelfall dem darum ersuchenden Patienten ein Befundbericht in freier Form (also nicht auf das Formulargutachten einer Lebensversicherungsgesellschaft) gegen die übliche Honorierung nach der Gebührenordnung zu dessen Verfügung ausgefertigt wird."

Kohlenversorgung der Ärzte

Die Fraktion der FDP des Deutschen Bundestages hat nachstehende Anfrage an die Bundesregierung gestellt:

„Mit großer Besorgnis sehen die deutschen Heilberufe der Versorgung ihrer Behandlungsräume mit Hausbrandkohle im kommenden Winter entgegen. Die in der kalten Jahreszeit regelmäßig eintretende Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes läßt eine Zunahme und Weiterverbreiterung der Erkältungs- und der ansteckenden Krankheiten erwarten. Die Behandlungsräume und die Apotheken werden überfüllt sein, der Aufenthalt in ihnen wird sich über Stunden erstrecken.

Die Bundesregierung wird um Auskunft gebeten, was sie unternommen hat, um im Interesse der Volksgesundheit eine ausreichende Versorgung der Heilberufe mit Hausbrandkohle sicherzustellen."

Neue Leistungsbezeichnungen in der Krankengymnastik

Durch eine Vereinbarung zwischen der Berufsvertretung der staatl. anerk. Krankengymnasten und der Spitzenorganisation der Ersatzkassen haben sich für das ganze Bundesgebiet neue Leistungsbezeichnungen für die ärztlichen Verordnungen bei Ersatzkassenmitgliedern ergeben.

Die neuen Leistungsbezeichnungen sind nachstehend wiedergegeben:

1. Krankengymnastisehe Ganzbehandlung (einschließlich der erforderlichen allgemeinen Massage, wie sie z. B. nachfolgende Krankheitsbilder erfordern: Asthma, Hüftluxation, Hyper- und Hypotonie, Obstipation, Little Krankheit, Polyarthritis, Polyneuritis, Hemiplegie, Wirbelsäulenerkrankungen wie Bechterewsche Erkrankung, Skoliose, rachitische Spätfolgen, Diskusprolaps, neurologische Systemerkrankungen wie Poliomyelitis, multiple Sklerose usw.)

Die Behandlung zweier Körperteile gilt als eine Ganzbehandlung.

2. Krankengymnastische Teilbehandlung (einschließlich der erforderlichen allgemeinen

Massage, wie bei Frakturen, Distorsionen, Luxationen. Epicondylitis, Zustand nach Amputationen usw.).

3. Krankengymnastik bei Schwangerschaftsbeschwerden besonders der statischen Rücken- und Beinbeschwerden, Stauungsbeschwerden durch Krampfadern und Ödeme, Obstipation, Dehnbeschwerden der Bauchdecken, Intercostalneuralgie, Ischialgie usw.

4. Krankengymnastische Wochenbettbehandlung. Bauchdecken- und Beckenbodenbehandlung, Vorbeugung von Unterleibssenkungen, Verhütung statischer Beschwerden durch Lordose infolge Erschlaffung der Bauchmuskeln.

5. Krankengymnastische Säuglingsbehandlung, z. B. bei Dystrophie, Rachitis, Redressement des Klumpfußes, Schiefhalses usw.

6. Vollichtbad bzw. Ganzheißluftbad. Teillichtbad bzw. Teilheißluftbad.

7. Wasserganzbehandlung oder Wasserstrahlmassage; Wasserteilbehandlung.

8. Krankengymnastische Gruppenbehandlung.

9. Spezielle Massagebehandlung, z. B. Vibrationsmassage, Streichmassage, Bindegewebsmassage, z. B. bei Störungen des vegetativen Nervensystems, Menstruationsstörungen, Migräne, Enuresis nocturna, Gefäßerkrankungen, Asthma bronchiale, Ulcera cruris usw.

10. Elektrogymnastik (Faradisieren, Galvanisieren, Jontophorese).

11. Hausbesuch bei Bettlägerigen und Gehbehinderten.

Die Vergütungen zu den vorstehenden krankengymnastischen Leistungen zählen zu den kleineren Heilmitteln und belasten nicht den Regelbetrag für Arzneimittel.

Eine Klarstellung

Im Heft Nr. 1 des Jahrganges 1951 seiner Zeitschrift „Der deutsche Arzt" hat der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) bekanntgegeben, daß er am 22. Mai 1951 eine eigene Wirtschaftsvereinigung gegründet habe, die am 21. August 1951 in das Genossenschaftsregister in Hamburg eingetragen worden sei. Als Gegenstand des Unternehmens wird in der Satzung an erster Stelle die Förderung der wirtschaftlichen Interessen des Verbandes der Ärzte Deutschlands genannt.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen teilen wir hierdurch mit, daß diese Wirtschaftsvereinigung mit keiner der unterzeichnenden ärztlichen Genossenschaften identisch ist, die sich in den vergangenen Jahren mit Erfolg für eine Senkung der Betriebsausgaben ihrer Mitglieder eingesetzt haben und einer großen Zahl deutscher Ärzte wirtschaftliche Hilfe zu geben vermochten.

