



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

HEFT 11

MÜNCHEN, NOVEMBER 1952

7. Jahrgang

Stellungnahme zu dem Entwurf des „Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht)“

Vorlage der Bundesregierung an Bundesrat und Bundestag

Als der Bayer. Landesärztekammer bekannt wurde, daß dem 1. Novemberheft der „Ärztlichen Mitteilungen“ der Entwurf des „Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen“ beiliegen wird, wurden die bayerischen Ärzte am 27. Oktober 1952 in einem dem „Bayerischen Ärzteblatt“ beigelegten Rundschreiben aufgefordert, der Bayer. Landesärztekammer kurzfristig ihre Stellungnahme zu dem Entwurf dieses Gesetzes bekanntzugeben. Kurzfristig deshalb, weil für den 7. November 1952 eine Sitzung des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern angesetzt war, die sich mit diesem Gesetzentwurf befassen sollte, und für den 15. und 16. November 1952 die Abhaltung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages in Aussicht genommen war. Dem Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer wurde der Wortlaut des Entwurfes erstmals am 4. November 1952 bekannt. Die „Ärztlichen Mitteilungen“, Heft 21, mit dem Gesetzentwurf als Beilage kamen am 6. oder 7. November 1952 in die Hände der bayerischen Ärzte. Das im Entwurf vorliegende, dem Bundestag und Bundesrat zugeleitete Gesetz greift tiefst in das Schicksal aller deutschen Ärzte in Gegenwart und Zukunft ein.

Als Präsident der Bayer. Landesärztekammer, der nach Art. 7 des Bayer. Ärztegesetzes die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Ärzte obliegt, habe ich Herrn Dr. Koerting mit der Ausarbeitung einer Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf, unter Berücksichtigung des der Bayer. Landesärztekammer dazu bekanntgegebenen Standpunktes bayerischer Ärzte, betraut.

Auf dem nunmehr für den 29. und 30. November 1952 angesetzten außerordentlichen Deutschen Ärztetag in Bonn werden die Delegierten die verantwortungsvolle Aufgabe haben, ihre von rein sachlichen Erwägungen zu leitende Entscheidung zu treffen.

Dr. Karl Weiler

Nach der „Amtlichen Begründung“ (III. Grundgedanken der Neuregelung) zu diesem Entwurf muß

„oberster Grundsatz für die Neuregelung des Kassenarztrechtes die ständige Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Versicherten sein, wobei (Anm.: als neue gesetzliche Aufgabe) der vorheugenden Gesundheitspflege besondere Beachtung zu schenken sein wird“. Notwendig hierfür sind die Vertiefung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Versicherten und die Förderung enger vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen.“

Der Entwurf baut die Regelung der kassenärztlichen Versorgung „auf der gemeinsamen Selbstverantwortung und Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen“ auf.

„Der kürzlich wiederhergestellten Selbstverwaltung der Krankenkassen entsprechend erhalten nach dem Entwurf die Kassenärzte in den kassenärztlichen Vereinigungen die Selbstverwaltung, um zunächst (!) in eigener Verantwortung ihre ärztlichen Angelegenheiten und insbesondere die ordnungsmäßige Erfüllung der ihnen übertragenen ärztlichen Aufgaben zu regeln.

Aufbauend auf der Selbstverwaltung der Krankenkassen einerseits und der kassenärztlichen Vereinigungen andererseits, wird die Regelung der beiderseitigen Beziehungen auf dem Boden der Gleichberechtigung und der gleichen Verantwortung weitgehend der gemeinsamen Selbstverwaltung der beiden Partner anvertraut und zur Aufgabe gestellt. Dies gilt sowohl für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, wie für die Regelung der kassenärztlichen Tätigkeit und ihrer Vergütung durch Bestimmungen, Richtlinien, Verträge.“

Hier darf gleich eingefügt werden, daß die „Gleichberechtigung“ ihren Ausdruck findet in der Einflußnahme der Krankenkassen auf die Zulassung von Ärzten zur kassenärztlichen Tätigkeit, auf die Regelung der kassenärztlichen Tätigkeit und ihrer Vergütung durch Bestimmungen, Richtlinien und Verträge, andererseits besteht kein Mitspracherecht bei den Krankenkassen durch dort nichtbeamtete Ärzte. Allerdings bestimmt § 1 Abs. 6 GSV**): „Der Vorstand des Versicherungsträgers hat bei der Behandlung von Fragen, die die Volksgesundheit berühren, einen auf dem Gebiet der Volksgesundheit und der Sozialversicherung erfahrenen Arzt mit beratender Stimme hinzuzuziehen. Die Auswahl des Arztes erfolgt auf Grund von Vorschlägen der zuständigen Ärztekammer, vom Vorstand des Versicherungsträgers***).“

Es wird zwar gesagt:

„Staatliche Regelung und staatlicher Zwang können . . . niemals so fruchtbare Ergebnisse zeitigen wie die Selbstverantwortung der Beteiligten.“

Aber kurz nachher wird besonders betont:

„Durch den Vorbehalt der staatlichen Aufsicht über die Krankenkassen und über die kassenärztlichen Vereinigungen, sowie über alle Gemeinschaftseinrichtungen, durch den Vorbehalt der Genehmigung der Satzungen der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigungen, sowie der als autonomes Selbstverwaltungsrecht von den obersten Gemeinschaftsorganen beschlossenen Bestimmungen und durch den Vorbehalt des staatlichen Eingreifens, wenn die Tätigkeit der Selbstverwaltungsorgane versagt, sowie schließlich durch den Vorbehalt gerichtlicher Nachprüfung von Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane über die Rechte und Pflichten des Versicherten und des Arztes (Anm.: und der Krankenkassen?) durch die Sozialgerichte in der jeweils gebotenen Besetzung, die in der in Vorbereitung befindlichen Sozialgesetzgebung vorgesehen sind, ist die Gewähr gegeben, daß die berechtigten Interessen der Allgemeinheit und des Einzelnen nicht beeinträchtigt oder verletzt werden können.“

Es muß als ein Mangel bezeichnet werden, daß auf eine „in Vorbereitung befindliche Sozialgerichtsgesetzgebung“ hingewiesen wird, ohne daß jedoch dem vorliegenden Entwurf der bezügliche Gesetzentwurf beigegeben wäre, obwohl diesem entscheidende Bedeutung zukommt. Der staatlichen Aufsicht sind eine Reihe von

*) Sperrdruck hier und nachfolgend nicht im Original.

**) „Gesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiete der Sozialversicherung“ vom 22. II. 1951 (BGBl. I. S. 124).

***). In den „Erläuterungen“ zu diesem Gesetz wird gesagt: „Die Verpflichtung zur Zuziehung eines Arztes mit beratender Stimme bei der Behandlung von Fragen, die die Volksgesundheit berühren, geht auf die Initiative des Bundestages zurück. Vor 1933 war keine Hinzuziehung von Ärzten zu Vorstandssitzungen vorgeschrieben. In der Praxis wird Beratung durch einen Arzt auf wenige Sitzungen beschränkt bleiben. Während des Leittersystems gehörte ein Arzt dem Beirat des Leiters kraft Gesetzes an.“

wesentlichen Punkten vorbehalten, dadurch könnte bei einem Wechsel des politischen Systems oder zumindest bei einer Veränderung in der Regierungsmehrheit bei den bestehenden Sozialisierungsbestrebungen gewisser politischer Parteien den Ärzten eine weitere Gefährdung der Freiheit ihres Berufes erwachsen.

Es muß gefordert werden, daß die Begründung, daß „die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht ausschließlich der Regelung der Beziehungen zwischen den Ärzten und den gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO) dienen, sondern darüber hinaus weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung erfüllen und erfüllen sollen“ durch den Zusatz „im Rahmen der Sozialversicherung“ ergänzt wird.

Zu § 368:

In der „Amtlichen Begründung“ wird darauf hingewiesen, daß der Entwurf das Recht der Ärzte und Zahnärzte in übereinstimmender Weise regelt und der Gesetzentwurf deshalb nur von Ärzten spricht. Er versteht darunter im allgemeinen auch die Zahnärzte und die Dentisten. Es sei hier darauf hingewiesen, daß die Dentisten in den Berufsstand der Zahnärzte eingegliedert sind oder werden, daß weiter staatlich anerkannte Dentisten, die nicht oder noch nicht die Bestallung als Zahnärzte erworben haben, dieselbe Rechtstellung im Kassenarztrecht genießen wie die Zahnärzte. Die Dentisten sind nach § 8 Abs. 3 entsprechend ihrem Stärkeverhältnis in den einzelnen Organen vertreten. Die Dentisten werden daher als zahlenmäßig größere Gruppe dort die Mehrheit bilden. An und für sich sind zwar die einzelnen Organe für Ärzte und Zahnärzte (einschließlich der Dentisten) getrennt. Es ist aber aus grundsätzlichen Erwägungen auf § 368 i (1) zu verweisen, wonach die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sich in Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen gliedern, im Gesetzentwurf aber auch die Tätigkeit der Zahnärzte und Dentisten unter ärztliche Tätigkeit subsumiert wird.

Zu § 368a:

(1) Es bleibe dahingestellt, ob weiterhin eine Beschränkung der Verhältniszahl auf 1:600 aufrechterhalten werden kann, schon im Hinblick darauf, daß die Verhältnisse im Bundesgebiet durchaus verschieden sind. Es sei hier insbesondere auf die Verhältniszahlen in Bayern verwiesen, die bis zu 1:413 betragen. Die Worte „in der Regel“ müßten entfallen.

Die Morbidität in den einzelnen Bezirken ist verschieden, je nachdem es sich um ein ländliches, industrielles Gebiet oder um eine Großstadt handelt. Deshalb wären — wie auch Sievers, Das Zulassungsrecht, ausführt — von den Kassenärzten abgerechnete Krankheitsfälle als Grundlage zu nehmen, dadurch würden auch die Fremdkassenfälle, die z. T. von erheblicher Bedeutung sind, mit berücksichtigt werden.

(2) In der „Amtlichen Begründung“ heißt es:

„Die Voraussetzungen, die an die Ausbildung und die persönliche und berufliche Eignung der Bewerber geknüpft werden müssen, überläßt der Entwurf der Regelung durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, um sie den jeweiligen Bedürfnissen und Gegebenheiten anpassen zu können.“

Den Krankenkassen kann eine Beurteilung der Ausbildung, der persönlichen und beruflichen Eignung der Bewerber nicht zugebilligt werden.

(3) Es ist sachlich nicht begründet, daß die in diesem Absatz mit Recht vorerst angeführte Trennung in Arzt- und Zahnarztregister durch die gemeinsame Bezeichnung („Arztregister“) wieder aufgehoben wird. Vorzuschlagen wäre als zweiter Satz: „Diese Register werden ... von den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt.“

Gerade im Hinblick auf die Verhältnisse in Bayern muß gegen die Bestimmung Stellung genommen werden:

„Die Eintragung in ein Arztregister berechtigt zur Bewerbung im ganzen Bundesgebiet.“

Erfahrungsgemäß werden in Bayern wohnhafte oder hier geborene Ärzte in anderen Ländern bei der Bewerbung benachteiligt. Würde diese Bestimmung bleiben, so ist mit einem weiteren Zustrom von Ärzten nach Bayern zu rechnen, während in Bayern ortsansässige Ärzte, so-

weit sie vor allem an Jahren und Approbation jünger sind, benachteiligt würden.

(4) Auch hier fehlt die Trennung der Begriffe Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung bzw. Bundesvereinigungen.

(5) Die „Amtliche Begründung“ schränkt die Bestimmung, daß

„die Zulassung nur aus den im Gesetz bestimmten Gründen entzogen werden kann“

durch den Zusatz ein:

„Unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange die Zulassung aus diesen Gründen entzogen werden soll, bleibt der Regelung durch die Zulassungsordnungen (§ 368 c) vorbehalten.“

Bereits im Gesetz müßte die Bestimmung verankert werden, daß die Entziehung nur bei schweren Vergehen und auch dann nur auf Zeit erfolgen kann.

Nach der „Amtlichen Begründung“ wird die gerichtliche Nachprüfung der Entscheidungen in Zukunft besonderen Sozialgerichten übertragen werden, über deren Zusammensetzung und Wirkungskreis bestimmte Angaben noch fehlen.

(6) Eine grundlegende Änderung des Kassenarztrechts würde der Abs. 6 des § 368 a beinhalten, indem

„die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) auf Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit am Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen sind. Die Beteiligung kann nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 5 widerrufen werden.“

Daß hier ein neues Sonderrecht geschaffen wird, geht auch aus § 368 k, Abs. 2 deutlich hervor.

Dieses ist grundsätzlich mit aller Schärfe abzulehnen.

Während die leitenden Krankenhausärzte auf Antrag ohne Einschränkung an der kassenärztlichen Tätigkeit zu beteiligen wären, besteht für die übrigen Ärzte eine durch die Verhältniszahl, durch noch zu erlassende sonstige einengende Bestimmungen u. a. nur beschränkte Zulassung, wodurch vor allem der Nachwuchs schwer getroffen würde, aber auch die freipraktizierenden, bereits zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen Ärzte. Außerdem würde durch diese Bestimmung die Schaffung von Ambulatorien in den Krankenhäusern bewußt begünstigt werden. Es geht nicht an, daß die Sanierung der Krankenhäuser auf Kosten der Ärzte erfolgt, deren geringe Einnahmen weiter geschmälert werden sollen. Daß bei einer so wichtigen, im übrigen untragbaren Neuerung, der Umfang der Beteiligung nicht im Gesetz, sondern durch die bundeseinheitliche Zulassungsordnung geregelt werden soll (siehe „Amtliche Begründung“), muß betont werden.

Zu § 368b:

(1) Als ein Mangel in der bisherigen Organisation der Zulassungsausschüsse wurde empfunden, daß der Vorsitz nicht einem mit der Befähigung zum Richteramt ausgestatteten Vorsitzenden übertragen wird. Auch in dem vorliegenden Entwurf wird an der bisherigen Regelung festgehalten und der Vorsitz abwechselnd einem Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen übertragen.

(2) Die Zuständigkeit der Berufungsausschüsse müßte dahin ergänzt werden, daß auch eine Befugnis gegen die Verweigerung der Errichtung eines Arztstizes zulässig ist.

(3) Eine Neuerung stellt die Bestimmung dar, daß für den Bezirk einer kassenärztlichen Vereinigung mehrere Berufungsausschüsse errichtet werden können. Dadurch ist eine einheitliche Spruchpraxis nicht gesichert. Außerdem fehlt eine Bestimmung, nach welchen Grundsätzen die Zuteilungen der Berufungen an die einzelnen Berufungsausschüsse in einem Bezirk erfolgen sollen.

(4) Eine Neuerung stellt die Bestimmung dar, daß die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse künftig der Aufsicht der obersten Verwaltungsbehörden unterstellt wird, obwohl die Zulassungsinstanzen „an Weisungen nicht gebunden“ sind.

Eine Unstimmigkeit kann auch darin erblickt werden, daß es einerseits heißt, daß die Aufsicht von den obersten Verwaltungsbehörden geführt wird, andererseits die Aufsichtsbehörde Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen berufen kann.

Ferner muß auf die im Gesetz nicht enthaltene Bestimmung hingewiesen werden, die sich nur aus der „Amtlichen Begründung“ ergibt:

„Obwohl ein klagbares Recht auf Zulassung nicht besteht, ist zur Schaffung größtmöglicher Rechtsgarantien auf diesem für die wirtschaftliche Existenz der Ärzte bedeutsamen Gebiet in den Vorarbeiten zum Sozialgerichtsgesetz vorgesehen, daß auch die Veranlassung der Zulassung der gerichtlichen Nachprüfung unterstellt wird. Der Rechtszug vor den Sozialgerichten soll grundsätzlich auf eine Instanz bei dem durch das Sozialgerichtsbarkeitsgesetz zu bildenden Landessozialgericht beschränkt werden, soweit nicht... eine Nachprüfung dieser Entscheidung durch das Bundessozialgericht im Interesse der Wahrung der Rechtseinheit vorgesehen ist. Über die Klage sollen besondere Senate des Landessozialgerichtes entscheiden, in die als Beisitzer Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl berufen werden.“

Im Gesetz sollte eindeutig festgestellt werden, daß die Zulassungs- und Berufungsausschüsse keine Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, da die paritätische Besetzung der Zulassungs- und Berufungsausschüsse durch Vertreter der Krankenkassen ein Einspruchs- und Mitspracherecht der Krankenkassen in Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen darstellen würde. Dies würde zur „Selbstverwaltung der Ärzte“ im Widerspruch stehen.

Noch aus einem anderen Grunde ist es abzulehnen, daß die Zulassungs- und Berufungsausschüsse, die „an keine Weisung gebunden“ sind, Organe der Kassenärztlichen Vereinigung sind.

