



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

MÜNCHEN, Juni 1954

9. Jahrgang

57. Deutscher Ärztetag

Wenn jeder Deutsche Ärztetag seine besondere Note, sein Gesicht und seine Bedeutung durch seine Thematik erhält, dann wird in der Geschichte unserer Standesbewegung der 57. Deutsche Ärztetag immer verbunden bleiben mit der schicksalsschweren Frage der Erneuerung des Kassenarztrechts. Die für nicht Eingeweihte überraschende Eile, mit der die Koalitionsparteien eine neue Gesetzesvorlage zur „Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen“ einbrachten, hatte es nicht ermöglicht, die Behandlung der Frage zeitgerecht auf die Tagesordnung zu setzen. Es wurde daher ein Antrag eingebracht und angenommen, um im Rahmen der Tagesordnung der geschlossenen Sitzung am 18. 6. 1954 als Punkt 2 darüber zu verhandeln.

Bereits am Vortage hatte der „Ausschuß § 368 ff.“ unter Zuziehung auch der Präsidenten der Westdeutschen Ärztekammern (die Einladung dazu erreichte nicht mehr rechtzeitig den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer) eine Entschliebung ausgearbeitet. Diese lag nun dem Ärztetag als Umdruck Nr. 15 vor. Nach grundsätzlichen Ausführungen über die Geschichte und über die wesentlichen Punkte des Koalitionsentwurfs*) verlas Dr. Sievers I den Antrag, der folgenden Wortlaut hat:

„Der 57. Deutsche Ärztetag betrachtet die Gesetzesvorlage der Koalitionsparteien zur Änderung der §§ 368 ff. der Reichsversicherungsordnung als eine Grundlage für die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zum Nutzen der Versicherten im Wege der beiderseitigen Selbstverwaltung.

Der 57. Deutsche Ärztetag ist jedoch der Ansicht, daß neben der Mitverantwortung des Arztes für die Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung auch die Selbstverantwortung der Versicherten und der Krankenkassen stärker herausgehoben werden muß, als dies bisher und auch in dem vorliegenden Entwurf geschehen ist. Die Ärzteschaft erwartet für die Zukunft eine gerechte und dem allgemeinen Lohn- und Preisgefüge angemessene Honorierung ihrer Leistungen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei die Gleichwertigkeit der Honorarsysteme zu gewährleisten ist. Sie bittet den Bundestag, die Voraussetzungen hierfür im Gesetz zu schaffen. Auf der anderen Seite befürwortet der 57. Deutsche Ärztetag zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung — auch im Sinne eine Fortentwicklung der vorbeugenden Gesundheitspflege — die Voraussetzungen für eine verstärkte Zulassung von freipraktizierenden Ärzten durch Herabsetzung der Verhältniszahl entsprechend den Beschlüssen des außerordentlichen Ärztetages zu schaffen. Sie hält eine solche Ausdehnung des Kreises der freipraktizierenden Kassenärzte im Interesse der Versicherten für wichtiger und wertvoller, als die von verschiedenen Krankenkassen verlangte und leider auch im Gesetzentwurf noch mögliche Vermehrung und Erweiterung von Eigenbetrieben der Krankenkassen, die in unsere heutige Wirtschafts- und Sozialordnung nicht mehr hineinpassen. Ebenso hält es der Ärztetag für notwendig, daß entsprechend der Auffassung aller Parteien von der Erhaltung des Arztberufes als eines freien Berufes die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zu schlie-

Benden Verträge ohne unangemessene Beschränkung der Vertragsfreiheit der beiden Parteien geschlossen und gelöst werden können.

Der 57. Deutsche Ärztetag begrüßt — besonders im Interesse der älteren Kollegen, die ihre in einem arbeitsreichen Leben geschaffene Alters- und Hinterbliebenenversorgung verloren haben — die im Gesetzentwurf gegebene Möglichkeit, aus eigener Kraft eine Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung einzurichten.“

Professor Dr. Neuffer stellte den Antrag, den Wortlaut als Entschliebung des 57. Deutschen Ärztetages ohne Diskussion zu genehmigen. Dagegen wandte sich der bayerische Delegierte Dr. Ludwig Schmitt, München, und stellte angesichts der weittragenden Folgen einer solchen Stellungnahme den Antrag zur Eröffnung einer Diskussion. Von den insgesamt 132 anwesenden Delegierten stimmten 89 dagegen, 31 dafür bei 12 Stimmenthaltungen. Demgemäß wurde über die Entschliebung ohne Diskussion abgestimmt und der Antrag gegen 8 Stimmen bei 5 Enthaltungen angenommen.

Sicherlich hat mancher eine schärfer umrissene Stellungnahme der repräsentativen Vereinigung der deutschen Ärzteschaft erwartet, besonders zu dem viel erörterten Punkt der Schiedsgerichtsbarkeit und der neu in dem Koalitionsentwurf auftauchenden schwerwiegenden Frage der Rechtsnachfolge der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. In Versammlungen, besonders in München, das immerhin mit seinen mehr als 3000 Ärzten über ein Fünftel der gesamten bayerischen Ärzteschaft darstellt, war die Stellungnahme zu dem Koalitionsentwurf eine wesentlich klarere**). Beachtenswert erscheint auch die Stellungnahme der Presse. So bedauerte der Mitherausgeber einer unserer führenden westdeutschen Tageszeitungen bei der Pressekonferenz in Hamburg das lauschwache Vorgehen des Ärztetages und stellte fest, daß der Bundesarbeitsminister sich gegen jede Zwangsschlichtung auf wirtschaftlichem Gebiete wehrt, aber für die Zwangsschlichtung eintritt, wenn es sich um die Ärzte handelt. So ist denn nur zu hoffen, daß die in der Entschliebung geäußerten Wünsche bei den gesetzgebenden Körperschaften auf günstigen Boden fallen mögen! (Weitere Entschliebungen siehe Seite 117.)