WINORA Wirtschaftsvereinigung nordwestdeutscher Ärzte e.G.m.b.H., Hamburg
Der Vorstand

Wirtschaftsgenossenschaft der Ärzte e.G.m.b.H.
Frankfurt a. M.
Der Vorstand

Wirtschaftsgenossenschaft der Ärzte Nordrhein e.G.m.b.H.
München-Gladbach
Der Vorstand

Bad Wildungen

Die Zwischenbilanz, die für Bad Wildungen am 15. 8. ds. Jhrs. aufgestellt wurde, zeigt die steile Aufwärtsentwicklung des weltbekannten Kur- und Erholungsortes in der Zunahme der Zahl der Kurgäste um 30% und der verabreichten Bäder um 20% gegenüber dem gleichen Stichtag des Vorjahres. Erfreulicherweise war auch der Ausländerverkehr an dieser Steigerung in stärkerem Maße als bisher beteiligt, mit Gästen aus einer großen Reihe der Länder des Kontinents und aus Übersee. Die günstige Entwicklung wurde ermöglicht durch den Wiederaufbau mehrerer Hotels und durch die Tatsache, daß nunmehr alle ortsgebundenen Kurmittel und eine qualifizierte Ärzteschaft wieder uneingeschränkt zur Verfügung stehen und daß die Kurverwaltung bemüht war, durch ein vielseitiges Unterhaltungsprogramm für das Wohl der Kurgäste Sorge zu tragen.

Sendungen des Bayerischen Rundfunks

Die Bayerische Landesärztekammer macht alle Kolleginnen und Kollegen auf folgende Rundfunksendungen aufmerksam:

Am 2. Januar 1952, 21.00—21.20 Uhr Viktor von Weizsäcker, Heidelberg:

Versuch einer allgemeinen Medizin.

Am 7. Januar 1952, 21.00—21.20 Uhr Ernst Kretschmer, Tübingen:

Ärztliche Menschenkenntnis und Menschenbeurteilung.

PERSONALIA

Prof. Dr. Alexander, früher Chefarzt der Heilstätte Agra bei Lugano, jetzt Leiter der Landesschirmbildstelle in Hannover, wird am 30. 11. 1951 70 Jahre alt.

Herr Dr. Max Bickel vollendete als Kurarzt in Bad Reichenhall am 10. 10. 1951 sein 75. Lebensjahr.

Herr Sanitätsrat Dr. Josef Dobner, prakt. Arzt in Miesbach, feierte am 6. 11. 1951 seinen 75. Geburtstag. Er hat sich in aufopfernder Weise für die Ärzteschaft verdient gemacht und ist trotz seines Alters noch in vielen Organisationen der KVB Oberbayern tätig.

Obermedizinalrat Professor Dr. Alfred Groth, ehem. Mitglied der Universität München, feierte am 16. 10. 1951 in Dießen am Ammersee ebenfalls seinen 75. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Der Chefarzt des städt. Loretokrankenhauses in Rosenheim, Herr Dr. Adolf Horner, ist im Alter von 66 Jahren am 23. Oktober 1951 gestorben.

Herr Dr. Fritz Scharrer, prakt. Arzt in Pappenheim, ist im Alter von 50 Jahren Ende September ds. Jhrs. gestorben.

Obermedizinalrat Dr. Ernst Stark, Krankenhausdirektor a. D., Velburg/Opf., ist am 3. Dezember 1951 im 71. Lebensjahr gestorben.

Medizinalrat Dr. Leonhard Voigt †

Am 29. 9. 1951 verschied nach langem und schwerem Leiden der Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes in Bad Tölz, Medizinalrat Dr. Leonhard Voigt, im 59. Lebensjahr.

Über sein eigentliches Fachgebiet — die Dermatologie — hinaus entwickelte er am Ort seiner ersten Niederlassung, in Nürnberg, eine außerordentlich fruchtbare wissenschaftliche, organisatorische und künstlerische Tätigkeit. Er war der Gründer des Nürnberger Madrigalchores und des Bachvereins.

Nach Ablegung seines Examens für den Staatsdienst kam er 1930, als damals jüngster Bezirksarzt, nach Bad Tölz. Auch in seinem neuen Wirkungskreis nahm er lebhaften Anteil am ärztlichen Standesleben und an der wissenschaftlichen Weiterbildung der Ärzte. Der Aufbau des Versehrtenkrankenhauses in Bad Tölz und der Erweiterungsbau des dortigen Krankenhauses sind zum großen Teil seiner Initiative zu verdanken. Seit 1950 war Dr. Voigt Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, der bei seiner letzten Tagung am 6./7. Oktober 1951 seines verstorbenen Mitgliedes in tiefer Trauer gedachte.

Die hohen ärztlichen und menschlichen Eigenschaften des Verstorbenen kamen in ergreifender Weise zum Ausdruck in der aufrichtigen Trauer der Bevölkerung, wie sie sich am Grabe und in den warmen Nachrufen äußerte. Sein selbstloses Wirken hat ihm ein dauerndes Andenken in der bayerischen Ärzteschaft und in den Kreisen der Tölzer Bevölkerung gesichert.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde

An der Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen findet vom 2. bis 22. März 1952 im Einvernehmen mit dem Verband Deutscher Badeärzte und der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern ein Fortbildungskurs

in Bäder- und Klimaheilkunde statt. Teilnehmen können Badeärzte und Kollegen, die für balneologische und klimatologische Fragen Interesse haben.