Nach § 39 der bisher geltenden Zulassungsgesetze bzw. -ordnungen ist über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis bei der Abstimmung Schweigen zu beobachten. Nach § 9 der Zulassungsgesetze bzw. -ordnungen ist die Einsicht in das Arztregister Ärzten und Krankenkassen sowie deren Verbänden und Berufsvertretungen zu gestatten. Die Einsicht in die Registerakten ist nach dem bayerischen Zulassungsgesetz und der Zulassungsordnung der britischen Zone nur den Mitgliedern der Zulassungsinstanzen gestattet, während die Zulassungsordnungen von Württemberg, Rheinland-Pfalz und Berlin auch den Ärzten Einsicht gewähren. Wenn die Zulassungsinstanzen aber Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, ist es naheliegend, daß diese auch Einsicht in den Hergang der Beratungen und über das Stimmenverhältnis bei der Abstimmung erhalten, wie das auch tatsächlich geschehen ist. Die Schweigepflicht ist nach „Sievers, Das Zulassungsrecht“ vorgeschrieben, damit die Mitglieder der Zulassungsausschüsse (Anm. und natürlich auch des Berufungsausschusses) unbeeinflusst ihrer Überzeugung entsprechend stimmen können. Eine Einsicht in die Niederschrift über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis bei der Abstimmung kann daher von schwerwiegenden, die Entscheidung der Mitglieder der Zulassungsinstanzen beeinflussenden Folgen begleitet sein. Auch „Heinemann-Koch, Kassenarztrecht“ verweist auf die Auswirkungen des Bruches der Schweigepflicht. In „Sievers, Das Zulassungsrecht“ wird als Anmerkung zu § 9 angeführt: „Die Registerakten sind vertraulich, die Einsicht ist nur den Mitgliedern der Zulassungsinstanzen gestattet. Da die Kassenärztliche Vereinigung das Arztregister und die Registerakten führt, hat auch sie naturgemäß Einblick in die Registerakten, darf aber von dem, was sie hierdurch erfährt, keinen Gebrauch machen.“ Wenn die Zulassungsinstanzen Organe der Kassenärztlichen Vereinigung sind, steht dieser selbstredend auch die Möglichkeit zu, nicht nur in die Registerakten, sondern auch in die Niederschriften „über den Hergang der Beratung und über das Stimmenverhältnis bei der Abstimmung“ Einsicht zu bekommen.

Zu § 368c:

(1) Die bundeseinheitliche Zulassungsordnung für Ärzte wird vom Bundesminister für Arbeit nach Anhörung (Anm.: nicht Mitberatung!) der Bundesausschüsse als Rechtsverordnung erlassen. Diese Verordnung wird, ohne daß den Ärzten ein Einspruchsrecht eingeräumt wird, die für die Zulassung wichtigen Bestimmungen, siehe Abs. 2, enthalten. Es ist wohl mit demokratischen Grundsätzen nicht zu vereinbaren, daß einem für die Volksgesundheit so wichtigen Berufsstand wie dem ärztlichen vor Erlassung dieser Bestimmungen eine maßgebliche Einflußnahme nicht möglich ist.

(3) Auch die Beschäftigung von Assistenten und Vertretern der Kassenärzte sowie die gemeinschaftliche Aus-

übung kassenärztlicher Tätigkeit durch mehrere Kassenärzte (auch hier die Gefahr der Bildung von Polikliniken oder Großbetrieben!) soll im Verordnungswege geregelt werden.

Zu § 368d:

(1) Die Einbeziehung der Universitätspolikliniken in das Kassenarztrecht muß abgelehnt werden. Es ist nicht vertretbar, daß, wie es in der „Amtlichen Begründung“ zu § 368 k Abs. 2 heißt,

„Verträge mit den Universitäten erforderlich sind, da ihre Polikliniken zur Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben ausreichende Behandlungsmöglichkeiten benötigen.“

Es ist Aufgabe der Krankenkassen, die kassenärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen sicherzustellen, nicht aber Lehr- und Forschungsaufgaben der Universitäten zu fördern. Die ärztliche Versorgung ist aber durch die Kassenärzte hinreichend sichergestellt. Den Krankenkassen bleibt es, wie bisher, freigestellt, mit den Universitätspolikliniken Verträge abzuschließen. Abzulehnen ist ferner, daß den Versicherten

„die Krankenhäuser, sowie sie sich durch Abschluß von Verträgen hierzu verpflichtet haben, zur Verabfolgung von ärztlichen Sachleistungen (Anm.: zur ambulanten Behandlung) zur Verfügung stehen.“

Dazu sei noch auf die „Amtliche Begründung“ zu § 368 d hingewiesen:

„Bei der Gewährung von ärztlichen Sachleistungen im Überweisungsfall hat der Versicherte die freie Wahl unter den Universitätspolikliniken (Anm.: an erster Stelle), den Kassenärzten, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen und, soweit mit diesen Verträge geschlossen sind, auch unter den Krankenhäusern.“

Die Bestimmung von § 368 f, Abs. 4:

„Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung und nicht zum Nachteil der Kassenärzte vermehrt werden.“

kann im Hinblick auf die weitgehenden Vorbehalte der staatlichen Aufsicht nicht als hinreichend angesehen werden, die Vergrößerung bestehender Eigeneinrichtungen oder die Neuschaffung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen zu verhindern.

(2) Dem Versicherten steht grundsätzlich die freie Arztwahl zu. Der Satz:

„Nimmt der Versicherte ohne zwingenden Grund einen anderen als den nächsterreichbaren Kassenarzt in Anspruch, so hat er die Mehrkosten zu tragen.“

schränkt die freie Arztwahl unbegründet ein. Diese Bestimmung steht im Widerspruch zu § 368a (1), wonach den Versicherten die freie Wahl unter einer genügenden Zahl von Ärzten zu gewährleisten ist.

(3) Im Interesse der Versicherten muß es abgelehnt werden, daß ein Kassenarzt „längstens für die Dauer eines Jahres“ nur mit Zustimmung der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gewechselt werden darf. Dies widerspricht der in Abt. III der „Amtlichen Begründung“ ausgeführten Notwendigkeit der Vertiefung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Versichertem. Als Frist wäre aus Verrechnungsgründen ein Vierteljahr einzusetzen. Eine längere Frist kann die Aufnahme einer ernsthaften kassenärztlichen Betätigung neuzugelassener Ärzte weitgehend behindern.

Zu § 368f:

(1) Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte kassenärztliche Versorgung zwar „mit befreiender Wirkung“ eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Diese wendet aber (nach dem Entwurf) den Verteilungsmaßstab an, den sie unter Mitwirkung der Krankenkassen festgesetzt hat. Der Verteilung kann aber auch ein von den Bundesausschüssen (in dem gemäß § 368 l Ärzte und Krankenkassen paritätisch vertreten sind) beschlossener Gebührentarif zugrunde gelegt werden.

(2) Als grundsätzliches Vergütungssystem wird das Kopfpauschale angeführt, während in

(3) nur „abweichend von den Vorschriften des Abs. 2“ im Gesamtvertrag vereinbart werden kann,

„daß die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen oder nach einem System berechnet wird, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt.“

Dagegen kann gegen

„den Willen einer Vertragspartei (Anm.: z. B. der Krankenkassen) eine solche Vereinbarung nicht durch Entscheidung der Schiedsämter (§ 368 b) ersetzt werden.“

(4) Schwere Bedenken sind auch gegen die Bestimmung:

„Die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung, die in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden.“

geltend zu machen.

Eine Einbeziehung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung, die in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, in die Gesamtvergütung ist grundsätzlich abzulehnen!

(5) Das gleiche gilt auch vorsorglich für die **unbedingt** abzulehnenden (ambulanten) ärztlichen Sachleistungen in Krankenhäusern.

(6) Für die Vergütung ärztlicher Leistungen für Rentner und ihre Angehörigen sowie sonstige Versicherte, für die Beitrag nach dem Grundlohn nicht entrichtet wird, sowie für die ärztliche Behandlung solcher Personen, für die die Krankenkassen nach der Vorschrift des § 363 a oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften die Gewährung ärztlicher Behandlung übernehmen, dürfen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) keine niedrigeren Gebühren als die nach § 368 f vereinbarten festlegen.

Grundsätzlich ist die Bezahlung nach Einzelleistungen zu fordern, wie sie auch den Krankenhäusern (§ 388 k) zugestanden werden soll.

Zu § 368 g:

(1) fordert, daß die ärztlichen Leistungen „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen „angemessen“ vergütet werden.

Während die Vergütung für Angestellte und Arbeiter keine Rücksicht auf die wirtschaftliche Lage der Arbeitgeber nimmt (wobei allerdings festgestellt werden muß, daß die Ärzte nicht im Verhältnis eines Arbeitnehmers zu den Krankenkassen stehen) und die Vergütung für in Krankenhäusern gewährte ärztliche Sachleistungen nach Tarifen erfolgt, die alle für dieselben erforderlichen Regelungen enthalten sollen, wird bei der Vergütung der kassenärztlichen Leistung die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen gefordert, ohne daß den Ärzten (im Rahmen der Gleichberechtigung) eine Einflußnahme auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen (Bauten, Beamtenapparat, Beiträge, Verwaltungskosten, freiwillige und Kannleistungen u. a.) gleichermaßen möglich wäre.

(6) Sehr wesentliche Bedeutung kommt der abzulehnenden Bestimmung zu, daß das Schiedsamt (§ 368 h, Abs. 4), falls ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande kommt oder sich Zweifel über die Auslegung eines solchen Vertrages ergeben und eine Einigung auch nach Vermittlungsvorschlägen nicht erfolgt, selbst den Inhalt des Vertrages festsetzt, und diese Festsetzung die rechtliche Wirkung einer vertraglichen Vereinbarung hat.

(7) Während bisher nach § 370 eine Krankenkasse, bei der die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet wurde, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen konnte oder daß Ärzte den Vertrag nicht einhielten, „an Stelle der freien ärztlichen Behandlung eine bare Leistung in Höhe von 80% der wirklichen Kosten“ gewähren konnte, wird den Ärzten durch die Bestimmung des Abs. 7 jede Möglichkeit genommen, gegen einen Vertrag auch nach dessen Kündigung Stellung zu nehmen, da hier bestimmt wird:

„Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, so hat sie gleichzeitig die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, so hat das Schiedsamt dessen Inhalt spätestens innerhalb von drei Monaten festzusetzen. Bis zur Entscheidung des Schiedsamtes gelten vorläufig die Bestimmungen des abgelaufenen Vertrages weiter.“

Mit dieser Bestimmung wird den Ärzten als einzigem Berufsstand auferlegt, einen Vertrag, der ihren Interessen nicht mehr gerecht wird, zwangsmäßig fortzusetzen. Diese für die Ärzte **durchaus untragbare gesetzliche Zumutung** erfährt noch eine weitere Verschärfung durch die Bestimmung:

„Die Einlegung eines Rechtsmittels (§ 368 h), Abs. 4, Satz 3) gegen die Entscheidung des Schiedsamtes hat keine auschiebende Wirkung.“

Es sei dahingestellt, ob diese Bestimmung nicht Art. 12, Abs. 2 des Grundgesetzes und Artikel 167, 168 der Verfassung des Freistaates Bayern widerspricht, sie widerspricht aber sicherlich der Selbstverwaltung der Ärzte.

Zu § 368 h:

(2) Die Vorsitzenden der Schiedsämter und ihre Stellvertreter werden, sofern es zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen zu keiner Einigung kommt, von der Obersten Verwaltungsbehörde „im Benehmen“ mit diesen Körperschaften berufen. Da unter Oberster Verwaltungsbehörde in einzelnen Ländern das Ministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge, in anderen das Sozialministerium verstanden werden wird, diese Ministerien, ohne ihre Unparteilichkeit anzuzweifeln, doch mehr Verständnis für Wünsche der Krankenkassen haben dürften, wäre die Berufung der Vorsitzenden in diesen Fällen von einer anderen Stelle, z. B. dem Justizministerium, vorzunehmen.

(3) Das gleiche gilt für die Bestellung des Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes und seines Stellvertreters durch den Bundesminister für Arbeit, sofern eine Einigung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nicht zustande kommt.

(6) Der Erlass der Schiedsamtordnung durch Rechtsverordnung widerspricht dem Geiste der „gemeinsamen Selbstverantwortung und Selbstverwaltung“ (siehe „Amtl. Begründung“, III. Grundgedanken der Neuregelung; dort wird das Bundesschiedsamt als „oberste Schlichtungsinstanz der gemeinsamen Selbstverwaltung“ bezeichnet.) „Die Rücksicht auf das besondere staatliche Interesse an der ordnungsmäßigen Tätigkeit der Schiedsämter“ ist keine hinreichende Begründung für diese Regelung.

Zu § 368 i:

(1) Bezüglich des Begriffes „Kassenärztliche Vereinigungen“ bzw. „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ sei auf das zu § 368 Gesagte verwiesen.

(2) Es muß hier heißen: „Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen . . .“ Nicht nur die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, sondern auch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstehen der Aufsicht des Bundesministers für Arbeit. Dort, wo keine für mehrere Länder bestehende gemeinsame kassenärztliche Vereinigung gebildet wird, wäre festzulegen, daß die Aufsicht über die nur in einem Lande befindlichen Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend Art. 83 GG der obersten Verwaltungsbehörde dieses Landes übertragen wird, während der Bundesminister für Arbeit nach den Bestimmungen des Abs. 2 des Entwurfes diese Aufsicht den beteiligten obersten Verwaltungsbehörden mit ihrem Einverständnis nur übertragen kann.

(4) Anzumerken ist, daß die Aufsichtsbehörde einen Beauftragten beruft, der die Geschäfte bis zur ordnungsmäßigen Bildung der Organe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen führt, wenn die Wahl zu den Organen nicht zustande kommt.

(8) Letzter Absatz lautet:

„Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen außerdem nach Bedarf Bestimmungen über Untergliederungen, Verwaltungs- und Abrechnungsstellen enthalten.“

Er sollte lauten:

„. . . sollen nach Bedarf Bestimmungen über Untergliederungen und müssen solche über Verwaltungs- und Abrechnungsstellen enthalten.“

Ein wesentlicher Mangel des Gesetzentwurfes ist darin zu erblicken, daß an keiner Stelle von der Möglichkeit einer Einflußnahme der Kassenärzte auf die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, abgesehen von der Ausübung des Wahlrechtes, gesprochen wird. Den Kassenärzten müßte durch gesetzliche Bestimmung Gelegenheit gegeben werden, zu beabsichtigten Vertragsabschlüssen und sonstigen einschneidenden Maßnahmen rechtzeitig und maßgeblich Stellung zu nehmen.

(10) Bezüglich der Versorgung der Kassenärzte wird bestimmt:

„Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ferner unter Beachtung versicherungsmathematischer Grundsätze Bestimmungen enthalten über eine ausreichende auf die Dauer gesicherte Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder.“

Die „Amtliche Begründung“ sagt dazu:

„Abs. 10 stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen als neue und besondere Aufgabe die Schaffung einer ausreichenden und auf die Dauer gesicherten Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder, deren Fehlen sich besonders nach den Kriegs- und Nachkriegsereignissen und -folgen bemerkbar gemacht hat und die deshalb von Seiten der Kassenärzte dringend gewünscht, auch von den Krankenkassen befürwortet wird.“

Nach dem Wortlaut des Abs. 10 bleibt also den Ärzten selbst die „auch von den Krankenkassen befürwortete Schaffung einer ausreichenden, auf die Dauer gesicherten Versicherung“ „unter Beachtung versicherungsmathematischer Grundsätze“ überlassen, d. h. daß nicht etwa die Krankenkassen für die Versicherung der kassenärztlich tätigen Ärzte Sorge oder wenigstens mit Sorge tragen, sondern daß die Ärzte selbst, durch Kürzung des Betrages, der ihnen nach Abzug der für die Berufsausübung, für die Erhaltung ihrer Familie und die Erziehung ihrer Kinder usw. verbleibt, eine Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung aufbauen sollen, die versicherungsmathematischen Grundsätzen entspricht, ausreichend und dauerhaft ist.

Es muß daran erinnert werden, daß eine Reihe von Ländern, darunter vor allem Bayern, z. T. gesetzlich fundierte Ärzteversorgungen hat. Es würde keineswegs leicht sein, hier die großzügig geplante Versicherung mit der bestehenden Versorgungseinrichtung zu verbinden. Deshalb müßten ernste Bedenken dagegen geäußert werden, daß die Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Grundsätze für die Versorgungseinrichtungen aufstellen und mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine gemeinsame Versorgungseinrichtung errichten können.

Zu § 368 k:

(1) Der letzte Satz:

„Mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit können die Vereinigungen nach näherer Bestimmung ihrer Satzungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen“

muß dahin ergänzt werden, daß „weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Sozialversicherung, insbesondere . . .“ übernommen werden können.

(2) Völlig untragbar ist die Bestimmung:

„Die Vergütung für in Krankenhäusern gewährte ärztliche Sachleistungen ist aufzuteilen in die Vergütung für die ärztliche Leistung und in die Abgeltung der notwendigen Aufwendungen“.

da für die in Krankenhäusern tätigen Ärzte bzw. für die Krankenhäuser ein Sonderrecht geschaffen würde, das die Gleichheit unter den Kassenärzten völlig zuungunsten der freipraktizierenden Kassenärzte aufheben und auch jede vergleichsweise und gerechte Rechnungsprüfung unmöglich machen würde. Daß es sich tatsächlich um Sonderbestimmungen handelt, geht aus der Bestimmung über „Sondertarife“ hervor:

„Abgeltung erfolgt nach Tarifen, die vom Bundesminister für Arbeit im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern erlassen werden. Die Tarife sollen alle für die Durchführung der ärztlichen Sachleistungen erforderlichen Regelungen enthalten.“

Die Einschaltung des Bundesministers des Innern in Angelegenheiten des Kassenarztrechtes muß schärfstens abgelehnt werden, ebenso die Bestimmung, daß bei Streitigkeiten über die Durchführung dieser Sondertarife ein besonderes Schiedsgericht unter Ausschluß des Rechtsweges (!) entscheidet, das aus Vertretern der Ärzte und der Krankenhäuser bestehen soll. Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter sollen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannt werden. In diesem Falle sollen, wenn eine Einigung über den Vorsitzenden und seine Stellvertreter nicht möglich ist, diese vom Präsidenten des Bundesverwaltungsgerichtes bzw. vom Präsidenten des zuständigen Oberverwaltungsgerichtes ernannt werden. Es ist nicht einzusehen, weshalb in den Fällen des § 368 b Abs. 3, § 368 n Abs. 2, 3, § 368 l Abs. 2, 3 nicht sinngemäß eine gleichartige Regelung erfolgen soll.

Entschließung

Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer, der die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Ärzteschaft Bayerns obliegt, hat in ihrer Sitzung am 22. 11. 1952 in vollem Bewußtsein ihrer Verantwortung gegenüber der Sicherung der Volksgesundheit den einhelligen Beschluß gefaßt, daß sie zwar die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung in allen Ländern anerkennt, aber den vorliegenden Entwurf des „Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen“ ablehnt.

Die Gesetzwerdung dieses Entwurfes würde eine weitere untragbare Einschränkung der freien Berufsausübung der Ärzte bedeuten, ferner eine der Selbstverwaltung widersprechende Bevormundung durch Behörden.

Untragbar ist insbesondere die Beschickung der als Einrichtung der angeblichen gemeinsamen Selbstverwaltung zu schaffenden Bundes- und Landesausschüsse mit von den Behörden zu ernennenden unparteilichen Mitgliedern, die Erlassung der Zulassungsordnung durch den Bundesminister für Arbeit im Verordnungswege, die Art des Schiedsverfahrens, durch das ein Zwang ausgeübt würde, Verträge, die den ärztlichen Interessen nicht mehr gerecht werden, fortzusetzen, eine Begünstigung der Ambulatorien bei Krankenhäusern und damit eine Schaffung neuer und eine Erweiterung bestehender Polikliniken, eine bevorzugte Honorierung der in Krankenhäusern durchgeführten ärztlichen Sachleistungen, eine Abhängigkeit des ärztlichen Honorars von der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen, ein einseitiges Einspruchsrecht der Krankenkassen in ärztliche Belange, eine grundsätzliche Honorierung der ärztlichen Leistungen durch ein Pauschal-system und eine nur ausnahmsweise Ermöglichung der Honorierung nach Einzelleistungen, nicht zuletzt eine erhöhte Benachteiligung der Jungärzte.

Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer erkennt nach wie vor die Thesen des Weltärztebundes als unabdingbare Voraussetzung für jede Regelung ärztlicher Tätigkeit an.

„Die Kosten der Schiedsgerichte werden je zur Hälfte von der Kassenärztlichen Vereinigung (!) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getragen.“

Es muß weiter hingewiesen werden auf die Bestimmung:

„Im Benehmen mit den beteiligten Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen schließen die Vereinigungen Verträge mit den Universitäten, durch die ihre Polikliniken in dem zur Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang in die kassenärztliche Behandlung der Versicherten eingeschaltet werden.“

Den Krankenkassen steht es außerhalb des „Kassenarztrechtes“ frei, wie bisher, mit den Universitätspolikliniken Verträge abzuschließen.

Zu den ärztlichen Sachleistungen in Krankenhäusern muß noch ein Grundsätzliches gesagt werden. Der Kassenarzt hat die Verpflichtung, den Versicherten selbst zu behandeln. Auch in diesem Punkte wird für den leitenden Krankenhausarzt eine Ausnahmestellung geschaffen, da es nicht genügt, wenn dieser sich „fast alle Befunde“ vorlegen läßt. (Schneider, Die kassenärztliche Ambulanz im Krankenhaus, in „Die Ortskrankenkasse“, 1952, Heft 21.)

Gerade hier würde die Bestimmung des § 368 (2), daß zur ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen „auch die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen“ gehört, besondere Bedeutung erhalten.

Zu § 368 i:

Als oberste beschließende Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung wird ein Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bzw. für den Bereich jedes Landes ein Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen errichtet. Man müßte annehmen, daß Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung sich nur aus Vertretern der beteiligten Verbände zusammensetzen. Absatz (2) bestimmt jedoch, daß die Bundesausschüsse aus sechs Vertretern der Ärzte, aus sechs Vertretern der Krankenkassen (die nach einem bestimmten Schlüssel zu bestellen sind) und drei unparteilichen Mitgliedern bestehen sollen.

„Je ein unparteiisches Mitglied und seinen Stellvertreter berufen der Bundesminister für Arbeit und der Bundesminister des Innern (!) nach Anhörung (!) der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverbände der Krankenkassen.“

Können sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkasse nicht einigen, dann beruft der Bundesminister für Arbeit (im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen) auch noch den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter!

Der Bundesminister für Arbeit erläßt — auch hier wieder — nur „nach Anhörung“ der Verbände, die Ausführungsbestimmungen. Er führt nach Abs. 5 auch die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse.

(Abs. 3) bestimmt: „Für die Besetzung der Landesausschüsse gelten die Vorschriften des Abs. 2 entsprechend.“

„Je ein unparteiisches Mitglied und seinen Stellvertreter beruft die oberste Verwaltungsbehörde auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen.“

Dieselbe oberste Verwaltungsbehörde (in Bayern das Ministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge) beruft aber auch den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter, falls keine Einigung zwischen den Verbänden erfolgt. Sie erläßt auch die Ausführungsbestimmungen (diesmal nicht einmal „nach Anhörung“ der Verbände).

Die oberste Landesbehörde führt aber gleichzeitig die Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesausschüsse.

Abs. (4) bestimmt u. a.:

„Die Ausschüsse stellen unter Mitwirkung der unparteiischen Mitglieder für die Führung ihrer Geschäfte eine Geschäftsordnung auf. Die Geschäftsordnung bestimmt insbesondere, welche Angelegenheiten der Beschlussfassung des Ausschusses unter Mitwirkung der unparteiischen Mitglieder vorbehalten sind, und in welchen Fällen der Ausschuss unter Mitwirkung der unparteiischen Mitglieder auf Antrag der Vertreter der Ärzte oder der Krankenkassen über Angelegenheiten zu beschließen hat, über die sich diese untereinander nicht einigen können.“

Dies alles im Zeichen der gemeinsamen Selbstverantwortung und Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen, von denen die „Amtliche Begründung“ im Kapitel „Grundgedanken der Neuordnung“ spricht!

Von einem „autonomen Selbstverwaltungsrecht“ (siehe „Amtliche Begründung“ zu § 368 m) kann hier wohl nicht mehr gesprochen werden.

Zu § 368 m:

(1) Die von den Krankenkassen paritätisch besetzten Bundesausschüsse beschließen u. a. über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden (!).

(2) Es sei noch auf die Bestimmung hingewiesen:

„Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundesausschüsse auch unter Mitwirkung der unparteiischen Mitglieder nicht zustande, so erläßt der Bundesminister für Arbeit die erforderlichen Vorschriften.“

Zu § 368 n (4):

„Die Landesausschüsse sind dazu berufen, Anregungen für die Durchführung von Maßnahmen nach § 187 Ziffer 2 und 4 und für

die Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen mit den übrigen Trägern der Sozialversicherung und den Gesundheitsämtern auf dem Gebiete der allgemeinen Krankheitsverhütung und der hygienischen Volksbelehrung zu geben.“

In der „Amtlichen Begründung“ dazu wird gesagt, daß die Hauptaufgabe der Landesausschüsse vor allem auch darin besteht,

„die kassenärztliche Versorgung im Sinne fortschrittlicher Bestrebungen der Heilkunde durch die Anregung vorbeugender und gesundheitsfürsorgender Maßnahmen zu ergänzen.“

Zu Artikel 4

(Übergangs- und Schlußvorschriften):

§ 2 (2) besagt:

„Die im Lande Bayern auf Grund des Gesetzes vom 30. Sept. 1949 über eine Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche und eine Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Bayer. G. u. Vbl. S. 237) durchgeführten Wahlen gelten als Wahlen im Sinne des Abs. 1.“

Da nach § 368 i (5) die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen von den ordentlichen Mitgliedern in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden müssen, der Landesvorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Beantwortung einer Anfechtungsklage am 12. August 1952 dem Bayerischen Verwaltungsgerichtshof mitteilte: „Es gibt keine gesetzliche Vorschrift, nach der Wahlen in einer Organisation immer ‚geheim‘ durchgeführt werden müssen“, können die in Bayern durchgeführten Wahlen zur Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nicht als diesem Gesetz gleichwertig angesehen werden.

§ 5 (1) besagt, daß die derzeitigen Verträge, wenn die Vertragsparteien nichts anderes vereinbaren, jeweils mit dreimonatiger Frist auf den Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden können; die bereits zitierten Vorschriften des § 368 g Abs. 6 finden Anwendung, d. h. daß das Schiedsamt, falls es zu keiner Einigung kommt, selbst den Inhalt des Vertrages festsetzen kann. Diese Festsetzung hat die rechtliche Wirkung einer vertraglichen Vereinbarung. Die Kassenärzte haben also nicht einmal in der Übergangszeit die Möglichkeit, ihre Rechte wahrnehmen zu können.

Dieser Gesetzentwurf ist in seinen Teilen und als Ganzes unbedingt abzulehnen. Er stellt eine unerhörte Zumutung an die deutsche Ärzteschaft dar. Wenn dieser Entwurf gegen den Willen der deutschen Ärzteschaft zum Gesetz erhoben werden sollte, dann müßten die deutschen Ärzte im Bewußtsein ihrer Verantwortung für die Erhaltung der Volksgesundheit mit allen Mitteln kämpfen, um die Freiheit des deutschen Arztes wenigstens in den noch verbliebenen, bescheidenen Grenzen zu erhalten. Der deutsche Arzt darf nicht den Machtgelüsten der Ministerialbürokratie ausgeliefert werden.

Mit der Gestaltung dieses Gesetzes steht und fällt die Zukunft des deutschen Arztes.

Dr. Walter Koerting, München 38, Laimer Str. 28

Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen

Ein Gesetzentwurf des Bundesarbeitsministeriums — Stellungnahme des Bundesrats bis zum 21. November

Aus dem vom Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung herausgegebenen „Bulletin“ Nr. 173/52 entnehmen wir die nachfolgenden Ausführungen.

Die Schriftleitung.

Unter der Federführung des Bundesministeriums für Arbeit hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) verabschiedet und dem Bundesrat zugeleitet. Er muß bis zum 21. November 1952 zu dem Entwurf Stellung genommen haben. Die Bundesausschüsse für Arbeit und Soziales, für innere Angelegenheiten sowie der Rechtsausschuß sind zur Zeit mit dem Entwurf beschäftigt.

Die Grundgedanken der Neuordnung

Für die Neuordnung des Kassenarztesrechtes muß als oberster Grundsatz die ständige Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Versicherten im Auge gehalten werden. Dabei soll der vorbeugenden Gesundheitspflege besondere Beachtung geschenkt werden. Dazu sind notwendig die Vertiefung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Versichertem sowie die Förderung enger Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die ärztliche Versorgung um so besser und wirkungsvoller, je mehr die eigene Verantwortung aller Beteiligten, der Versicherten,

der Krankenkassen und ihrer Verbände, der Ärzte und ihrer Vereinigungen geweckt wird. Staatliche Regelung und staatlicher Zwang können gerade auf diesem Gebiet die Selbstverantwortung der Beteiligten nicht ersetzen.

Der Entwurf baut auf jahrzehntelangen Erfahrungen und den Grundprinzipien der demokratischen Ordnung auf. Er benutzt die Regelung der kassenärztlichen Versorgung nach dem Vorbild der Ordnung des Jahres 1931, nämlich nach dem Vorbild der gemeinsamen Selbstverwaltung und Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Die Kassenärzte erhalten nach dem Entwurf in den Kassenärztlichen Vereinigungen die Selbstverwaltung, um zunächst in eigener Verantwortung ihre ärztlichen Angelegenheiten zu regeln, nachdem die Selbstverwaltung der Krankenkassen kürzlich bereits wiederhergestellt worden ist. Die Regelung wird auf dem Boden der Gleichberechtigung und der gleichen Verantwortung aufgebaut. Dies betrifft sowohl die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit als auch deren Ausübung und ihre Vergütung. Es ist Gewähr gegeben, daß die berechtigten Interessen der Allgemeinheit und des einzelnen nicht beeinträchtigt oder verletzt werden können.

Dies ist garantiert einmal durch den Vorbehalt der staatlichen Aufsicht über die Krankenkassen, über die Kassenärztlichen Vereinigungen und über alle Gemeinschaftseinrichtungen, ferner durch den Vorbehalt der Genehmigung der Satzungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie durch den Vorbehalt des staatlichen Eingreifens, wenn die Tätigkeit der Selbstverwaltungsorgane versagt^{*)}, und schließlich durch den Vorbehalt gerichtlicher Nachprüfung von Entscheidungen der Selbstverwaltungsorgane über die Rechte und Pflichten des Versicherten und des Arztes durch die Sozialgerichte in der Besetzung, welche die in Vorbereitung befindliche Sozialgerichtsgesetzgebung vorsieht. Bis zum Inkrafttreten des Sozialgerichtsgesetzes bleibt es bei dem bisherigen Zustand, wonach die Entscheidungen der Selbstverwaltungsinstanzen, sofern sie die Rechte des einzelnen betreffen, der Nachprüfung durch die Verwaltungsgerichte unterliegen.

Föderative Gliederung

Der Gesetzentwurf beschränkt sich unter Beachtung dieser Rechtsgarantien auf die notwendigen Rahmenbestimmungen und erweitert diese im wesentlichen nur durch die Hereinnahme bewährter Einrichtungen, insbesondere des Zulassungsverfahrens und der Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im übrigen läßt der Entwurf der gemeinsamen Selbstverwaltung den notwendigen Spielraum zur ungehemmten Entfaltung ihrer schöpferischen Kräfte zum Nutzen der ärztlichen Versorgung der Versicherten. Die seit 1933 vernachlässigte örtliche und bezirkliche Zusammenarbeit wird zu diesem Zweck durch die Einrichtung von Landeskammern der Ärzte und Krankenkassen (früher Landesausschüsse für Ärzte und Krankenkassen) und von Vertragsausschüssen erneut angeregt. Die einheitliche Gestaltung der kassenärztlichen Versorgung wird durch die Einrichtung der Bundeskammern der Ärzte und Krankenkassen (früher Reichsausschuß der Ärzte und Krankenkassen) und eines Bundesschiedsamtes sichergestellt. Diesem Grundgedanken der örtlichen und bezirklichen Zusammenarbeit bei einheitlicher grundsätzlicher Regelung entspricht auch der Aufbau des Vertragswesens, der von dem Gesamtvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung mit der einzelnen Krankenkasse ausgeht. Er legt den zur Sicherstellung einer einheitlichen ärztlichen Versorgung der Versicherten notwendigen allgemeinen Inhalt durch Mantelverträge der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen fest.

Diese Aufgabenabteilung bewirkt gleichzeitig die Berücksichtigung der verfassungsmäßigen Grundsätze des föderativen Staatsaufbaus und der gebotenen Aufgabenabteilung zwischen Bund und Ländern. Die Gesetzgebung über das Kassenarztrecht steht auf Grund der Art. 72 und 74 Ziff. 12 dem Bund zu. Die Erhaltung der Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung erfordert eine einheitliche Regelung der Versicherten. Die kassenärztliche Versorgung kann durch die Gesetzgebung der ein-

zelnen Länder nicht wirksam geregelt werden, wenn der Bereich der Krankenkassen sich über den Bereich eines Landes hinaus erstreckt (z. B. bei der Bundesbahnbetriebskrankenkasse und anderer Betriebskrankenkassen), oder wenn die kassenärztliche Versorgung für Angehörige von Krankenkassen sichergestellt werden muß, die sich beruflich oder privat außerhalb des Landes aufhalten, in welchem ihre Krankenkasse Sitz und Bereich hat.

Die Selbstverwaltungseinrichtungen

Die Regelung der kassenärztlichen Versorgung soll in dem gebotenen Rahmen gemeinsamen Selbstverwaltungseinrichtungen der Ärzte und Krankenkassen übertragen werden. Der Entwurf sieht dafür folgende Einrichtungen vor:

1. Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen stellen die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen als die obersten beschließenden Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltungsbestimmungen über die kassenärztliche Versorgung der Versicherten als autonomes Selbstverwaltungsrecht auf.

2. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen der Bundesausschüsse Mantelverträge über die kassenärztliche Versorgung abschließen. Darin soll (analog den Manteltarifverträgen zwischen den Spitzenverbänden der Arbeitgeber und Arbeitnehmer) der allgemeine Inhalt der Gesamtverträge vereinbart werden. Es sollen darin nur die einheitlichen Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit und ihre Vergütung geregelt werden.

3. Im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen der Bundesausschüsse soll das Bundesschiedsamt als oberste Schlichtungsinstanz der gemeinsamen Selbstverwaltung den Inhalt der Verträge feststellen, über den sich die Vertragsparteien nicht einigen können. Das Bundesschiedsamt soll in erster und einziger Instanz tätig sein für die auf der Bundesebene abzuschließenden Verträge, in zweiter Instanz zur Nachprüfung der Entscheidungen der Landesschiedsämter über die auf der Landesebene abzuschließenden Verträge. Die Durchführung der in dieser Weise geregelten kassenärztlichen Versorgung obliegt den Ländern und den auf Landesebene zu bildenden gemeinsamen Selbstverwaltungseinrichtungen: den Zulassungsinstanzen (Zulassungsausschuß und Berufungsausschuß), den Schiedsämtern für die erstinstanzliche Feststellung des Inhalts der auf der Landesebene abzuschließenden Verträge und den Landeskammern der Ärzte und Krankenkassen als den obersten Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Landesebene.