Anmeldung, Prospekte und Auskunft durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32g. Die endgültige Anmeldung muß spätestens bis 15. Februar 1952 erfolgt sein. Kursgebühr 60 DM, für Jungärzte und Ärzte ohne entsprechendes Einkommen 30 DM.

Unterbringung und Verpflegung kann in den Kliniken erfolgen.

Einführungslehrgang in die Naturheilkunde

In der Zeit vom 9.—15. März 1952 veranstaltet der Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. K. Saller, München, einen Einführungslehrgang in die Naturheilkunde in Bad Nauheim. Das vorläufige Programm bringt neben Ernährungsfragen die Darstellung verschiedener Heilweisen (Akupunktur, Kneippbehandlung, Psychotherapie, Überwärmungsbad, Blutegel- und Schröpfkopfbehandlung, Homöopathie, Fastenkuren, Bindegewebsmassage, Baunscheidtismus, Darmbad und Schlenzbad, Schrothkur), auch die Erörterung theoretischer Grundlagen von Methoden der Diagnostik und Therapie, kolloid-chemischer Medikamente, Magnetismus und Suggestion, Mesotrophie als physiologisches und klinisches Problem, cutiviscerale Reflexe, Irisdiagnose.

Kursgebühr 40 DM, für Ärzte in unbezahlter Stellung die Hälfte. Postscheckkonto München Nr. 88 21, Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren, Lehrgangsabteilung. Anmeldung: Sekretariat der Lehrgänge, München 8, Langerstr. 7, Tel. 4 45 70.

Nächste Mitgliederversammlung wird am 15. und 16. März 1952 in Bad Nauheim stattfinden. Das Programm der Vorträge wird noch bekanntgegeben.

Deutsche Therapiewoche 1952

Die Deutsche Therapiewoche findet in der Zeit vom 31. August bis 6. September 1952 in Karlsruhe statt.

BUCHBESPRECHUNGEN

Brennende Fragen des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Von Prof. Dr. jur. Eberhard Schmidt, Heidelberg. Brosch. 39 Seiten DM 1.60, herausgegeben vom Deutschen Bund für Bürgerrechte, Isar-Verlag München 1951.

Das ärztliche Berufsgeheimnis war in letzter Zeit Gegenstand zahlreicher Aufsätze, Referate und Resolutionen in der Tages- und Fachpresse. Die Prüfung ärztlicher Karteien durch die Finanzbeamten, die Massenvernehmungen von Frauen in Garmisch und Weinheim beschäftigten nicht nur die hiervon betroffenen Personen- und Berufskreise, sondern in weitgehendstem Maße auch die Öffentlichkeit. Die widerstreitenden öffentlichen Interessen des Staates, mit denen der Bürger und der Ärzte scheinen unüberbrückbar. Die Ärzteschaft kämpft verbissen und mit Recht um die Erhaltung des Vertrauensverhältnisses zum Patienten, das mit dem ärztlichen Berufsgeheimnis und der in § 43 der Reichsärzteordnung verankerten Schweigepflicht im wesentlichen geschützt werden soll. Es sind aber nicht nur die Ärzte und ein großer Teil der aufgeschlossenen Öffentlichkeit, die derartige Eingriffe des Staates in die intimste aller persönlichen Sphären als unerträglich empfinden. Auch die Juristen vertreten im wesentlichen denselben Standpunkt. Neben den in letzter Zeit erschienenen Verlautbarungen ist nunmehr die obige Schrift des bekannten Heidelberger Strafrechtslehrers Prof. Dr. Eberhard Schmidt, dem hervorragenden und bewährten Sachkenner des schwierigen Arztrechtes, in erster Linie als zusammenfassende Darstellung dieser nicht immer einheitlich beurteilten Materie zu nennen. Ein in Frankfurt a. M. am 10. 3. 1951 vor dem Deutschen Bund für Bürgerrechte und zahlreichen ärztlichen Organisationen gehaltener gleichnamiger Vortrag ist als Broschüre im Isar-Verlag Dr. Günther Olzog, München, erschienen. Diese Schrift muß tatsächlich das besondere Interesse der gesamten Öffentlichkeit und besonders der Ärzteschaft für sich in Anspruch nehmen, weil hierin in überlegener Weise das Problem der ärztlichen Schweigepflicht neben der strafrechtlichen und strafprozessualen Seite auch unter dem namentlich bei Ärzten vielfach unklaren Gesichtspunkt der ärztlichen Auskunftspflicht gegenüber Sozialversicherungsträgern, der Aufforderung auf Herausgabe von Krankengeschichten, der seit 1945 in einzelnen Bundesländern ergangenen Meldeverordnungen behandelt wird. Die Forderung, daß in einem Rechtsstaat nicht nur Nützlichkeitsgesichtspunkte, sondern auch die feinen ethischen und sozialen Werte und Beziehungen sorgfältigste Beachtung und Schutz finden müssen, ferner die Aufforderung an die ärztlichen Organisationen, sich gegen alle Beeinträchtigungen der ethischen Voraussetzungen zur Durchführung der ärztlichen Berufsarbeit zur Wehr zu setzen, wird gerade aus dem Munde dieses bedeutenden Strafrechtslehrers in den Reihen der interessierten Ärzte nicht verhallen. Die Schrift von Eberhard Schmidt ist nach Inhalt und Stil so gründlich und lebendig, so klar und allgemein verständlich, daß sie in die Hand eines jeden deutschen Arztes gehört.

Dr. Schmeleher, Rechtsanwalt, Karlsruhe.

Paul Siebert: „Steuerratgeber für Ärzte." 2. erweiterte Auflage 1951. 96 S., brosch., Preis 4 DM. Ärzte-Verlag GmbH., Köln/Rhein

Als langjähriger kaufmännischer Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen und als Schöpfer der „Belegbuchhaltung für Ärzte" gilt Paul Siebert, Frankfurt/Main, als Experte auf dem Gebiet des Steuerrechts, insbesondere für die ärztlichen Verhältnisse.

Die erste und zweite Auflage des „Steuerratgebers für Ärzte" waren überraschend schnell vergriffen. In dem nun vorliegenden Nachdruck zur 2. Auflage hat Siebert nicht nur die für die gegenwärtige Einkommensteuererklärung für 1950 geltenden Bestimmungen erschöpfend behandelt, sondern auch die berücksichtigt, die im Bundesgesetzblatt vom 30. 6. 1951 als „Gesetz zur Änderung und Vereinfachung des Einkommensteuergesetzes" veröffentlicht wurden.

Ein ausführliches Sachregister, in dem besonders die abzugsfähigen ärztlichen Betriebsausgaben bis ins einzelne aufgegliedert sind, erleichtert den Gebrauch dieses für jeden Arzt, Zahnarzt, Dentisten und Tierarzt unentbehrlichen Nachschlagewerkes.

Deutscher Ärztekalender 1952. Taschenbuch für die tägliche Praxis. Herausgeber: Dr. med. Kurt Hoffmann, München. 476 S. Text, 192 S. Kalendarium. Biegsame Ganzleinendecke. DM 7.50.

Aus der großen Zahl der neuen wertvollen Beiträge, die erstmalig veröffentlicht wurden, sei besonders das von Prof. Keeser, Hamburg, neu zusammengestellte „Heilmittelverzeichnis" in alphabetischer Reihenfolge mit ausführlichem Indikationsverzeichnis erwähnt, ferner das Kapitel über „Vergiftungen" von Prof. Benter, Wien. Den Standesfragen wurde der ihnen gebührende Raum vorbehalten in den Beiträgen „Leitsätze zur Gestaltung des Arztrechtes in Deutschland" und „Präsidium und Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages" von Präsident Dr. Neuffer, Stuttgart. Auch die Kapitel „Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes" und „Der Arzt und das Strafgesetzbuch" von Rechtsanwalt und Justitiar Dr. jur. Heß, Köln, verdienen in diesem Zusammenhang hervorgehoben zu werden. Begrüßenswert ist ferner die „Rententabelle", die Aufschluß über die Sätze der Erwerbsminderung für Kriegsbeschädigte gibt. Darüber hinaus wurden die Beiträge, Zusammenstellungen und Tabellen der früheren Ausgaben sorgfältig überarbeitet, darunter auch die „abzugsfähigen Beträge bei der Einkommensteuer". In den 25 Jahren seines Bestehens hat sich der Deutsche Ärztekalender als Helfer und Ratgeber des Arztes bewährt.

RUNDSCHAU

Schweizer Ärzte und die Krankenversicherung. Die Schweizerische Ärztekammer faßte eine Entschließung, in der sie energisch gegen einen Entscheid des Bundesrats protestiert: „Die vom Bund subventionierte und vornehmlich für die wirtschaftlich schwachen Volkskreise geschaffene Krankenversicherung hat ihren ursprünglichen Charakter schon längst verloren. Sie umfaßt immer mehr auch wohlhabende Kreise, für die sie sicherlich nicht vorgesehen war. Die schweizerische Ärzteschaft ist bereit — und hat dies auch durch die Tat bewiesen —, das Ihrige zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der minderbemittelten Bevölkerung beizutragen. Dagegen bekämpft sie mit der äußersten Energie und mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln die Versuche, durch Gesetzesinterpretationen oder neue Vorschriften die Ärzte zwangsweise an die Krankenkassen zu binden. Sie ist überzeugt, dadurch Tendenzen entgegenzutreten, die, zum Schaden des kranken Menschen, zu einer Verstaatlichung der Medizin und der Ärzte führen müßten."