Verwaltung und Gesetzgebung

Der Aufbau der Kassenärztlichen Vereinigungen soll ebenfalls diesen Grundsätzen entsprechen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des Landesrechts zu errichten und sie in einer Dachkörperschaft für das Bundesgebiet zusammenzufassen, stieß auf verfassungsrechtliche Bedenken. Es wird dabei der Standpunkt vertreten, daß auch für den Aufbau von Selbstverwaltungskörperschaften die Kompetenzen der Bundes- und der Landesebene in unmittelbarer Anwendung der Art. 83 ff. des Grundgesetzes scharf voneinander getrennt werden müßten und nicht miteinander verzahnt werden dürften. Solche Bedenken treffen jedoch nur für den Bereich der Selbstverwaltung zu, der eigentliche „Verwaltung“, also Ausführung der Gesetze ist. Für den Bereich der Selbstverwaltung, der Schaffung autonomen Rechts (also Gesetzgebung) innerhalb des Bereichs der Selbstverwaltung ist, treffen sie nach Auffassung des Gesetzgebers nicht zu. Selbstverwaltung kann also nicht ohne weiteres mit dem Begriff der „Verwaltung“ im engeren Sinne gleichgesetzt werden. Sie umfaßt auch die Rechtsetzung innerhalb des der Selbstverwaltung überlassenen Lebens- und Aufgabenbereichs.

Soweit dem Bund die Gesetzgebung zusteht, erstreckt sich seine Zuständigkeit auch auf die autonome „Gesetzgebung“ innerhalb des der Selbstverwaltung überlassenen Bereichs und auf die Schaffung der für diese „Gesetzgebung“ erforderlichen oder zweckmäßigen Organe. Wie die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen der gemeinsamen Rechtsregeln für die kassenärztliche Versorgung bedarf, so bedarf die Selbstverwal-

^{*)} Von uns gesperrt! Die Schriftleitung.

tung der Ärzte zur Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben der Sicherstellung einer einheitlichen kassenärztlichen Versorgung solcher Organe, deren Aufgabe es namentlich ist, Regeln für die Tätigkeit der Kassenärzte, die Überwachung dieser Tätigkeit und die Sicherstellung ihrer ordnungsgemäßen Durchführung aufzustellen.

Zusammenfassung der Verwaltung

Die Sicherstellung und Gewährleistung der kassenärztlichen Versorgung wäre jedoch unvollständig und unter Umständen in entscheidenden Fällen wirkungslos, wenn sie ausschließlich auf Landeskörperschaften und auf deren freiem Zusammenschluß aufgebaut würde. Was für den Bereich der autonomen Rechtsetzung noch durch Einrichtungen sichergestellt werden könnte, wie sie für die gemeinsame Selbstverwaltung in den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen und im Bundesschiedsamt vorgesehen sind, wäre hinsichtlich der Durchführung der kassenärztlichen Versorgung unzureichend. Dies ergibt sich bereits im Hinblick auf die Krankenkassen, die wie die Bundesbahnbetriebskrankenkassen bundesunmittelbare Körperschaften sind und deren Bereich das gesamte Bundesgebiet umfaßt. Die kassenärztlichen Vereinigungen dienen ja nicht ausschließlich der Regelung der Beziehungen zwischen den Ärzten und den gesetzlichen Krankenkassen, sondern sie sollen darüber hinaus weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung erfüllen, wie z. B. die ärztliche Versorgung für die Ersatzkrankenkassen, für die Träger der Unfallversicherung und andere bundesunmittelbare Träger der Sozialversicherung sowie für eigene Aufgaben des Bundes, z. B. die Versorgung der Kriegsoffer. In diesen verschiedenen Aufgabenbereichen genügt ein Selbstverwaltungsorgan zur autonomen Rechtsetzung nicht, sondern es bedarf auch der Durchführung

der ärztlichen Versorgung, also einer eigentlichen „Verwaltung“ in einer Bundeskörperschaft.

Der gesamte Aufbau der kassenärztlichen Vereinigung wurde in Form einer Bundeskörperschaft vorgesehen, um etwaigen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen einen Stufenaufbau von Landes- und Bundeskörperschaften im Bereich der Verwaltung vorzubeugen. Den regelmäßig für den Bereich eines Landes zu bildenden Gliederungen soll jedoch selbständige Rechtspersönlichkeit und eigene Zuständigkeit innerhalb der Bundeskörperschaft verliehen werden. Den kassenärztlichen Vereinigungen ist die Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, also die eigentliche „Verwaltung“ insoweit als eigene Aufgabe übertragen, als sie einer zentralen Zusammenfassung nicht dringend bedarf. Damit unternimmt es der Entwurf, im bundesrechtlichen Selbstverwaltungsaufbau der kassenärztlichen Vereinigung die gleichen Grundsätze zu verwirklichen, wie sie im Staatsaufbau für das Verhältnis zwischen Bund und Ländern im Grundgesetz niedergelegt sind.

Im Rahmen der Selbstverwaltung gibt der Entwurf den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Vergütungssysteme wie etwa Bezahlung nach Einzelleistungen oder nach einer Fallpauschale einzuführen, um auch insoweit der Selbstverwaltung der Beteiligten die Möglichkeit einer Verbesserung und Weiterentwicklung zu geben. Es soll jedoch nicht mehr, wie es im Kriege aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gehandhabt wurde, die rohe Verteilung nach der Zahl der Krankenscheine durchgeführt werden, sondern es sollen Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes berücksichtigt werden. Der Entwurf verweist insbesondere auf die Verteilung nach einem Gebührentarif, dessen Aufstellung den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen überlassen wird.

Kritische Bemerkungen zur rationellen Krankenversorgung

Dr. med. Curt Schuier

In Heft 3 dieses Jahrganges der „Ärztlichen Mitteilungen“ erschien eine Abhandlung von Dr. Theodor Körner über die Krankenhausverweildauer, die oft, ich möchte fast sagen zu oft, in keinem Verhältnis zur medizinischen Indikation, wie auch der Zahlungsfähigkeit der Krankenkassen steht. Unter anderen sehr einleuchtenden Gesichtspunkten wies Kollege Körner darauf hin, daß zur Zeit die soziale Krankenversicherung praktisch das gesamte durch den Zusammenbruch von 1945 resultierende Mehr an Kosten zu tragen hat, das zu einem sehr großen Teil in den Rahmen der allgemeinen Fürsorge gehören würde, das aber der Staat praktischer Weise einfach auf die Sozialversicherungsträger abgewälzt hat, das damit zu Lasten der einzelnen Sozialversicherten und nicht zuletzt des einzelnen Kassenarztes geht.

Anstatt, daß sich nun aber die Krankenkassenverbände mit der Kassenärzteschaft zu fruchtbaren produktiven Beratungen zusammensetzen würden, wie sie gemeinsam bessere Verhältnisse schaffen würden, ergehen sich beide nun schon seit Jahren in harten Kämpfen gegeneinander, feinden sich in aller Öffentlichkeit gegenseitig an, verweisen beide berechtigt auf ihre unerträgliche finanzielle Lage, und wenn sie sich zu Konferenzen zusammensetzen, so geht der Streit um einige Pfennige für den einzelnen Kassenarzt, ein Tropfen auf den heißen Stein, der aber die gesamte, völlig fest gefahrene Lage sowohl für die Ärzte wie nicht minder für die Kassen vollständig unberücksichtigt läßt. Eine auf dieser Basis fortgesetzte Debatte bringt auch für alle Zukunft keine Änderung der Situation für beide. Wir Kassenärzte dürfen über unseren berechtigten Forderungen nicht übersehen, daß auch die Kassen durch die riesig gestiegenen Kosten vor allem auch für Krankenhauseinweisungen am Rande ihrer Zahlungsmöglichkeiten sind, bei Berücksichtigung des Reservefaktors, ohne welchen eine solide Kasse aufhört eine solche zu sein.

Es ist erklärlich, daß konstruktive Vorschläge im Hinblick auf eine rationelle Krankenversorgung wohl kaum

von den Lalen der Krankenkassenverbände ausgehen können, sondern diese müssen und können nur von erfahrenen Kassenärzten ausgehen, die mit offenem Blick leicht massive Lücken im Krankenversorgungswesen erkennen können. Leider fehlt zumelst den langjährig erfahrenen Kassenärzten in Anbetracht ihrer angespannten Tätigkeit die Zeit, ihre Gedanken in entsprechender Weise zu Papier zu bringen, auch werden sie dann zumeist noch von den Versicherungsträgern mit Mißtrauen betrachtet unter den Bedenken, ihre Vorschläge könnten für die Kassen noch eine weitere Verknappung ihrer finanziellen Lage bedeuten.

Wo liegen also die Fehler, die zu dieser verfahrenen Lage beider Vertragspartner geführt haben? Ein wesentlicher Circulus vitiosus steht mir als langjährigem Leiter eines klinischen Laboratoriums immer vor Augen:

Die geringfügige Bezahlung des Kassenarztes, die sich auch durch die angebliche Einzelleistungsvergütung bei den RVO-Kassen in der Praxis von der Pauschalvergütung nicht unterscheidet, bietet außer dem Rest von Idealismus, der u. U. noch verblieben ist, keinerlei Anreiz, sich in besonderer Weise in diagnostischer oder therapeutischer Richtung um den Patienten zu bemühen. Fälle, welche dem Kassenpraktiker diagnostisch oder therapeutisch Schwierigkeiten bereiten, werden eben kurzerhand zur Diagnosestellung usw. in das nächste Krankenhaus überwiesen, da eine besondere Bemühung um den Patienten nicht nur nicht vergütet wird, sondern u. U. von der KV., bedingt durch die Pauschalvergütung der Kassenabschlagssumme, eine solche Bemühung mit den daraus resultierenden geringen Mehrkosten noch nicht einmal gerne gesehen wird, ja sogar nicht selten gerügt wird an Stelle einer entsprechenden Vergütung. Lieber wird also dann der gleiche Patient auf unbestimmte Dauer das Krankenhaus bevölkern, mit allen daraus der Kasse erwachsenden Mehrkosten, die etwa das 20- bis 30fache der bescheidenen kassenärztlichen und fachärztlichen Bemühungen betragen dürften, jedoch

nicht von der KV., sondern von den Kassen direkt bezahlt werden müssen.

Die Arbeitsweise der Krankenhäuser muß ja auch, durch die dortigen Verhältnisse bedingt, wesentlich langatmiger und schwerfälliger sein als die der freien Praxis, in welcher die Auslese der notwendigen Untersuchungen von dem behandelnden Kassenarzt selbst getroffen werden kann. Bekannt sind auch die Dauerfälle, die, an sich entlassungsfähig, mangels geeigneter Behausung, oft viele Monate in Krankenhäusern gehalten werden und gelegentlich dem Stationspersonal durch Handlangerdienste sehr willkommen sind. Auch Kollege Körner unterstreicht durch seinen eingangs aufgeführten Artikel diese Tendenz, die sich u. a. auch in der hohen Entlassungszahl vor den Feiertagen äußert. Auch die Tatsache, daß bei Notwendigkeit der Auflösung eines Hilfskrankenhauses innerhalb von 8 Tagen 67,1% der Kassenpatienten entlassen werden konnten und nur 32,9% verlegt werden mußten, unterstreicht meine Beobachtung, daß eben zu viel Kassenpatienten in Krankenhäuser überwiesen und dort gehalten werden. Nicht ganz unberechtigt wird von seiten der Krankenkassenverbände immer wieder betont, daß wir Kassenärzte selbst den Schlüssel zum Geldschrank der Krankenkassen in Händen haben. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Kassen pro Patient für jeden einzelnen Krankenhaustag mehr ausgeben müssen, als sie dem Kassenarzt für die Untersuchungen und Behandlungen für ein Vierteljahr zahlen, wenn man sich vergegenwärtigt, wie viele Patienten oft überflüssig in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl sie leicht ambulant vom behandelnden Arzt mit Hilfe kassenärztlicher Institute hätten untersucht und behandelt werden können, wie es ja auch im allgemeinen bei selbstzahlenden Patienten gehandhabt wird; wenn man sich weiter vergegenwärtigt, wie viele Tage, Wochen und Monate hierbei an überflüssigen Krankenhauskosten zusammenkommen, dann mag man erst ermessen, welche Millionenbeträge monatlich und jährlich von den Krankenkassen unbedacht und überflüssig ausgegeben werden müssen.

Um ein Beispiel aus der täglichen Praxis anzuführen, möchte ich auf das des Diabetikers hinweisen. Seit etwa zwei Jahren laufen durch mein Laboratorium eine große

Anzahl von Diabetikerfällen. Zuvor wurden sämtliche schwieriger gelagerten Fälle von Diabetes mellitus vom behandelnden Arzt in ein Krankenhaus zur Einstellung eingewiesen. Die dortige wochenlange Einstellung bei den Insulinfällen erwies sich meist zu hoch, speziell bei körperlich arbeitenden Patienten, da diese in der Ruhe des Krankenhauses einen wesentlich anderen Glykogenumsatz hatten als bei ihrer Arbeit im täglichen Leben. Auch standen diese Patienten, aus dem Krankenhaus entlassen, dem diätetischen Problem des Diabetes völlig hilflos gegenüber. Diese Sachlage änderte sich mit dem Einrichten einer laufenden Untersuchung und Beratung, die Patienten können ohne Unterbrechung ihrer Arbeit nach entsprechender Instruierung ambulant mit sämtlichen klinischen Erfordernissen eingestellt werden. Seitdem braucht hier in einer süddeutschen Großstadt mit rund 800 000 Einwohner praktisch kein Diabetiker zur Einstellung in ein Krankenhaus überwiesen zu werden, im Gegenteil, die ambulante Einstellung hat sich der stationären überlegen gezeigt, durch die Anpassung an die tatsächlichen Lebensverhältnisse des einzelnen Patienten und dessen Mitarbeit. Es ist somit jedem geholfen, dem Patienten wird der überflüssige Krankenhausaufenthalt erspart mit Verdienstausschlag, psychischer Belastung usw., dem behandelnden Arzt wird die Arbeit erleichtert und schließlich werden der Kasse ganz nebenbei noch einige Millionen (? Die Schriftltg.) DM erspart, Beträge, die besser zur ausreichenden Honorierung der Kassenärzteschaft verwendet werden könnten.

Allein auf diesem wie auch auf zahlreichen anderen Gebieten ließen sich Millionen einsparen. Um dies auch in der Praxis durchzuführen, bedarf es allerdings eines klaren und weitsehenden Blickes. Es darf nicht wie im vorstehend geschilderten Beispiel von einzelnen Kassen oder K.V.-Vertretern an einzelnen notwendigen Blutzuckerbestimmungen gemäkelt werden, und dafür lieber im gleichen Fall einige hundert DM für Krankenhauskosten hingelegt werden.

Auf dem jetzigen Verhandlungswege der ängstlichen, kleinlichen Bürokratie wird man weiterhin in der Misere stecken bleiben, wenn man sich nicht neuen Gedankengängen erschließt.

Anschr. d. Verf.: München 2, Sendlinger Str. 55.

MITTEILUNGEN

Fakultätsgutachten zum Ärztekonflikt

Auf Ersuchen der Vereinigung der Sozialversicherungsärzte hat die Medizinische Fakultät der Freien Universität „als Hüterin der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis“ sich zum Ärztekonflikt geäußert. In einer vom Prodekan der Fakultät unterzeichneten Stellungnahme erhebt sie Bedenken gegen die Einschränkung der Behandlungsfreiheit für die Kassenärzte, wie sie sich aus der derzeitigen Regelung der Krankenversicherungsanstalt Berlin ergeben könnte. Durch die Fortschritte der medizinischen Forschung in den letzten Jahrzehnten seien Diagnostik und Therapie immer kostspieliger geworden. Nach den gesetzlichen Bestimmungen solle zwar die Behandlung das Notwendige bieten, dürfe aber die Grenze des Wirtschaftlichen nicht überschreiten. Hieraus ergäben sich erhebliche Schwierigkeiten für den Arzt und mög-

liche Nachteile für den Patienten. Als besonders bedenklich werden in der Stellungnahme der Fakultät die Einschränkungen der Überweisungsmöglichkeiten bezeichnet. Durch die Ausschaltung der Fachärzte bei der Behandlung gingen den Patienten der Sozialversicherung die großen Fortschritte auf einzelnen medizinischen Fachgebieten verloren, obwohl sie Anspruch auf Untersuchung und Behandlung nach dem jüngsten Stande der medizinischen Wissenschaft hätten.

Ärzte protestieren!

Die 140 an den Münchener Privatkliniken tätigen Ärzte traten aus Protest gegen die Herabsetzung der Gebühren durch den Ersatzkassenverband in den vertraglosen Zustand, um es auf eine „Kraftprobe“ mit den Ersatzkassen ankommen zu lassen. Die Kassenpatienten werden wie



West-Berlin

Antirheumaticum

Salipur
Salicylamid purum

40 Dragées DM1.10

Antipyreticum

Salichin
Salicylamid • Chinin • Vitamin C

18 Dragées DM1.-

Analgeticum

Salimed
Salicylamid • Amidopyrin • Phenazetin • Coffein

20 Dragées DM0.80

bisher behandelt, sollen jedoch ihre Forderung an die Kasse an den Arzt abtreten, der sie seinerseits der Kasse gegenüber geltend macht. Verweigert die Kasse die Bezahlung in der bisherigen Höhe, so wollen die Ärzte gerichtlich gegen sie vorgehen.