Zentralismus in der Gesundheitspflege? Die Tuberkulosebekämpfung ist schon vor langer Zeit unter der Führung der Landesversicherungsanstalten zusammengefaßt worden. Alle Erkrankungsfälle müssen gemeldet und besonderen Beratungsstellen zugeführt werden. In ähnlicher Weise ist die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gelenkt. Jetzt wird die organisierte Früherfassung der rheumatischen Krankheiten angestrebt. In diesem Zusammenhang ist schon davon geredet worden, daß eigentlich auch die Herz- und Kreislaufkrankheiten erfaßt werden müßten. Die Gefahr der Aufsplitterung der Medizin wird dadurch immer größer. Vor allen Dingen wird die Selbständigkeit des einfachen praktischen Arztes immer mehr eingeengt. Er kommt in die Gefahr, selbständig ohne die Mitwirkung besonderer Beratungsstellen nur noch die kleinen Gesundheitsreparaturen durchführen zu dürfen. Das würde zwangsläufig das Niveau des praktischen Arztes ungemein drücken. Es scheint bei allen Überlegungen um zentral gelenkte Bekämpfung bestimmter, besonders bedeutsamer Krankheiten notwendig, die Ausbildung des Arztes zu intensivieren, weil doch immer die Entscheidung über die Frühbehandlung beim praktischen Arzt liegen wird, zu dem der Patient zuerst kommt und von dem er betreut sein will. (Bremer Ärzteblatt 1951, Nr. 11.)

Gesundheitsabonnement. Die Zeitschrift „Christ und die Welt" (1951, Nr. 45) bringt unter diesem Titel einen Aufsatz, in dem die Idee propagiert wird, daß ein Patient „für sich und seine Familie bei einem praktischen Arzt seiner Wahl und seines Vertrauens ein Gesundheitsabonnement abschließt. Der Abonnementspreis wird monatlich oder jährlich im voraus an den gewählten Arzt entrichtet. Dafür wäre der Arzt verpflichtet, jede Krankheit nicht nur selbst zu behandeln, sondern auch die nach seinem ärztlichen Urteil etwa notwendige Behandlung durch einen Spezialisten zu bezahlen. Das könnte etwa solchergestalt geschehen, daß er seinerseits je nach Anzahl seiner Abonnenten bei verschiedenen Spezialisten abonniert, denen er sich anvertrauen will. Voraussetzung dafür wäre, daß sich der praktische Arzt mit seinen Spezialisten zu einer Arbeitsgemeinschaft, zu einem Team, zusammenschließt, was übrigens dem Sinn der ärztlichen Kunst angemessen wäre". (!)

Wahlordnung zur Kassenärztlichen Vereinigung. Bei einer Stimmenthaltung lehnte der Sozialpolitische Ausschuß des Landtags am 27. 11. 1951 einen Antrag Dr. Malluche (DG) ab, nach dem das Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge ersucht wurde, zur Ermöglichung der Ende des Jahres fälligen Neuwahlen der Mitglieder in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigung eine Wahlordnung im Sinne des verbesserten Verhältniswahlrechts zu erlassen. In der Aussprache wurde gesagt, der Antrag komme zu spät, gegen die bereits erlassene Wahlordnung könnten keine verfassungsrechtlichen Einwände erhoben werden. Verbesserungsvorschläge sollten künftig rechtzeitig eingebracht werden. BLD v. 27. 11. 1951

Weltproblem Überalterung. In einem Aufsatz in der Schwedischen Ärztezeitung setzt sich Dr. Gunnar Berg mit den sozialmedizinischen Folgerungen der Überalterung des Volkes auseinander. Auch in Schweden besteht das Problem, daß infolge Rückgangs der Geburtenzahlen und Anstiegs der Lebenserwartung die alten Menschen ständig an Zahl zunehmen. An Hand exakter statistischer Untersuchungen zeigte es sich, daß der Anteil der Kranken an der Gesamtbevölkerung in den Gruppen von 0—20 Jahren 7‰, von 20—50 Jahren 13‰, von 50—65 Jahren 24 ‰ und über 65 Jahren 60 ‰ beträgt. Aus diesen Zahlen ist zu entnehmen, daß bis 1980 der Bedarf an Krankenpflege um fast 100 % ansteigen wird, so daß sich auch die Zahl der Krankenhausbetten bis dahin verdoppeln müßte. In der Errichtung von Altersheimen kann keine Lösung des Problems gesehen werden, da die meisten Altersheime infolge zunehmender Pflegebedürftigkeit der Insassen unrentabel sind. Eine sozialmedizinische Lösung dieser Fragen kann nur durch folgende Maßnahmen erzielt werden: 1. Einrichtung eines freiwilligen oder bezahlten Heimsamariterdienstes, der den alten Menschen in ihrer Wohnung Hilfe bringt. 2. Einrichtung von Pensionsheimen, in denen 10—20 ältere Menschen zusammenwohnen, die sich gegenseitig helfen können. 3. Vordringlich ist die Einrichtung von Krankenhäusern und Sanatorien für chronisch Kranke, die stationärer Behandlung bedürfen, die aber an solchen Spezialkrankenhäusern rentabler gestaltet werden kann. 4. Einrichtung von Heimen für schwachsinnige oder sonstige psychisch defekte Greise, bei denen eine Behandlung wenig erfolgversprechend ist, und die in einer Heil- und Pflegeanstalt schlecht aufgehoben sind. Bei allen diesen Einrichtungen ist darauf zu achten, daß sie nicht nur in den Städten errichtet werden, sondern besonders auf dem Lande, wo die Überalterung der Bevölkerung zahlenmäßig eine größere Rolle spielt.
(Svenska Läkartidningen 48, 1865, 1951) Med. Press

AMTLICHES

Fachärzte für Innere Medizin

Von der Bundesausgleichsstelle beim Bundesministerium des Innern werden wir über das Bayerische Staatsministerium des Innern gebeten, für den Bedarf der Landesversicherungsanstalt Hessen eine Anzahl Fachärzte für innere Medizin zu benennen, die dem Personenkreis angehören, der nach dem Gesetz zu Art. 131 GG unterzubringen ist. Kollegen aus dem Fachgebiet der inneren Medizin, die dem obengenannten Personenkreis angehören und von dem Angebot Gebrauch machen wollen, werden gebeten, unverzüglich ihre Anschrift der Bayerischen Landesärztekammer, München 22, Königinstraße 23, mitzuteilen.

Einsichtnahme in Krankengeschichten der Heil- und Pflegeanstalten

Das Bayer. Staatsministerium des Innern gibt unterm 18. 10. 1951 III 8 — 5182 a 12 folgendes bekannt:

Es ist die Frage aufgeworfen worden, inwieweit Heil- und Pflegeanstalten verpflichtet sind, Ersuchen von Gerichten und Behörden auf Gewährung der Einsichtnahme in Krankengeschichten durch Aushändigung derselben oder Einsichtnahme durch einen Beauftragten der ersuchenden Stelle nachzukommen. Eine allgemeine Verpflichtung, solchen Ersuchen nachzukommen, kann nach Auffassung des Bayer. Staatsministeriums des Innern nicht anerkannt werden; sie ist auch nirgends gesetzlich festgelegt.

Die Gewährung von Akteneinsicht unter Behörden fällt unter den Begriff der Amtshilfe. Soweit nicht in einzelnen gesetzlichen Vorschriften (z. B. § 27 RFV, § 115 RVO, §§ 65, 68 VGG, § 432 ZPO, § 96 StPO) diese Verpflichtung ausdrücklich festgelegt ist, ergibt sich die Verpflichtung der Behörden untereinander zur Amtshilfe ohne weiteres aus der Tatsache, daß alle Behörden eines Staates einer gemeinsamen Sache zu dienen haben (vgl. Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts 1950 zu § 6 S. 79/80). Es ist unbestritten, daß unter diese Amtshilfe zu rechnen sind die Erteilung von Auskünften, die Übermittlung von Aktenauszügen und ähnliches. Bei der Verweigerung der Akteneinsichtnahme im Einzelfall durch eine Behörde kann aber nur Dienstaufsichtsbeschwerde erhoben werden. Klage zum Verwaltungsgericht ist nicht möglich, da es sich bei der Verweigerung der Akteneinsichtnahme nicht um einen Verwaltungsakt im Sinne des § 22 VGG handelt.

Auf die Einsichtnahme in Krankengeschichten können diese Grundsätze nicht angewendet werden. Abgesehen davon, daß die Direktionen der Krankenanstalten der öffentlichen Hand nicht ohne weiteres als öffentliche Verwaltungen angesprochen werden können, denen eine Verpflichtung zur Amtshilfe im obigen Sinne obliegt (Verwaltungen von .Privatkrankenanstalten und Heil- und Pflegeanstalten haben eine solche Verpflichtung bestimmt nicht), können keineswegs Krankengeschichtsakten von öffentlichen Behörden gleichgestellt werden.

Auszugehen ist von der Rechtsnatur der Krankengeschichten. Gesetzliche Bestimmungen hierüber sind nicht vorhanden. Sie sind nach der überwiegenden Meinung ärztliche Gedächtnisaufzeichnungen, die vom Arzt auf Grund der Angaben des Kranken und der erhobenen Befunde angelegt und geführt werden zu dem Zwecke, jederzeit ein zutreffendes Bild über den Verlauf und die näheren Umstände der Krankheit und über die Persönlichkeit des Kranken zu haben. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Führung von Krankengeschichten besteht nicht. Lediglich in § 47 der 3. DVO zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. 3. 1935 (RMBl. S. 327 — GVBl. S. 36I) ist festgelegt, daß das Gesundheitsamt bei der Überwachung der Krankenanstalten auch festzustellen hat, ob die Krankengeschichten ordnungsmäßig geführt und aufbewahrt werden. Nach § 7 der Berufsordnung für Ärzte sind die Ärzte in Krankenanstalten gehalten, über jeden dort aufgenommenen Kranken ein Krankenblatt (Krankengeschichte) zu führen, während alle Ärzte nach dieser Bestimmung verpflichtet sind, über wichtige Befunde und Behandlungsmaßnahmen Aufzeichnungen zu machen. In der rechtlichen Beurteilung macht es keinen Unterschied, ob es sich um eine von einem Arzt in der freien Praxis oder von einem Krankenhausarzt geführte Krankengeschichte handelt.