(Med. Klin. Nr. 43/52)

Mehrere Millionen DM Ärztegehälter vorenthalten

Krankenhausträger mußten jetzt zahlen

Wie die Rechtsabteilung des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) mitteilt, wurden für die Jahre 1950/51 und die erste Hälfte des Jahres 1952 1 165 215,02 DM an Gehaltsnachzahlungen für die Mitglieder des Bundes erreicht. Hiervon wurden durch Urteile im arbeitsgerichtlichen Verfahren die Nachzahlungen von 366 300,25 DM erwirkt, während auf dem Vergleichswege 798 914,77 DM zur Auszahlung kamen. Die wirkliche, von den Krankenhausträgern den jungen Ärzten vorenthaltene Gehaltssumme macht aber, wie weiter mitgeteilt wird, ein Vielfaches von einer Million aus, da nur in den wenigsten Fällen die Assistenzärzte es wagen konnten, durch die Rechtsabteilung ihre tarifmäßige Entlohnung geltend zu machen. Bei dem Überangebot an Ärzten und den meist bestehenden kurzfristig limitierten Anstellungsverträgen müssen die Ärzte im Falle der Klage damit rechnen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Diese Zahl von Millionen vorenthaltenen ärztlichen Arbeitslöhnen für einen relativ kleinen Personenkreis von etwa 18 000 Ärzten muß als geradezu aufsehenerregend bezeichnet werden.

(ÄM/DMI 11/52)

Arbeitslose Ärzte

Es gibt, einer Meldung der „Westdeutsche Rundschau“ gemäß, im Bundesgebiet 65 335 Ärzte, davon sind 6% berufs fremd tätig bzw. arbeitslos.

(Medizin heute 2/52)

Politische Aktivität

Auf dem Bundeskongreß des Deutschen Gewerkschaftsbundes machte der bisherige Vorsitzende des DGB, Christian Fette, einige recht bemerkenswerte Ausführungen. In seiner Eröffnungsrede sagte er u. a.: „Es kann uns aber nicht gleichgültig sein, wer nach den Wahlen in den Bundestag einzieht. Niemand kann uns das Recht streitig machen, politische Aktivität zu entfalten, wenn es um die elementarsten Rechte des schaffenden Menschen geht.“ — Zu diesen elementarsten Rechten gehört auch das Recht auf Gesundheit und eine dementsprechende Gesundheits- und Sozialpolitik. Diesem Recht und seiner Anerkennung — im Bonner Grundgesetz und während der bisherigen Legislaturperiode des ersten Bundesparlaments hat man davon nur wenig gespürt — zum Durchbruch zu verhelfen, sollte ein besonderes Anliegen gerade der Ärzteschaft sein. Innerhalb der Berliner Ärzteschaft waren Ansätze solcher politischen Aktivierung — selbstverständlich ebenso wie der DGB unter strenger Wahrung parteipolitischer Neutralität — gelegentlich spürbar; es scheint uns aber notwendig, daß es nicht nur bei „Ansätzen“ bleibt, sondern nach dem Beispiel des DGB alle politischen Register gezogen werden, um dem „elementaren Recht des schaffenden Menschen“ auf Gesundheit durch aktive Gesundheits- und Sozialpolitik wenigstens im zweiten deutschen Bundesparlament zum Durchbruch zu verhelfen.

(Dtsch. Med. Journ. Nr. 21/22/1952)

Heilpraktikernachwuchs

Wie aus einem Aufruf in der „Naturheilpraxis“, Organ der deutschen Heilpraktiker (5, 1952, 10 : 196) hervorgeht,

besteht in Essen (bei Záhres) eine Heilpraktikerschule, eine zweite wird Anfang 1953 in München eröffnet. In der Eröffnungsrede des Fortbildungslehrganges des Zentralverbandes für Naturheilverfahren wurde gesagt, daß die Heilpraktiker 7000 Mann Nachwuchs heranbilden wollen. Es gibt über 4000 arbeitslose Ärzte, 10 000 erreichen nicht das Existenzminimum. Das Heilpraktikergesetz wird aber dafür kommen.

(Medizin heute 2/52)

Internationale Normen für die soziale Sicherheit

Der Weltärztebund nahm zu internationalen Normen für die soziale Sicherheit Stellung, die von der Internat. Arbeitskonferenz vorbereitet wurden. Es wird beanstandet, daß kein praktisch tätiger Arzt der Kommission angehörte, die im Auftrage der Weltgesundheitsorganisation Gutachten über die Krankenversicherung und andere für die ärztliche Arbeit grundlegende Fragen abgab, das der Internat. Arbeitskonferenz als einzige Unterlage für ihre Beratungen diente. Nur im engen Kontakt mit der Ärzteschaft dürfte ein System der sozialen Sicherheit beschlossen werden.

(M. M. Wo. Nr. 44/52)

Gebühren für Lebensversicherungsunternehmen

Die „St.-Galler Lebensversicherungs-Genossenschaft“, St. Gallen, ist der Vereinbarung zwischen der Verbindung der Schweizer Ärzte und der Vereinigung schweizerischer Lebensversicherungsgesellschaften beigetreten und verwendet somit die einheitlichen Untersuchungsformulare. Die Honorarsätze betragen bekanntlich:

Vollständige Untersuchung	Fr. 28.—
kleine Untersuchung	Fr. 20.—
hausärztliches Attest	Fr. 10.—

Deutsches Gesundheitsmuseum Köln

Die Abteilung Presse und Information des Deutschen Gesundheitsmuseums Köln als Zentralinstitut für Gesundheitserziehung sucht Ärzte, die bereit sind, sich dem Institut zur Abhaltung von Vorträgen über Fragen der Gesundheitserziehung im Rahmen von Veranstaltungen der Volkshochschulen und anderer Verbände oder Organisationen zur Verfügung zu stellen.

Das Deutsche Gesundheitsmuseum benötigt ferner Ärzte, die Interesse an einer schriftstellerischen Tätigkeit auf dem gleichen Gebiete in Zeitschriften Interesse haben.

Wir bitten diejenigen Ärzte, die sich in dieser Richtung betätigen wollen, sich mit dem Deutschen Gesundheitsmuseum Köln in Köln-Merheim, Ostheimerstr. 200, unmittelbar in Verbindung zu setzen.

Die Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft

wählte anlässlich ihrer Tagung in Goslar Prof. Dr. Lydtin, München, zum 1. Vorsitzenden, Prof. Dr. Wurm, Wiesbaden, zum 2. Vorsitzenden. Zu Ehrenmitgliedern der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft wurden gewählt: Prof. Dr. H. Beitzke, Graz; Prof. Dr. F. Ickert, Hannover; Prof. Dr. A. Schminke, Heidelberg.

(M. M. Wo. Nr. 44/52)

Die Delegierten des Bayerischen Roten Kreuzes

die sich in Memmingen zu ihrer fünften Landesversammlung trafen, wählten mit großer Mehrheit den bisherigen Präsidenten, Staatsminister a. D. Dr. Otto Geßler, für die nächsten drei Jahre wieder. Ihm werden, wie bisher, als Vizepräsidenten Dr. Hans Hiene, München, und Frau Dr. Martha Rehm, München, als Landesschatzmei-



Uro-Med

schmerzstillendes
Harnantisepticum

MED

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate
J. Carl Pflüger, Berlin - Nkln. (West)

ster Direktor Ernst Lodermeier und als Landesarzt Regierungsmedizinaldirektor Dr. Fritz Pürkauer, Regensburg, zur Seite stehen. Das Landeskomitee beschloß, vor allem die Durchführung des Katastropheneinsatzprogramms weiter voranzutreiben.

(Med. Klin. 44/52)

Verband der leitenden Krankenhausärzte

Die am 18. 10. 1952 in Bad Nauheim tagende Delegiertenversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. wählte zum geschäftsführenden Vorstand die Herren Chefärzte

1. Dr. Scharpf, Stuttgart, 1. Vors. und Präsident,
2. Prof. Dr. Jansen, Bad Godesberg, 2. Vors. und 1. Vizepräsident,
3. Dr. Strater, Hagen/Westf., 3. Vors. u. 2. Vizepräsident.

Achtung, Dermatologen!

Die Interessengemeinschaft der Dermatologen des Regierungsbezirks Köln hatte für den 1. November Vertreter der Länder und Bezirksstellen Deutschlands zu einer konstituierenden Versammlung nach Köln geladen, in dieser wurde

„Der Verband der niedergelassenen Dermatologen Deutschlands e. V.“

beschlossen.

Elne vorläufige Vorstandschaft wird sofort alle Angelegenheiten, besonders wirtschaftlicher Art, bearbeiten.

Da es unmöglich ist, aus Platzmangel die Beschlüsse und Anregungen dieser Versammlung zu veröffentlichen, wird der Unterzeichnete, der als Delegierter der niedergelassenen Dermatologen der KVB-Bezirksstelle Oberbayern in Köln anwesend war, am Samstag, den 13. Dezember 1952, vormittags 11 Uhr, in München, Königinstr. 85/II, eingehenden Bericht erstatten und Zweck und Aufgabe des Verbandes der niedergelassenen Dermatologen Deutschlands e. V. erläutern.

Die Dermatologen der Bezirksstellen des Landes Bayern werden gebeten, in ihrer Bezirksstelle sich vorläufig zusammenzuschließen und einen Vertreter aus jeder Bezirksstelle nach München zu entsenden. Kollegen, verkennt die Wichtigkeit der Stunde nicht!

Dr. F. X. Müller,

Rosenheim, Max-Joseph-Platz 20/I.

Steuerliche Vorteile

durch Darlehen gemäß § 7 c des Einkommensteuergesetzes

Durch die Änderung des Einkommen- und Körperschaftsteuergesetzes im Jahre 1951 sind eine Reihe von früher möglichen Steuerbegünstigungen fortgefallen. Es liegt aber im Interesse jedes Steuerpflichtigen, unter Ausnutzung der gesetzlichen Möglichkeiten, die steuerbegünstigte Bildung von Reserven und einen langfristigen Gewinnausschlag zu erzielen. Dieses wird in bester Weise durch Hergabe von Darlehen gemäß § 7 c E.St.G. erfüllt.

Einkommen- und Körperschaftsteuerpflichtige, die den Gewinn auf Grund ordnungsmäßiger Buchführung ermitteln, können gemäß § 7 c E.St.G. gegebene unverzinsliche Darlehen zur Förderung des Wohnungsbaues im Jahre der Hingabe in voller Höhe als Betriebsausgabe oder Werbungskosten vom Gewinn absetzen. Die Höhe des Darlehens ist unbegrenzt.

Eine ordnungsgemäße Buchführung liegt auch vor, wenn Angehörige eines freien Berufes Aufzeichnungen, die den Gewinn aus selbständiger Arbeit

nach § 4 Abs. 3 E.St.G. ermitteln, fortlaufend führen. Diese müssen die von ihnen gegebenen zinslosen Darlehen in ein besonderes Verzeichnis eintragen.

Für die Angehörigen der freien Berufe bietet die Anlage von 7c-Darlehen zunächst den Vorteil des Gewinnausschlages. Besonders vorteilhaft ist eine solche Anlage aber für diejenigen Angehörigen freier Berufe, die sich in absehbarer Zeit zurückziehen wollen und dann mit geringerem Einkommen rechnen müssen. Sie sichern sich eine gleichbleibende Einnahme für eine bestimmte Reihe von Jahren, die dann, entsprechend der Minderung des Gesamteinkommens, entsprechend niedriger zu versteuern ist.

Ganz besonders geeignet für die Anlage von 7c-Darlehen ist die Bayerische Landesbodenkreditanstalt in München, Salvatorstraße 14, als Organ der staatlichen Wohnungspolitik in Bayern.

Diese nimmt Darlehen in drei Gruppen, rückzahlbar in 5 bzw. 12 oder 25 gleichen Jahresraten, entgegen. Da die Rückzahlung aber nur auf Ankündigung des Darlehensgebers hin erfolgt, kann dieser selbst den Rückfluß der Raten in ihm genehme Geschäftsjahre lenken. Dieses kann, neben anderen Vorteilen, zu erheblichen Steuervergünstigungen führen. Bei langfristigen Darlehen räumt sie dem Darlehensgeber das Recht ein, das Bauvorhaben zu bezeichnen, dem das Darlehen zugute kommen soll. Neben größtmöglicher Sicherheit bietet die Bayerische Landesbodenkreditanstalt vor allem auch die Gewähr, daß die Darlehen in Bayern verwendet werden und so der Hebung der ganzen bayerischen Wirtschaft dienen.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß diese Steuervergünstigung nur im Jahre der Hingabe des Darlehens in Anspruch genommen werden kann, d. h., daß die Darlehen bis zum 31. 12. 1952 eingezahlt werden müssen. Es ist also höchste Zeit, sich mit dieser wichtigen Frage zu beschäftigen.

Abzugsfähigkeit der Aufwendungen für die private Verwendung eines beruflich genützten Arztwagens bei der Einkommensteuer

In der steuerlichen Behandlung der Betriebsausgaben für einen Personenkraftwagen, der zum Zwecke der Ausübung der Praxis gehalten, gelegentlich aber auch zu Privatfahrten verwendet wird, herrscht bei den Finanzämtern des Bundesgebietes keine Einheitlichkeit.

Es ist einleuchtend, daß ein Kraftwagenbesitzer, der seinen Wagen auch zu Privatfahrten benützt, nicht die ganzen Kosten der Wagenhaltung von seinen Einnahmen in Abzug bringen kann, sondern sich einen — je nach Umfang der privaten Benützung verschieden hohen — Abzug von diesen „Betriebskosten“ gefallen lassen muß. Außer den Meinungsverschiedenheiten über die prozentuale Höhe dieser Abzüge, die wohl jeweils von dem Umfang der privaten Benützung im Einzelfalle abhängen wird, und für die eine generelle Regelung nicht getroffen werden kann, geht aber der Streit meist um die grundsätzliche Frage, von welchen Kosten für die Wagenhaltung dieser prozentuale Abzug für private Benutzung gemacht werden soll. Der Arzt, der einen Wagen zur Ausübung seiner Praxis hält, macht mit Recht geltend, daß ein Teil seiner Kosten durch evtl. Privatfahrten überhaupt nicht berührt wird, da sie auch dann in gleicher Höhe vorhanden wären, wenn er den Wagen nur zu reinen Praxiszwecken benützen würde. Diese sogenannten fixen Kosten setzen sich zusammen aus den Beträgen für Garagenmiete, Kraftfahrzeugsteuer und Haftpflichtversicherung. Billigerweise könne ein anteil-

„indroht...?“

Mulgatum phos.



A. NATTERMANN & CIE · KÖLN-BRAUNSFELD

mit element. Phosphor,
rezeptpflichtig

Q.P. DM 195

ger Abzug für private Wagenbenützung nur von den Kosten vorgenommen werden, deren Höhe durch die Privatbenützung mitbestimmt werden: Benzin- und Ölverbrauch, Reparaturen, Absetzung für die Abnützung des Motors.

In einem Streitfall hat das Finanzgericht Düsseldorf in seinem Urteil vom 13. 2. 1952 — A Z: F G I 114/51 diese Auffassung vertreten und die sog. fixen Kosten für Garage, Kraftfahrzeugsteuer und Versicherungsgebühr als in voller Höhe absetzbare Betriebsausgaben erklärt.

Das Urteil wurde als Präzedenzfall in einem großen Teil der Standesblätter veröffentlicht, u. a. auch in Heft 20/52 der „Ärztlichen Mitteilungen“ vom 18. 10. 1952. Die Ausführungen der Urteilsbegründung sind für den ganzen Fragenkomplex von großer Bedeutung und seien daher den Interessenten zum genauen Studium empfohlen.

Leider trifft es nicht zu, daß mit dem Urteil eine endgültige Entscheidung darüber getroffen ist, wie die steuerliche Behandlung der Fahrzeugkosten gehandhabt werden soll. Wie wir erfahren, hat das Finanzamt in Düsseldorf gegen das Urteil Berufung zum Bundesfinanzhof eingelegt, das die Entscheidung in letzter Instanz treffen wird. Für Bayern ist die Düsseldorfer Instanz zunächst nicht rechtsverbindlich, und es bleibt nach wie vor den einzelnen Finanzämtern überlassen, die Frage nach ihrem eigenen Ermessen zu behandeln.

Sobald die Entscheidung des Bundesfinanzhofes gefallen ist, werden wir den Kollegen weiter berichten.

KONGRESSE

Medizinische Kolloquien in Davos

Wie das Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern mitteilt, ist bei der Veröffentlichung in Heft 10/52, S. 148, des Bayer. Ärzteblattes bei der Angabe der zweiten Reise ein Irrtum unterlaufen. Die Aufenthaltsdauer beträgt nicht die Zeit

„vom 17. I. bis 21. II. 1953“

sondern

vom 17. I. bis 1. II. 1953.

Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin

Die 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin findet vom 13.—16. 4. 1953 in Wiesbaden statt unter dem Vorsitz von Prof. Dr. G. Katsch, Direktor der Medizinischen Klinik in Greifswald. Hauptthemen: 1. Methoden, Probleme und Lehren aus der Vergleichenden Pathologie (Dobberstein, Berlin, Frauchiger, Bern). 2. Regulationspathologie. Ein 3. Hauptthema wird später angekündigt werden. Ein Tag ist freien Vorträgen vorbehalten. Es können nur unveröffentlichte und wichtige Originalarbeiten Berücksichtigung finden. Die Zahl der Vorträge ist begrenzt. Vortragsanmeldungen mit genauer Inhaltsangabe müssen bis zum 15. 1. 1953 an den Vorsitzenden eingesandt sein. Anmeldungen zur Teilnahme an der Tagung werden bis zum 15. 3. 1953 an den ständigen Schriftführer der Gesellschaft, Prof. Dr. Fr. Kaufmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten, erbeten. Es wird gebeten, für Anmeldungen nur Postkarten zu verwenden. Den Mitgliedern der Gesellschaft werden die Einladungen mit Anmeldungskarten im Laufe des Dezembers ds. Jahres zugehen.