Die Krankengeschichte stellt Aufzeichnungen über Angaben und Vorgänge dar, die dem Arzt in der Regel nur auf Grund des zwischen ihm und dem Kranken bestehenden besonderen Vertrauensverhältnisses bekanntgeworden sind. Diese Aufzeichnungen unterliegen daher der ärztlichen Schweigepflicht. Hiernach bemißt sich auch die Beantwortung der Frage, ob und inwieweit Krankengeschichten Behörden und anderen Personen gegenüber bekanntgegeben werden dürfen oder in sie Einsicht gewährt werden darf.

Das ärztliche Berufsgeheimnis ist strafrechtlich geschützt (§ 300 StGB, Art. 34 des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1948 — GVBl. S. 193); es ist aber nicht uneingeschränkt. In allen einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen ist nur die unbefugte Offenbarung eines fremden Geheimnisses geschützt. Das befugte Offenbaren ist also zulässig und straffrei.

Diese Befugnis des Arztes zur Offenbarung fremder Geheimnisse kann sich einmal ergeben aus der Entbindung von der Schweigepflicht durch die Personen, die durch die Offenbarung des Geheimnisses betroffen werden; hier ist der Arzt nicht nur berechtigt, sondern u. U. auch verpflichtet (z. B. § 383 Abs. I Ziff. 5, § 385 Abs. 2 ZPO, § 53 Abs. 2 StPO), Auskunft zu erteilen. Sie kann sich aber auch aus den Bestimmungen anderer gesetzlicher Vorschriften außerhalb des Ärztegesetzes ergeben oder durch die Umstände des Einzelfalles, in dem das ärztliche Berufsgeheimnis unter Umständen einem höheren Interesse weichen muß, wenn nämlich das zu schützende Rechtsgut überwiegt. Ob und wann letzteres im Einzelfall zutrifft, muß der pflichtgemäßen Entscheidung des Arztes überlassen bleiben. Eine bestimmte Regel läßt sich hier nicht aufstellen.

Seit Jahren klinisch erprobt

OXYMORS bei Oxyuriasis

Biologische kombinierte Kur

- Vollkommen ungiftig!
- Kein Durchfall!
- Keine Nebenerscheinungen!
- Gut verträglich!

RICHTER & CIE. · GMBH · ELTVILLE / RHEIN

Den weitestgehenden Eingriff in das ärztliche Berufsgeheimnis sehen die Bestimmungen der Strafprozeßordnung vor, wonach Gegenstände, auf die sich die Zeugnisverweigerung auch bezieht, im Strafverfahren beschlagnahmt werden können (§§ 94 ff StPO). Soweit nicht der Fall des § 97 StPO vorliegt unterliegen die ärztlichen Krankengeschichten der gerichtlichen Beschlagnahme. Das Recht der Zeugnisverweigerung befreit zwar von der Herausgabepflicht, schließt aber die Duldung einer Durchsuchung und Beschlagnahme ebensowenig aus wie die Duldung des richterlichen Augenscheins.

In anderen gerichtlichen Verfahren, insbesondere im Zivilprozeßverfahren, besteht eine solche Herausgabepflicht und Beschlagnahmemöglichkeit nicht. Soweit hier etwa die Kenntnis einer Krankengeschichte notwendig wäre, könnte ihre Vorlage nur im Wege der Klage erzwungen werden, wenn der Besitzer zur Herausgabe oder Vorlegung privatrechtlich verpflichtet wäre (§§ 428, 429 ZPO). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß entgegen einer vielfach geäußerten Ansicht nach Auffassung des Staatsministeriums des Innern die Krankengeschichte nicht Eigentum des Patienten ist und dieser daher kein Recht auf Herausgabe oder Einsichtnahme in die Krankengeschichte hat. Das gleiche wie im Zivilprozeßverfahren gilt auch für andere behördliche Verfahren, insbesondere bei den Instanzen der Sozialversicherung, bei denen die Vorschriften der ZPO über Zeugen und Sachverständige entsprechend gelten (§ 1571 ff RVO).

Die Verpflichtung, etwa im Wege der Amtshilfe Einsicht in Krankengeschichten zu erlangen, findet unzweifelhaft ihre Grenze in der Verpflichtung des Arztes zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Auf dem Umweg über die Verpflichtung zur Amtshilfe kann auf keinen Fall die ärztliche Schweigepflicht und das Recht des Arztes auf Zeugnisverweigerung umgangen werden. Solange daher der Arzt nicht von der Schweigepflicht entbunden ist, ist er zur Gewährung der Einsichtnahme in Krankengeschichten nicht verpflichtet. Ob er sich hierzu etwa aus anderen Gründen (siehe oben) berechtigt glaubt, muß seiner pflichtgemäßen Entscheidung überlassen bleiben. Ist der Arzt von der Schweigepflicht entbunden, dann kann Behörden in die Krankengeschichten unbedenklich Einsicht gewährt werden.

Es kann bei der Beurteilung dieser Angelegenheit keine Rolle spielen, ob es sich bei der Krankenanstalt um eine öffentliche oder um eine private Einrichtung handelt. Es kann nicht eine Heil- und Pflegeanstalt, die im Besitz der öffentlichen Hand ist, verpflichtet sein, im Wege der Amtshilfe in eine Krankengeschichte Einsicht zu gestatten, während eine solche Verpflichtung für eine private Heil- und Pflegeanstalt abgelehnt wird.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor.