Kongreß zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit

Der gemeinsame Kongreß des Bayerischen Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit und der Österreichischen Gesellschaft für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit findet am Freitag, den 5., und Samstag, den 6. Juni 1953, in München statt.

(Med.Klin. Nr. 44/52)

Süddeutsche und Österreichische Tuberkulose-Gesellschaft

Vom 15.—17. Mai 1953 halten die Österreichische Tuberkulose-Gesellschaft und die Süddeutsche Tuberkulose-Gesellschaft gemeinsam ihre Tagung in Innsbruck ab.

Die Kongreßthemen sind:

- I. Pathogenese der tuberkulösen Streuungen.
- II. Extrapleuraler Pneumothorax.
- III. Chemotherapie der Tuberkulose.
- IV. Die BCG-Impfung und ihre Bedeutung für die Tuberkulosefürsorge.

Anmeldungen von Kurzvorträgen erbeten an: Sekretariat der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft, Augsburg, Frohsinnstr. 5.

Internationaler Kongreß für Heilpädagogik

Der 3. Internationale Kongreß für Heilpädagogik ist für das Jahr 1953 in Wien vorgesehen. Auskünfte durch Prof. Dr. Villinger, Univ.-Nervenklinik, Marburg/Lahn.

PERSONALIA

Professor Dr. Wilhelm Stepp, em. o. Prof. für Innere Medizin an der Universität München, feierte am 20. Oktober d. J. seinen 70. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Geheimrat Professor Dr. Fritz Lange, Begründer und langjähriger Leiter der Orthopäd. Klinik, verstarb am 19. November 1952 in München.

Eine ausführliche Würdigung erfolgt im Dezemberheft des „Bayerischen Ärzteblattes“.

Am 7. 11. 1952, an seinem 58. Geburtstage, wurde am Fuße der Burghalde, dem Wahrzeichen von Alt-Kempten, Dr. Fritz Redenbacher unter großer Beteiligung der Ärzteschaft und der Bevölkerung zu Grabe getragen.

Redenbacher, Sohn einer Kemptener Arztfamilie, ließ sich nach gründlicher jahrelanger Ausbildung bei Prof. Graßmann und Prof. Sittmann am Krankenhaus München r. d. I. im Jahre 1930 als Facharzt für innere Krankheiten in Kempten nieder, führte aber vom Jahre 1935 an seine Tätigkeit als prakt. Arzt und Geburtshelfer bis zu seinem Tode weiter. Am 4. 11. 1952 erlag er an der Stätte seiner früheren Ausbildung allzu früh einem nicht mehr aufhaltbaren Leiden.

Seit 1933 Vorstand der Ärztlichen Bezirksvereinigung Allgäu-West, seit 1950 Abgeordneter zur Bayer. Landesärztekammer, seit 1951 Vertrauensmann der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und Beisitzer in der Vorstandschaft der KVB-Bezirksstelle Schwaben und Mitglied des Bezirkssenats, hat er das größte Vertrauen der Ärzteschaft genossen und sich die höchsten Verdienste um seine Standesgenossen erworben. Kaum einer von uns wäre imstande gewesen, die Ärzteschaft über die Zeiten von 1933 bis 1952 in so reibungsloser Art unter Wahrung aller wichtigen Belange zu führen wie er. Seine rasche Auffassungsgabe für das Wichtige, sein kritischer Verstand, seine glänzende Rednergabe und sein warmes Herz für seinen Beruf stempelten ihn zum Führer der sich ihm anvertrauenden Ärzte.

Redenbacher war der Arzt im guten alten Sinne, der Hausarzt. Weil er das sein wollte, stellte er seine Tätigkeit auf eine breitere Basis, wechselte von seiner inneren Facharztpraxis um auf die Allgemeinpraxis, wollte nicht Spezialist sein, sondern Heiler und Helfer für alle. Er benötigte dazu nicht eine moderne große Maschinerie oder ein Institut, ihm genügte im allgemeinen der gesunde Menschenverstand und seine gesunden Sinne, die er zum Nutzen seiner Kranken vortrefflich zu gebrauchen wußte. Nicht Mediziner wollte er sein, sondern Helfer und Tröster. Das kann aber nur der sein, der mitfühlender Mensch mit Gemühtiefe ist. Und das war Redenbacher. — Von Haus aus ein begabter Musiker, pflegte er in seinem Heim, wie schon früher in seinem Vaterhaus, die Kammermusik, stellte sich, soweit er Zeit dazu hatte, den Musik-

vereinigungen bei großen Aufführungen zur Verfügung. Noch auf seinem Totenbette in den letzten Stunden seines so kurzen Lebens, als schon sein Geist zwischen Himmel und Erde schwebte, versuchte er mit verklärtem Gesicht Teile aus den Quartetten seines so geliebten Beethovens zu summen. Auf dem Gebiete der Literatur beschäftigte er sich nur mit guten Werken, besonders solchen philosophischer Natur. Er war ganz Idealist und haßte den Materialismus, liebte das Gute, das Bleibende, das wirklich Wertvolle. Diese seine Vorliebe zur guten Musik, zur ernsten gemühtiefen Lektüre, seine Freude an Wanderungen in seiner heimatlichen so schönen Natur waren ihm Ausgleich für seine anstrengende ärztliche Tätigkeit und gaben ihm Kraft und Stärke in seinem schweren Beruf.

So steht Redenbacher, obwohl so früh von uns geschieden, vollendet als Arzt und Mensch in unserer Erinnerung, als Vorbild für die jungen und kommenden Ärzte, als Beispiel für alle, daß man auch in unserer so verwirrten und liebearmen Zeit als gütiger Mensch und wahrer Arzt durch das Leben gehen kann. Wir wollen ihm danken und in seinem Sinne Beruf und Leben weiterführen.

Dr. Näher

Dr. Rudolf Stix, früher Chefarzt des Kreiskrankenhauses Offenheim, ist am 13. 10. 1952 im 65. Lebensjahr gestorben.

RUNDSCHAU

DGB fordert Neuaufbau der Sozialversicherung. Auf dem DGB-Bundeskongreß in Berlin forderte der bisherige Vorsitzende des DBG, Christian Fette, einen Neuaufbau der Sozialversicherung unter Beseitigung der Zersplitterung. Die soziale Krankenversicherung entspreche in mancher Hinsicht nicht mehr den sozial- und gesundheitspolitischen Anforderungen. Die Bundesregierung und die Mehrheit des Bundestages habe den Weg einer weiteren Zersplitterung beschritten. Das geltende Sozialrecht genüge nicht mehr den gesellschaftlichen Bedürfnissen und der Forderung nach sozialer Gerechtigkeit. (Die Ortskrankenkasse Nr. 21/52.)

Um die Reform der Krankenversicherung. Der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung war eine Tagung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Köln, vorbehalten. Bemerkenswert war die glatte Absage an die zu weiterer Schematisierung führende Einheitsversicherung. Vertreter der Landwirtschaft, der Industrie, des Handwerks, der Ärzte und der Versicherungspraxis bekannten sich gegen eine allgemeine Versicherung, die dem Staat alle Sorge überläßt und für die Aufrechterhaltung der gegliederten deutschen Sozialversicherung, die freilich in mancher Beziehung als änderungsbedürftig gelten muß. Die Vielfalt des Lebens laufe einer Erstarrung der Versicherung durch zu weit getriebene Vereinheitlichung zuwider. Wiederholt kam zum Ausdruck, daß eine weitere Ausdehnung der Sozialversicherung nicht in Betracht gezogen werden dürfe. Die Gesellschaft, die auf der Ebene höchster Verantwortung an der Sozialpolitik mitarbeitet, konnte naturgemäß an die Vorlage eines fertigen Reformplanes nicht denken. Andererseits hat die Veranstaltung gezeigt: Die Meinungen in Bezug auf eine Reform sind so mannigfaltig, daß es außerordentlich schwer sein wird, die kniffligen Fragen schließlich vor dem Parlament ins Reine zu bringen.

H. R.

(Südd. Zeitung Nr. 261)

Ärztliches Berufsgeheimnis. Auf der Genfer Tagung des ständigen Ausschusses für Fragen der sozialen Medizin nahmen Vertreter mehrerer europäischer Staaten und der Weltgesundheitsorganisation zu den Grenzen des ärztlichen Berufsgeheimnisses Stellung. Die extremste Richtung vertrat der Vorsitzende der deutschen VOV, Glock, indem er die Ansicht vertrat, daß dem Träger der Sozialversicherung gegenüber kein ärztliches Berufsgeheimnis bestehen solle, da sich Krankenkassenangestellte genau wie der Arzt bei Verletzung der Geheimhaltungspflicht straffällig machen. (Die Ortskrankenkasse, 15. 7. 1952.)

Bergarbeiter erfahren ihre Blutgruppe. Bei sämtlichen Bergarbeitern in Polen, die unter Tage oder mit schweren Arbeiten, wie Transport usw., beschäftigt sind, wurden kürzlich die Blutgruppen festgestellt. Diese Maßnahme wurde getroffen, um bei schweren Unfällen ohne Zeitverlust sofortige Bluttransfusionen vornehmen zu können.

(DMI 11/52)

Wetterdienst für Ärzte. An alle Krankenhäuser und Ärzte soll künftig zweimal am Tage die „Sowela“-Meldung durchgegeben werden, die dem Arzt den Wetterbericht in wenigen Zahlen veranschaulicht. Wie auf dem Karlsruher Ärztekongreß mitgeteilt wurde, sollen die Ärzte dadurch die Möglichkeit erhalten, unverzüglich Vorkehrungsmaßnahmen

bei denjenigen Patienten einzuleiten, die durch Wettereinflüsse gefährdet werden. Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei vielen Herzkranken, vor allem bei denen, die an Angina pectoris leiden, eine unverkennbare Abhängigkeit vom Witterungsablauf auftritt. Die Sowela-Meldung soll nun für den Arzt eine wertvolle Hilfe bilden. Sie enthält in ihrer ersten Ziffer die von der Sonne gesteuerten Einflüsse einschließlich der magnetischen Unruhe der Erde, was besonders die Gynäkologen interessiert. Die zweite Ziffer enthält die Beeinflussungszahl durch Störungen auf den Kilometerwellen der Hochfrequenz. Sie ist besonders für den Neurologen wichtig. Die dritte Ziffer kennzeichnet die Labilität der Atmosphäre in der Nähe des Beobachtungs-ortes und die Neigung zum Umsturz in der Wetterlage, zum Beispiel Gewitter. Diese Ziffer ist von allgemeinem medizinischem Interesse. Der Grad der Gefährdung wird durch die Ziffern 0 bis 9 angegeben. Von vier an erfordert der Einfluß des Wetters Beachtung. Von fünf an sollte er nicht übersehen werden. Bei sieben ist Gefahr vorhanden, bei neun äußerste Vorsicht geboten. Später soll diese Meldung auch durch den Rundfunk verbreitet werden.

(Med. Klinik Nr. 40/52)

Gesetzentwurf über die Ausübung der Krankenpflege. Der Deutsche Bundestag hat in seiner Sitzung am 2. Oktober einen Antrag beraten, wonach die Bundesregierung gebeten werden soll, einen Gesetzentwurf über die Ausübung der Krankenpflege und die Ausbildung und Förderung des Berufsstandes der Krankenpflegerinnen vorzulegen. Der Antrag wurde von der DP im Bundestag gestellt.

(Ae. Pr. M.)

Deutsch-amerikanischer Austausch von Studenten und Professoren. Die Behörden der Vereinigten Staaten haben für den deutsch-amerikanischen Austausch von Studenten, Professoren, Forschern und Lehrern 4,2 Millionen DM zur Verfügung gestellt. Ein Abkommen über den Austausch wurde bereits im Juli geschlossen.

(Med. Klinik Nr. 43/52)

Versuche mit neuem Grippeserum in England. Tausende von Freiwilligen in allen Teilen Großbritanniens sollen in diesem Winter versuchsweise mit einem neuartigen Grippeserum geimpft werden. Zur Kontrolle wird die Hälfte der Freiwilligen mit einer ebenso unschädlichen wie unwirksamen Lösung geimpft. Sie selbst wissen nicht, was ihnen eingespritzt worden ist. Das britische Gesundheitsministerium verspricht sich von den neuen Mitteln endlich eine wirksame Bekämpfung der Grippe.

(Med. Klinik Nr. 45/52)

Förderung von Forschungsvorhaben. Zur Förderung von Forschungsvorhaben hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft im Jahre 1951/52 elf Millionen DM verteilt. Davon stammen 8,6 Millionen vom Stifterverband für die deutsche Wissenschaft und 2,3 Millionen aus ERP-Mitteln. Der Stifterverband hat damit seine Zuschüsse gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt. Von den verteilten elf Millionen entfallen sechs Millionen für die Anschaffung von Apparaten und eine Million auf Stipendien. Unter anderem wurden eine Elektronenschleuder und drei Elektronenmikroskope finanziert.

(Med. Klinik Nr. 45/52)

Das britische Gesundheitsministerium gab bekannt, daß heute jeder 7. Engländer im Pensionsalter steht. Die Versorgung dieser alten Leute stellt den engl. Wohlfahrtsstaat vor unlösbare Probleme. (M.M.WO. 44/52)

Ost-Gewerkschaft setzt Ärzte unter Druck

Die ostzonale Gewerkschaftszeitung „Tribüne“ richtet einen energischen Appell an die Ärzte und fordert „größte Disziplin im Gebrauch der Arbeitsbefreiungsscheine“. Weiterhin wäre zur Senkung des unnatürlich hohen Krankenstandes eine grundsätzliche Änderung im Bewußtsein eines Teiles der Werktätigen erforderlich. Die Gewerkschaft müsse dafür sorgen, daß die Simulanten der allgemeinen Verachtung und vernichtenden Satire preisgegeben und als üble Schmarotzer am gesellschaftlichen Gemeingut entlarvt würden. Außerdem verlangte der Direktor der staatlichen Sozialversicherung der Sowjetzone, Paul Peschke (SED), eine „organisierte Kontrolle der Krankengeschreibungen und Ärzte“, nachdem die Krankenschreibungen von 3,9 % im Jahre 1948 auf 6,7 % im Jahre 1952 angestiegen sind.

(Dtsch. med. Journ. Nr. 21/22/52)

Pflichtversicherung auch in Amerika?

Im Zuge des amerikanischen Präsidentschaftswahlkampfes forderte Truman erneut die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung, während General Eisenhower sich gegen einen derartigen Plan wandte und erklärte, daß er den Fortschritt der amerikanischen Medizin hemmen würde und den Kranken einer schematischen Behandlung zuführe. — Die chemisch-pharmazeutische Fabrik Schenley hat dem derzeitigen amerikanischen Präsidenten Truman nach Beendigung seiner Amtszeit eine Direktorenstellung in ihrer Firma mit einem Jahresgehalt von 100 000 Dollar (420 000 Deutsche Mark) angeboten.

(Dtsch. med. Journ. Nr. 21/22/52)

AMTLICHES

Zulassungen im Arztregisterbezirk Schwaben

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

Augsburg:	1 Frauenarzt
Stadtteile: Hochfeld	1 Praktiker
Jakobervorstadt	1 Praktiker
Inneres Stadtgebiet	1 Praktiker
Pfersee	1 Praktiker
Kempten-Stadt:	1 Urologe
Nesselwang (Lkrs. Füssen)	1 Praktiker
Rennertshofen (Lkrs. Neuburg/Do)	1 Praktiker

Für sämtliche Stellen — mit Ausnahme von Rennertshofen — sind ortsansässige bzw. niedergelassene Bewerber vorhanden, jedoch sind weitere Bewerbungen möglich.

Anträge auf Zulassung sind bis spätestens 1. Dezember 1952 beim Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Schwaben, Augsburg, Schäzlerstr. 19, einzureichen.

Die Bewerbungsgebühr von DM 5.— ist auf das Konto Nr. 3478 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Bezirksstelle Schwaben, bei der Süddeutschen Bank A.G., Filiale Augsburg (Postscheckkonto der Bank: München 151), einzubehalten.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Bezirksstelle Schwaben
Dr. Dr. Pfeifer.

Zulassung im Arztregisterbezirk München-Stadt und -Land

Gemäß § 28 des Gesetzes über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen vom 14. 6. 1949 hat der Zulassungsausschuß des Arztregisterbezirks München-Stadt und -Land die Ausschreibung nachfolgender Kassenarztstelle beschlossen:

Ein Facharzt für Chirurgie — Kinderchirurgie

Ortsteil 37 = Polizeirevier 28, München.

Für die ausgeschriebene Stelle sind ortsansässige, niedergelassene Bewerber vorhanden.

Die Ortsteileinteilung für München wurde im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 49 (10. 12. 1949) veröffentlicht.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß des Arztregisterbezirks München-Stadt und -Land, München, Brienner Straße 11, zu richten.

Letzter Termin der Einreichung: 13. Dezember 1952.

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

Kassenärztliche Vereinigung
Bezirksstelle München-Stadt und -Land

Zulassungen im Arztregisterbezirk Oberfranken

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

Hof:	1 Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten
Coburg:	1 Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten +)
Rehau:	1 prakt. Arzt +)
Warmenstelnach (Ldkr. Bayreuth)	1 prakt. Arzt +)

An den mit einem +) bezeichneten Stellen sind bereits niedergelassene oder an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte vorhanden. Weitere Bewerbungen sind möglich.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken, Bayreuth, Bahnhofstraße 16/III, zu richten.

Dort sind auch Bewerbungsformulare erhältlich.

Letzter Termin für die Bewerbung: 15. 12. 1952.

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

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

Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberfranken in Bayreuth vom 26. 7. 1951 wurde dem Arzt Rudolf Hütter, geb. am 16. 4. 1914 in Kattowitz, gemäß Art. 3 Abs. 1 Nr. 1 des Bayer. Ärztegesetzes die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

Urkundenverluste

Die nachstehend aufgeführten Ärzte und die nachstehend aufgeführte Apothekerin haben beim Bayer. Staatsministerium des Innern den Verlust ihrer Bestallungsurkunde glaubhaft nachgewiesen. Falls eine der verlorengegangenen Urkunden vorgezeigt werden sollte, wird um Einziehung und Übersendung mit kurzem Bericht ersucht:

Dr. med. Heinrich Rippentrop, geb. 5. 6. 1918 in Breslau, Geltungsdatum d. Bestallungsurkunde: 23. 12. 1943, Ersatz ausgest.: 9. 8. 1952.

Arzt Karl Henneberger, geb. 15. 3. 1916 in Würzburg, Geltungsdauer d. Bestallungsurkunde: 18. 12. 1942, begl. Abschrift ausgestellt: 25. 8. 1952.

Arzt Siegfried Curt Karl Heinz Strecker, geb. 20. 10. 1920 in Aub., Geltungsdatum d. Bestallung: 15. 6. 1944, Ersatz ausgest.: 26. 8. 1952.

Arztin Beate Blümel, geb. 3. 11. 1922 in Breslau, Geltungsdatum d. Bestallung: 9. 3. 1951, Zweitschrift ausgest.: 30. 8. 1952.

Arzt Rudolf Karl Igel, geb. 3. 11. 1914 in Neisse/OS., Geltungsdatum d. Bestallung: 28. 4. 1941, Ersatz ausgest.: 3. 9. 1952.

Apothekerin Elisabeth Jürgens, geb. 17. 1. 1918, in Petersburg, Geltungsdatum d. Bestallung: August 1942, Ersatz ausgest.: 27. 9. 1952.

I. A. Platz,
Ministerialdirektor

Verordnung

zur Änderung der Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken vom 2. 4. 1931 (GVBl. S. 105).

Vom 18. September 1952

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

§ 1

Die Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken vom 2. 4. 1931 (GVBl. S. 105) in der Fassung der Verordnung vom 4. 1. 1949 (GVBl. S. 44), 27. 9. 1949 (GVBl. S. 273), 21. 3. 1950 (GVBl. S. 82), 29. 11. 1950 (GVBl. 1951 S. 6), 24. 3. 1951 (GVBl. S. 57) und 12. 5. 1952 (GVBl. S. 167) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 der Verordnung wird nach den Worten

„Indischen Hanf oder die daraus hergestellten Zubereitungen (z. B. Indischhanfextrakt und Indischhanftinktur) oder Präparate (z. B. Gerbsaures Cannabin und Cannabinon)“

eingefügt:

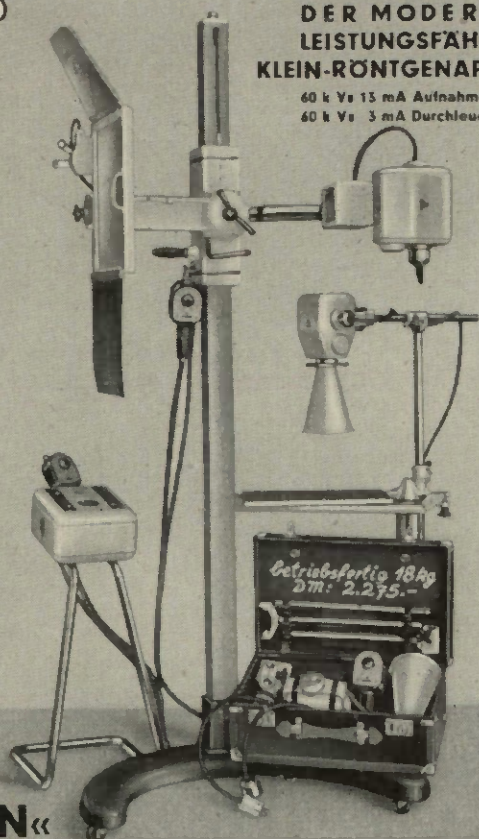
„Isonikotinsäurehydrazid (Isonikotinylhydrazin) oder



ELINAX

DER MODERNE
LEISTUNGSFÄHIGE
KLEIN-RÖNTGENAPPARAT

60 k Vs 15 mA Aufnahme
60 k Vs 3 mA Durchleuchtung



»ELIN«

Vertrieb und Kundendienst: F. L. Bittner G.m.b.H., München 25,
Fürstenrieder Straße 333, Tel. 7 16 12 — Günstige Zahlungsmöglichkeit.

Dr. E. Ritsert

Anaesthesin — Bonbons und Dragees
— Salben
— Puder
— Suppositorien
— Tabletten

Schmerzstillende Spezial-Präparate

Subcutin

Schmerzstillend, Schleimhaut-Antiseptikum

Bitte bei Verordnung O. P. oder Ritsert
hinzufügen

Rivanol[®]-Pastillen

Schmerzstillendes Antiseptikum

Anaestheform-Präparate

Schmerzstillende Wundantiseptika

Anaesthesulf 0,2% und 0,5%

Intramuskuläre Schwefelinjektion



DR. E. RITSERT

Fabrik pharmazeutischer Präparate
FRANKFURT (MAIN)

• Erfinder Dr. E. Ritsert, Wz.-Inh. Farbwerke Hoechst
• Wz.-Inh. Farbwerke Hoechst

PURAEON „E“-Pulver,	Kl.-P., 8 Pulver	DM 1.10 o. U.
PURAEON-Ampullen,	Kl.-P., 3 Ampullen	DM 1.35 o. U.
PURAEON-Inhalet,	Kl.-P., 10 ccm	DM 2.80 o. U.
PURAEON-Hustensaft	Kl.-P., ca. 120 g	DM 1.40 o. U.
PURAEON-Hustentropfen	Kl.-P., ca. 15 ccm	DM 1.— o. U.

gegen

Asthma

PURAEON E

DOLORGIET  BAD GODESSERG

seine Salze, Abkömmlinge des Isonicotinsäurehydrazids oder ihre Salze."

2. In dem der Verordnung angeschlossenen Verzeichnis werden eingefügt nach:

"Insuline und andere entsprechende aus der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) hergestellte Präparate, wie Pankreashormon Norgina usw., sofern sie zu Einspritzungen unter die Haut bestimmt sind"

die Worte:

"Isonicotinsäurehydrazid (Isonicotinylhydrazin) und seine Salze, Abkömmlinge und Isonicotinsäurehydrazids und ihre Salze."

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 1952 in Kraft.
München, 18. September 1952 Bayer. Staatsministerium
des Innern

gez.:

(Dr. Wilhelm Hoegner)
Staatsminister
und stv. Ministerpräsident.

Anrechnung von Studien und Prüfungen an der Saar-Universität

Auf eine Anfrage der Bayer. Landesärztekammer wurde vom Bayer. Staatsministerium für Unterricht und Kultus folgendes mitgeteilt:

Über die Anrechnung eines Studiums an der Saar-Universität, die Anerkennung dort abgelegter Prüfungen und dort erworbener akademischer Grade ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Die Entscheidung trifft das Bayer. Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Eine Anrechnung von medizinischen Studiensemestern kann erwartet werden, wenn der Prüfungsvorsitzende festgestellt hat, daß der Antragsteller bei seinem Studium an der Saar-Universität die hier geltenden Anforderungen erfüllt hat.

I. A. gez. Dr. Rheinfelder

BUCHBESPRECHUNGEN

Oswald Bumke, *Erinnerungen und Betrachtungen*. Mit einer Einführung von Prof. Dr. W. Gerlach. Richard Pflaum Verlag, München 2. 232 S., 3 Abb., Gaazln. DM 11.70.

Den Lebenserinnerungen des am 25. 9. 1877 in der pommerschen Kleinstadt Stolp geborenen, am 5. 1. 1950 in München verstorbenen weltbekannten Psychiaters Oswald Bumke kommt, wie dies sein Freund Prof. Gerlach in seiner, den Aufzeichnungen vorausgeschickten Würdigung der Persönlichkeit Bumkes hervorhebt, schon um deswillen eine allgemeine Bedeutung zu, weil der Arzt und Gelehrte Bumke die Menschen verstand und daher für seine Zeit die entscheidenden Blickpunkte fand. Die von Bumke ausgearbeiteten Erinnerungsbilder seiner Erlebnisse in Jahrzehnten, die voll von gewaltigen Spannungen eine Neugestaltung der Weltordnung einleiten, verdienen daher die Anteilnahme weitester Kreise. Es spricht eine ganz außergewöhnliche Persönlichkeit, in der sich die Eigenschaften des Arztes, des Forschers und des akademischen Lehrers in seltener Harmonie vereinigen, in der faszinierenden Art, die Geist und Herz seiner Hörer und Leser stets in seinen Bann zog.

In den nachgelassenen Schriften, in die auch Wiedergaben von Reden bei besonderen Anlässen eingestreut sind, steht Bumke wieder vor uns als der von Hilfsbereitschaft getragene, mitfühlende gütige Arzt, der seine Mitarbeiter zu ebensolchen Ärzten zu erziehen bestrebt war. Er lehrte sie aber auch, daß das Wohl der Kranken dem Herz des Arztes zwar am nächsten liegt, daß er aber der Allgemeinheit gegenüber eine hohe Verantwortung trägt, die es nicht zuläßt, daß er sein klares, wissenschaftlich begründetes Urteil ahwegigen Gefühlseinwirkungen unterstellt. Die enge wissenschaftliche und persönliche Verbundenheit Bumkes mit seinen Mitarbeitern sicherte seinen Bestrebungen Erfolg.

In seinen hinterlassenen Schriften tritt auch eine andere Besonderheit des akademischen Lehrers Bumke hervor, der Mangel jeden Bestrebens eine "Schule" zu gründen. Sein umfassendes Allgemeinwissen, sein lebhafte Interesse für alle musischen Angelegenheiten und nicht zuletzt seine außerordentliche Bewandtheit in der Geschichte veranlaßten ihn, alles Beobachtete mit tiefem Wissen und scharfer Kritik zu erwägen, am das als richtig Erkante, woher es auch immer kommen mochte, in formvollendeter Weise zu lehren. Sein fesselnder Vor-

trag vermittelte dem Hörer eine hochwertige Verarbeitung des Wissens der Zeit durch eine über den Dingen stehende Persönlichkeit.

Das Büchlein eröffnet in einzelnen interessante Einblicke in das deutsche Universitätsleben seit der Jahrhundertwende, das Bumke zur Zeit seines eigenen Studiums in Freiburg, Leipzig, München und Halle, dann als Mitarbeiter Hohes in Freiburg und später als akademischer Lehrer in Rostock, Breslau, Leipzig und München kennen lernte und mitgestaltete.

Dem Leser werden auch die Einblicke nicht uninteressant sein, die Bumke, als er im Jahre 1923 an das Krankenlager Lenins gerufen wurde, während seines vielwöchigen Aufenthaltes in Moskau in die russischen Verhältnisse zu tun vergönnt war. Nicht minder wird die Stellungnahme des Psychiaters Bumke zu den Erscheinungen der Hitlerzeit die Anteilnahme des Lesers erwecken. Er wird das Buch im erhebenden Gefühl, bei einem hervorragenden Menschen zu Gast gewesen zu sein, nicht ohne Gewinn für sich selbst aus der Hand legen.

Dr. Weiler

Nachfolgende Textprobe aus den "Erianerungen" Bumkes stellt die Verhältnisse in Rußland, wie er sie anlässlich der Behandlung Lenins gefunden hatte, den Zuständen im Dritten Reich gegenüber und nennt als einen der Gründe, die zwaagsweise zum Scheitern führen mußten...

... eine Uneinigkeit unter den Führern, die kein System hätte aushalten können. Keiner wußte vom anderen, aber jeder wurde vom anderen bekämpft; eiaig waren sie nur, wenn es galt, einen Nichtparteiigeaossen um die Ecke zu bringen. Anfang November 1944 werde ich im Auftrage des Reichsführers SS von der Gestapo verhört: "Man wirft Ihnen vor, daß Sie in Ihren Äußerungen über die Behandlung des Führers nicht die nötige Zurückhaltung wahren." — "Ja, ich behandle ihn doch gar nicht." Große Verblüffung. Ich erzähle den Vorfall einem zum Führungsstab gehörenden General, der jahrelang in Hitlers nächster Umgebung gelebt hat und am 20. Juli mit verletzt worden ist. Antwort: "Das ist typisch." — "Ja, ich bitte Sie, wieso ist das typisch? Himmler, dem die ganze Polizei untersteht, muß doch wissen, welche Ärzte Hitler behandeln." — "Ich kaan nur wiederholen: das ist typisch." Inzwischen ist es mir zweifelhaft geworden, ob Himmler das Gerücht, Hitler werde von einem Psychiater betreut, nicht selbst in die Welt gesetzt hat, um den "Führer" eines Tages mit dieser Waffe zu stürzen. In Wirklichkeit hätte ja kein Psychiater bei Hitler etwas ausrichten können; aa diesea Naturea läßt sich nichts ändern. Als mein Sohn mich 1935 eiaamal im Scherz mit "Heil Hitler" begrüßte, habe ich erwidert: "Das denkst Du Dir so einfach, mein Juage." So dumm ist Hitler doch nicht gewesen, aa eiaen bekannten Psychiater in den Kreis seiner Ärzte zu ziehen; hätte er es aber getaa, so wäre er sicher schnell wieder abserviert worden. "Es ist eiaa eigene Sache mit den Psychopathen", hat mea Kollege Ernst Kretschmer eiaamal geschrieben, "in normalen Zeiten begutachten wir sie, in politisch aufgeregten beherrschen sie uns."

Medizin heute für die Praxis morgen ist der Titel einer neuen medizinischen Zeitschrift, die Mitte dieses Monats erstmalig der Ärzteschaft in die Haad gegeben wurde. Verlag und Schriftleitung haben sich zur Aufgabe gestellt, mit der Herausgabe dieser Zeitschrift den praktischen Arzt und den in der Praxis stehenden Facharzt über die großen Probleme und deren Zusammenhänge auf dem laufenden zu halten sowie die gesicherten Ergebnisse medizinischer Forschung für die Praxis in Kurzberichten zu vermitteln. "Medizin heute" trägt somit dem Zeitmangel des vielbeschäftigten und überbürdeten Arztes Rechnung, indem es in allen Beiträgen der Kürze nur das Wesentliche heraushebt. Der Preis ist niedrig, das Format handlich gehalten (Din A 5), damit die Hefte für jeden Arzt erschwinglich und bequem mitzuführen sind. "Medizin heute" erscheint monatlich einmal und kostet im Vierteljahr 3,— DM zuzügl. Zustellgebühr. Der Bezug ist durch jede Buchhandlung, Postanstalt und durch die Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover, Gr. Wallstraße 2, möglich.

Medizinal-Kalender 1953. Verlag Georg Thieme, Stuttgart-O. 864 S. flex. Ganzl. DM 7.50.

Der Bönner'sche Medizinal-Kalender, herausgegeben von H. Braun, ist im 74. Jahrgang in der altbewährten handlichen Form erschienen. Gegen die Ausgaben der Vorjahre wurde den Neuerungen auf verschiedenen Gebieten der Medizin Rechnung getragen. Einen besooders breiten Raum nehmen im neuen Jahrgang Referate und Tabellen aus dem Bereich der Paediatric ein (Opitz: Die gebräuchlichsten Säuglingsnahrungen und ihre Anwendungsbereiche; Größe, Gewicht, Längemaße und Brustumfang der Kinder und Jugendlichen). Außer eine Vergrößerung des Umfangs des Spezialitätenverzeichnisses wurden die Kapitel "Sulfonamide und Antibiotica" sowie "STADA"-Präparate eingefügt. Eine weitere wertvolle Bereicherung des Stoffes bedeuten "Augenärztlicher Ratgeber für den praktischen Arzt", Beiträge zur Be-

handlung der Hyperthyreosen sowie der Diagnose und Therapie exotischer Krankheiten in Mitteleuropa.

Im Hinblick auf das Bundesversorgungsgesetz werden die Rententabellen besonders ausführlich dargestellt, Tabellen der Narkose wurden neu aufgenommen.

Für den praktizierenden Arzt wird der Medizinal-Kalender ein wertvoller Begleiter in der Praxis sein. Si.

Die gesetzlich anerkannten Erhitzungsverfahren, ihre Durchführung in der Praxis und die bisher zugelassenen Erhitzer. Von Dipl.-Ing. R. Brehm, Verlag Deutsche Molkerei-Zeitung, Kempten. 28 S. Geh. DM 1.40.

Die kleine Broschüre bringt eine Zusammenstellung der in Deutschland gesetzlich anerkannten Erhitzungsverfahren mit den einschlägigen gesetzlichen Verordnungen. Ferner werden die bisher amtlich genehmigten Modelle einschl. der bis Ende Juni 1952 neuesten zugelassenen Milcherhitzer aufgeführt.

Streptomycin und Dihydrostreptomycin bei Tuberkulose. Von P. Ailweil, Verlag S. Hirzel, Stuttgart. 120 S., brosch. DM 10.—.

Es ist selbstverständlich nicht möglich, zu einer Zeit, in der die Erfahrungen über die Chemotherapie noch sehr im Fluß und wechselnd sind, schon ein endgültiges Urteil über eines dieser Medikamente zu fällen.

Dies streht auch der Verfasser des Buches nicht an, sondern er gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Verwendungsmöglichkeiten von Streptomycin und Dihydrostreptomycin bei Tuberkulose in offener Gegenüberstellung der Gegenindikation. Dies erfolgt auf Grund eingehender Würdigung der in- und ausländischen Literatur (unter genauer Stellenangabe) sowie fundiert auf eigener persönlicher Erfahrung.