Zum Vollzug des Impfgesetzes

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat am 16. 10. 1951 unter Nr. III 8 — 5167/4 nachfolgende Bekanntmachung erlassen:

Es besteht Anlaß, die Bestimmungen des Impfgesetzes vom 8. 4. 1874 (RGBl. I S. 31) und der hierzu ergangenen Ausführungsverordnung vom 22. 1. 1940 (RGBl. I S. 214), soweit diese die Abgabe von Impfstoff in öffentlichen Apotheken und die Durchführung und Meldung von Privatimpfungen an die zuständige Behörde betreffen, in Erinnerung zu bringen.

Die Beobachtung hat gezeigt, daß bei der Abgabe von Impfstoff in öffentlichen Apotheken vielfach ohne jede Kontrolle verfahren wird. Teils wird Impfstoff abgegeben an jedermann, teils werden bei Bevorratung keinerlei Aufzeichnungen erstellt. Diese Handhabung entspricht nicht der in § 3 Abs. I Buchst. c) und e) der Ausführungs-VO. zum Impfgesetz vom 22. 1. 1940 (RGBl. I S. 214) getroffenen Regelung. Hiernach ist zunächst vorgeschrieben, daß Impfstoff jeweils nur auf besonderes ärztliches Erfordern abgegeben werden darf. Das bedeutet einmal, daß bei Abgabe an einen Arzt dessen Eigenschaft als solcher der ausfolgenden Apotheke entweder bekannt oder belegt sein muß, und zum anderen, daß bei Abgabe an einen sonstigen Empfänger die ärztliche Anforderung schriftlich nachgewiesen werden muß. Die Apotheken werden solche Anforderungen, zeitlich geordnet, sammeln und jeweils bis zum Ende des Geschäftsjahres gegebenenfalls bei dem nach § 3 Abs. I Buchst. e) a.a.O vorgeschriebenen Geschäftsbuch mit aufbewahren.

Die Führung eines besonderen Geschäftsbuches ist nach vorerwähnter Bestimmung der Apotheke zur Pflicht gemacht für den Fall, daß Impfstoff in Vorrat gehalten wird. In das Geschäftsbuch, das dem zuständigen Gesundheitsamt zur Einsicht vorzulegen ist, sind einzutragen:

1. Die Eingänge an Impfstoff unter laufender Numerierung und Angabe der Impfportionen,
2. der Tag der Herstellung des Impfstoffes und das Ende der Abgabefrist,
3. der Tag der Abgabe des Impfstoffes und
4. der Name des Empfängers.

Die Beachtung dieses Verfahrens bei Abgabe von Impfstoff ist insonderheit Aufgabe der Apothekenleiter.

Gleichzeitig werden auch die Ärzte veranlaßt, für den Fall, daß sie Impfstoff benötigen und mit dessen Beschaffung aus einer öffentlichen Apotheke dritte Personen beauftragen, diesen entsprechende schriftliche Anforderungen auszustellen und zur Vorlage bei der Apotheke mitzugeben.

Zur Kontrolle der Pockenimpfungen und im Interesse einer lückenlosen Erfassung aller Impfpflichtigen wird ferner darauf aufmerksam gemacht, daß auf Grund der §§ 7 und 8 des Impfgesetzes sowie § 11 der Ausführungsverordnung jeder Arzt, der private Impfungen vornimmt, zu listenmäßiger Aufzeichnung verpflichtet ist und zum Schluß des Kalenderjahres die Liste der Gemeindeverwaltung einzureichen hat. Auf die Bestimmung des § 15 des Impfgesetzes, nach der im Säumnisfall Strafverfahren veranlaßt und Geldstrafe bis zu DM 150.— verhängt werden kann, wird besonders hingewiesen.

I. A. Platz, Ministerialdirektor

Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes

Dem Arzt Dr. med. Hans Bachhuber in München wurde mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 8. 8. 1951 die Ausübung des ärztlichen Berufs untersagt.

Dem Arzt Erich Ascher, geb. 11. 12. 1917 in München, wurde mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 25. 6. 1951 die Berufsausübung untersagt.

Angebl. Arzt Dr. med. Otto Kunzelniek, geb. 7. 6. 1906 in Edingen, letzte Anschrift Berlin-Schöneberg, Bozener Straße 11/12. Der Genannte wurde vom Landesfinanzamt Berlin zu einer Geldbuße von 500 DM verurteilt.

Da Bedenken bestehen, ob K. Arzt ist, wird bei Auftauchen desselben um Mitteilung gebeten an das Bayerische Staatsministerium des Innern, München.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein.
Chem. pharm. Fabrik Dr. med. Hubold & Bartsch, Wissenschaftliche Abteilung, Sandkrug (Oldb.).

BELLANEURAN

bei Dauerneurosen, Dystonien, Hyperthyreosen, Migräne, Beschwerden im Klimakterium.

E. Scheurich, Pharmwerk G. m. b. H., Appenweier/Baden

„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. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Knauerstr. 10, Tel. 6 38 83. 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, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 51, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.