Die Ausführungen sind kritisch und maßvoll. Auf das 114 Seiten umfassende Büchlein wird jeder Tuberkulose-Therapeut gerne zurückgreifen, wenn er sich in Kürze über Indikationsgebiet, Therapie, Wirkungsweise, Resistenz und Komplikationen des Streptomycins und des Dihydrostreptomycins und Streptomycin-abhängiger Stämme nach dem bisherigen Stand der Forschung und Erfahrung orientieren will.

Dr. Sixt.

Therapeutische Technik in der Inneren Medizin. Von Prof. Dr. Wilhelm Grunke. Verlag W. de Gruyter & Co., Berlin, 161 S., 81 Abb., Ganzleinen DM 14.—.

Die therapeutische Technik hat in den letzten Jahren einen solchen Umfang angenommen, daß es berechtigt erscheint, neben den bereits erschienenen Werken auf diesem Spezialgebiet eine neue Zusammenfassung herauszubringen, die außer den für den Internisten wichtigen Eingriffen auch eine Reihe von Maßnahmen herücksichtigt, die für den Praktiker von Bedeutung sind. Das gilt besonders für die Kehlkopfintubation und für die Tracheotomie. Das Werk wendet sich aber auch an die erstmals in Krankenhäusern tätigen Jungärzte und Medizinstudenten, die hier in lebendiger Schilderung die Beschreibung der Magen- und Duodenalsondierung, des Darmeinlaufes und des Katheterismus sowie der verschiedenen Injektions- und Punktionstechniken vorfinden. Damit wird das sehr gut ausgestattete Werk auch gewisse Bedeutung für die Schwestern- und Pflegeausbildung haben. — Bemerkenswert ist jedoch, daß Verl. in dem Kapitel Instrumen-

tarium die Verwendung von Alkohol zur Aufbewahrung bereits sterilisierter Spritzen und Kanülen erlaubt (S. 7), nachdem doch schon R. Koch 1881 im Alkohol nicht abgetötete Milzbranderreger gefunden und Dombrowski u. a. im handelsüblichen Alkohol Gasbranderreger festgestellt hat. Auch sollte man nach unserer Meinung mit der intraneuralen Injektion von Novocain (S. 35) vorsichtiger und zurückhaltender sein, denn es kann doch zu unangenehmen Nervenschädigungen kommen. Auch scheint uns die Durchführung der Sternalpunktion mit einem kleinen Holzhammer, mit dessen Hilfe eine Nadel ohne Arretierung in den Kochen getrieben wird (Abs. 48, S. 95), sehr gefährlich. Nach unseren langjährigen Erfahrungen genügt immer der manuelle Druck. — Diese wenigen kritischen Bemerkungen sollen und können aber keineswegs den sonst außerordentlich günstigen Eindruck in irgendeiner Weise schmälern, den das Werk bei Ärzten in der Praxis und Klinik, bei Studenten und bei Schulleitern der Heilberufe sicherlich hinterlassen wird.

Dr. Michel, München-Nymphenburg

Für und wider die Sterilisierung aus eugenischer Indikation. Von Prof. Hans Nachtsheim. Georg Thieme Verlag, Stuttgart O. 64 Seiten, 4 Abb., kart. DM 5.70.

Die Sterilisierung aus eugenischer Indikation ist in Deutschland, wo sie im Dritten Reich als Zwangssterilisierung durchgeführt worden ist, in Mißkredit geraten, obwohl sie als freiwillige Unfruchtbarmachung in einer großen Anzahl der Vereinigten Staaten, in Kanada, Mexiko, in der Schweiz, in Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Estland und Island bei strenger Auslese im Einzelfall bei angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, zirkulärem Irresein, Epilepsie, erblichem Veitstanz, erblicher Blindheit, erblicher Taubheit und schweren erblichen körperlichen Mißbildungen gesetzlich zugelassen ist. Die Freiwilligkeit wird nur dadurch durchbrochen, daß sie bei Schwachsinn oder sonstigen schweren psychiatrischen Erbleiden staatlicherseits angeordnet werden kann.

Bisher ist seit 1945 in Deutschland die erbpflegerische Unfruchtbarmachung mit der Begründung abgelehnt worden, die Eugenik sei in ihren Erkenntnissen noch nicht genügend gesichert. Nach Nachtsheim sind zwar noch Meinungsverschiedenheiten über die Art des Erbgangs (z. B. rezessiv oder dominant) vorhanden, aber über die Erhllichkeit der genannten Leiden besteht Einhelligkeit. Und durch eingehende und gewissenhafte differentialdiagnostische und familiengeschichtliche Untersuchung kann heute einwandfrei in jedem Einzelfall geklärt werden, ob ein Erbleiden vorliegt oder nicht. Auch ob ein Erbleiden sich durch die heutigen Möglichkeiten der Therapie heilen läßt, sollte nach Nachtsheim für eine freiwillige Unfruchtbarmachung keine Rolle spielen, da behandelte Erbleidenträger ihre kranke Erbanlage kontraselektorisches weitervererben, so daß für spätere Generationen mit einer Zunahme dieser Erbleiden zu rechnen ist. Eine Regeneration krankhafter Erbanlagen ist nach einwandfreien Forschungen unmöglich. Anstaltsverwahrung kann die Sterilisierung nicht ersetzen und ist sehr unwirtschaftlich. Nach Lage der Dinge kann nach Nachtsheim nur eine freiwillige Sterilisierung in Frage kommen und, wenn jemand die infolge einer Erbkrankheit in ihm bestehende Gefahr, eine lebensuntüchtige, unglückliche, sozial belastende Nachkommenschaft in die Welt zu setzen, durch einen von ihm selbst gewünschten, seine eigene Sozialtätigkeit nicht im mindesten beeinträchtigenden Eingriff paralysieren läßt, so kann nach dem Juristen Eberhard Schmid darin auch bei Anwendung strenger Maßstäbe nichts Sittenwidriges gesehen wer-

EUSEDON

Neurosedativum



In umfangreichen pharmakolog. Testreihen eingestellt
auf
ausgewogen-harmonischen Wirkungs-
charakter u. hohen Verträglichkeitsindex

- 1) Angenehme Nervenberuhigung (bei Tagesdosierung)
- 2) Erquickender Schlaf (bei Nachtdosierung)

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

den, Gegen ein Gesetz etwa im Rahmen des Entwurfs eines Sterilisierungsgesetzes des Preussischen Landesgesundheitsamtes aus dem Jahre 1932, das freiwillige Unfruchtbarmachung nach genauer Untersuchung und positiver Begutachtung durch in Eugenik erfahrene Begutachter vorsieht, gibt es also nach Nachtsheim, dem Berliner Inhaber des Lehrstuhls der Allgemeinen Biologie und Genetik, keinerlei stichhaltige Bedenken; freilich muß daneben durch Verbreitung erbbiologischer Kenntnisse und Förderung von Verständnis für eugenische Maßnahmen auch der Wille zur Eugenik im Volke geweckt werden. Nach Galton dehnt der eugenische Glaube die Nächstenliebe auf die nächste Generation aus, deren wahrscheinliche Qualität er in Rechnung stellt und dadurch die Wichtigkeit des ehelichen Bundes erhöht.

Doerfler, Weissenburg

Der Stenerratgeber für Ärzte. Von Paul Siebert, Frankfurt a. M. 3. Auflage, Ärzte-Verlag GmbH, Köln, 103 S., brosch. DM 5.—.

Die Tatsache, daß dieser Auflage bereits zwei vorangegangen sind, die sehr schnell vergriffen waren, ist Beweis genug dafür, daß der Verleger den richtigen Weg gefunden hat, den Ärzten die Vielgestaltigkeit der steuerlichen Probleme, die in einer Praxis auftreten, nahezubringen. Als einer der besten Sachkenner auf dem Gebiete des Steuerrechts der Ärzte hat P. Siebert die Arztpraxis in steuerlicher Hinsicht durchleuchtet und dabei nicht nur rein theoretisch die gesetzlichen Bestimmungen herangezogen, sondern seine großen praktischen Erfahrungen nutzbar gemacht. Der neueste Stand der Gesetzgebung und der Rechtsprechung ist selbstverständlich berücksichtigt worden, so daß mit dem vorliegenden Büchlein den Angehörigen der Heilberufe ein vortreffliches Nachschlagewerk zur Verfügung steht. Die zweckmäßige Aufgliederung des umfangreichen Stoffes und die für jeden Laien auf dem komplizierten Gebiet des Steuerrechts verständliche Darstellung aller in einer Praxis auftauchenden Steuerfragen machen das kleine Werk besonders wertvoll. Die geschilderten Vorzüge sichern der jetzt vorliegenden dritten verbesserten Auflage eine beifällige Aufnahme bei allen Praxisinhabern, die sich über die Auswirkungen der Steuergesetze auf ihre Praxis unterrichten wollen.

Hürle

Brennpunkte der Krankheiten. Von Harald Mozer, Karl F. Haug Verlag, Saulgau/Würtbg. 54 S., 4 Abb., 3 farb. Tafeln, kart. DM 4.20.

Der Verfasser des für Ärzte und Angehörige der ärztlichen Hilfsberufe (Masseure und Krankengymnasten) geschriebenen Büchleins kommt auf Grund zahlreicher Beobachtungen und Versuche zu der Erkenntnis, daß nicht Hautzonen, sondern im Bereich derselben liegende, bestimmten Organen zugeordnete Punkte für die Diagnose und die Therapie einer Reihe von Organerkrankungen von ausschlaggebender Bedeutung sind. An diesen Punkten maximaler Druckschmerzhaftigkeit liegen als pathologisches Substrat feine Knötchen zugrunde, die der Druckschmerzhaftigkeit vorausgehen und von Muskelspannung und Zonenhypertrophie gefolgt werden. Die durch Hyperämisierung mit Hilfe der Finger oder eines dazu angegebenen Apparates vorgenommene Behandlung dieser Punkte wird vom Verfasser mit dem Namen „Focusmethode“ bezeichnet. Nach seiner Auffassung führen die dadurch entstehenden Normalisierungsimpulse über das krankhaft erregte vegetative Nervensystem zu einer Beseitigung des circulus vitiosus.

Die Focusmethode zeigt nach den Beobachtungen des Verfassers besonders gute Erfolge in der Verbindung mit Novocaininjektionen und Heilgymnastik. Der Methode wird auch ein prophylaktischer Wert zugesprochen. In einer Reihe von Erkrankungen der einzelnen Organapparaturen wird der oft schlagartige und stets anhaltende Erfolg der Anwendung der Focusmethode mit und ohne Ergänzung durch Novocain oder Heilgymnastik anschaulich gemacht. Kartenskizzen mit Einzeichnung der Brennpunkte sind beigegeben. Die Focusmethode stellt damit eine dankbare Bereicherung der in der gleichen Richtung gehenden, in der praktischen Ärzteschaft erfreulicherweise bereits sich beachtlich verbreitenden Behandlungsweise dar. Sl.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königsstraße 23, Schriftleiter Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2–6, Telefon 6 31 21–23, 6 23 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 23–27, Telefon 2 31 33. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharsinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.



Die Insulinbehandlung in der Praxis. Ambulante Einstellung und Dauerbehandlung. Von Dr. med. Hans Malten. 2. Aufl., mit 24 Abb., 100 S., kl. 8°, kart. 3.60 DM. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin.

Die Zielsetzung bei der Diabetesbehandlung hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte gewandelt: angestrebt wird nicht mehr die exakte Ermittlung und strenge Einhaltung der „Toleranzgrenze“, sondern die optimale Ausnutzung einer für den Energiehaushalt notwendigen KH-Menge. Glykosurie und Glykämie werden dabei innerhalb gewisser Grenzen als unschädlich in Kauf genommen. Mit dieser sehr viel freieren Zielsetzung kehrt die Diabetesbehandlung wieder — von besonders gelagerten Fällen abgesehen — aus der Domäne der Klinik in die Hände des praktisch tätigen Arztes zurück. Die vorliegende Schrift gibt in außerordentlich klarer Form eine ausgezeichnete Darstellung der Grundlagen wie der Technik für die Einstellung und Behandlung, und kann jedem praktisch Tätigen wärmstens empfohlen werden. Wa.

(Schluß des redaktionellen Teils)

Jubiläums-Preis Ausschreiben der Firma

Dr. Rudolf Reiß, Chemische Werke, Berlin-West

Die Firma Dr. Rudolf Reiß, Chemische Werke, Berlin-West, konnte am April d. J. auf ein 50jähriges Bestehen zurückblicken. Nach dem Willen der Geschäftsleitung wurde von einer Jubiläumsfeier Abstand genommen, da die Absicht bestand, statt dessen ein Preis Ausschreiben zu veranstalten, das mit wertvollen Preisen ausgestattet war, zugunsten der deutschen Ärzte, die seit dieser langen Epoche ständige, treue Verordner der eingeführten Präparate der Firma sind. Es wurde den Ärzten die Aufgabe gestellt, die Namen der Künstler und die Titel der Bilder zu erraten, die den „Ärztlichen Mitteilungen“ in den Monaten April, Mai und Juni d. J. beilagen und als Grundlage für das Preis Ausschreiben dienen. Wie wir von der Firma erfahren, war das Interesse an dem Preis Ausschreiben außerordentlich groß. Mehr als 6 400 Einsendungen, z. T. in humoristischer Weise mit gut gemeinten Versen bzw. Glückwünschen zum 50jährigen Jubiläum, gingen termingemäß bis zum 30. September d. J. ein.

Die gestellte Aufgabe war nicht leicht, um so bemerkenswerter ist die hohe Zahl der richtigen Einsendungen, so daß das Los entscheiden mußte. Der Termin der Auslosung wurde auf den 8. Oktober d. J. festgesetzt. Das Preisrichterkollegium setzte sich unter Vorsitz und Aufsicht des Rechtsanwaltes und Notars, Herrn Dr. Karpen, Berlin, zusammen aus:

Herrn Prof. Dr. med. Gohrbandt, Ärztlicher Direktor des städtischen Krankenhauses Berlin-Moabit;
Herrn Custos Dr. H. Moehle, ehem. staatl. Museen, Berlin;
Herrn Präsident Ob.-Reg.-Rat Dr. Nauendorf, Berlin;
Herrn Charley Notter, Inhaber der Fa. Dr. Rudolf Reiß, Chemische Werke, Berlin-West;
Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Zimmermann, Direktor der ehem. staatl. Museen, Berlin.

Einige Bilder werden in der Kunstgeschichte verschieden gedeutet, so trägt z. B. das Bild 2 von Dürer u. a. folgende Bezeichnungen: Hans Imhof, Mann mit großem Hut, Bildnis eines Unbekannten, Willibald Pirckheimer, Bildnis eines Gelehrten bzw. Kältherrn. Diesem schwierigen Umstand wurde jedoch Rechnung getragen. Bei der Bewertung der Einsendungen für die Auslosung hat sich die Jury einer großzügigen Toleranz befleißigt und die unterschiedlichen Titel als richtige Lösungen anerkannt.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache gelten als richtige Ergebnisse u. a.:

Bild 1: Hans Holbein d. J.: Erasmus von Rotterdam
Bild 2: Albrecht Dürer: Hans Imhof
Bild 3: Jan Vermeer van Delt: Herr und Dame beim Wein
Bild 4: Jan Steen: Die Kranke und der Arzt
Bild 5: Quentin Massys: Der Rankier und seine Frau
Bild 6: Pietro Longhi: Der Apotheker

Die durch das Los ermittelten glücklichen Gewinner sind:

1. Preis: Frau J. Haude-Koster, Ärztin, Hannover-List, Matthiasstr. 8 (1 Siemens-Kurzwellen-Therapiegerät Ultratherm „tt“ mit allem Zubehör und 1 kombinierter Untersuchungsdiwan und -stuhl);
2. Preis: Herr Dr. med. Dr. phil. Krieger, Frankfurt/Main, Schneidheimer Straße 14 (1 Vollrindlederkofter für Geburtshilfe mit etwa 80 Teilen und 1 gynäkologischer Untersuchungsstuhl);
3. Preis: Herr Dr. med. Oskar Hook, Leverkusen-Schlebusch III, Saarbrücker Str. 56 (1 binokulares Winkel-Standard-Mikroskop „Zeiss“, 1 Bluthestek „Haemosum“ und 1 Haemocytometer „Thoma“);
4. Preis: Herr Dr. med. Kurt Himmelreicher, Neckarsulm, Fabrikstr. 1 (1 große Höhensonne „Hanan“);
5. Preis: Herr Dr. med. H. J. Grell, Hamburg-Harburg, Winsener Str. 54 (1 kombinierter elektrischer Sterilisator für Heißluft-, Wasser- und Dampfsterilisation, in Messinggehäuse, verchromt);
6. Preis: Frau Bernhardine Blümel, prakt. Ärztin, Bad Pyrmont, Am Kaiserplatz 2 (1 Personenwaage mit Laulgewicht, geeicht, und 1 Blutdruckmesser „Erka“ mit Uhr).

Ferner wurden 25 Trostpreise ausgelost.

Die Preisträger wurden bereits direkt von der Firma benachrichtigt. Allen Teilnehmern übermittelt die Firma herzlichen Dank für das überaus große Interesse und die aufgewendete Mühe an ihrem Jubiläums-Preis Ausschreiben.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Jodquellen A.-G., Badeverwaltung Jodbad Tölz/Obb.
CIBA Aktiengesellschaft, Wehr/Baden.
Paulaner-Salvator-Thomasbräu, München 9, Regerstr. 28.