Um den Kollegen einen Überblick zu geben über die Entwicklung des Kassenarztrechts, wie sie sich in den verschiedenen Formulierungen des § 368 ff. widerspiegelt, bringen wir nachstehend eine vergleichende Gegenüberstellung:

1. der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung;
2. des Entwurfs der Bundesregierung im Jahre 1952;
3. der dazu geäußerten Stellungnahme des außerordentlichen Deutschen Ärztetages 1952 in Bonn;
4. des Neuentwurfs der Koalitionsparteien.

*) Text s. Spalte 4 der folgenden vergleichenden Übersicht.

**) Vgl. S. 117 dieser Nummer.

Die Neuregelung

Ein Vergleich ein-

der Reichsversicherungsordnung (Krankenversicherung):*)

§ 368

(1) Der kassenärztliche Dienst wird durch schriftlichen Vertrag der Krankenkassen und Ärzte geregelt.

(2) Über die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) schließen die Krankenkassen (Kassenverbände, Kassenvereinigungen) und die beteiligten kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtverträge. Einen unmittelbaren Bestandteil der Gesamtverträge bildet der Teil des Mantelvertrags, den die Parteien des Mantelvertrags für allgemein-gültig erklärt haben. Die Mantelverträge werden von den Spitzenverbänden der Ärzte und Krankenkassen oder ihren bezirklichen Unterverbänden geschlossen. Das Muster für den Mantelvertrag vereinbaren die Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen.

(3) Für das Zustandekommen des Einzelvertrags ist die schriftliche Erklärung des zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arztes, daß er dem Gesamtvertrag beitrifft, erforderlich und genügend.

§ 368 a

Die kassenärztliche Vereinigung umfaßt die Kassenärzte ihres Bezirks; die Mitgliedschaft beginnt spätestens mit der Zulassung, sie endet frühestens mit dem Wegfall der Zulassung.

§ 368 b

(1) Durch die Zulassung erwirbt der Arzt die Berechtigung zum Abschluß des Einzelvertrags. Die Zulassung erfolgt für örtliche Bezirke (Zulassungsbezirke).

(2) Für die kassenärztliche Versorgung werden so viele Ärzte zugelassen, daß auf je 600 Versicherte im Zulassungsbezirk ein Arzt trifft. Sind in einem Zulassungsbezirk mehr Ärzte zugelassen, als dieser Verhältniszahl entspricht, so darf bis zur Erreichung dieser Zahl nur jede dritte freierwerdende Stelle besetzt werden.

*) Die nachstehenden Ergänzungen sind aus Raumgründen nicht wörtlich angeführt:

Not-VO v. 8. 12. 31 (RGBl. I 699) betr. die Regelung des kassenärztlichen Dienstes im 5. Teil Kap. I Abschn. 1.

VO über die kassenärztliche Vereinigung v. 2. 8. 35 (RGBl. I 567), Vertrags- und Zulassungsordnung v. 30. 12. 31 i. d. F. v. 5. 4. 35 (AN 169).

Abk. über Honorarzählungen und Gesamtverträge v. 28. 11. 35 (AN 475). VO über kassenärztliche Vergütung v. 19. 12. 35 (RGBl. I 1103) i. d. F. v. 16. 2. 34 (RGBl. I 93).

Reichsvertrag über den Regelbetrag v. 18. 3. 38 (AN 191).

Schiedsrechtsordnung v. 8. 4. 25 (AN 193) i. d. F. v. 9. 1. 39 (AN 51). Reichsschiedsrechtsordnung v. 17. 2. 25 (AN 192) i. d. F. v. 9. 1. 39 (AN 51).

Best. über wirtschaftliche Arzneiverordnung in der KV v. 24. 8. 35 (AN 334).

Richtl. über die wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln v. 24. 2. 35 (AN 100).

Richtl. für die Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden v. 26. 4. 32 (AN 255).

Richtl. für die Verordnung von Krankenhauspflege v. 22. 6. 32 (AN 377). Honorarabk. v. 6. 7. 32 i. d. F. v. 5. 11. 32 (AN 167).

(Abkürzungen: VO = Verordnung, AN = Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung, KK = Krankenkasse, KV = Krankenversicherung.)

des Entwurfes eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Vorlage der Bundesregierung an Bundesrat und Bundestag, 1952):

§ 368

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen (§ 225 wirken in gemeinsamer Selbstverwaltung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen zusammen. Ihre Beziehungen regeln sich nach den Vorschriften der §§ 368—368 n. Die Regelung erstreckt sich auf:

die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit

(§§ 368 a—368 c);

die Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit

(§§ 368 d—368 f);

das Vertragswesen und das Schlichtungswesen

(§§ 368 g—368 h);

die Bildung von kassenärztlichen Vereinigungen

(§§ 368 i—368 k);

die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen

(§§ 368 l—368 n).

§ 368 a

(1) Um die freie Wahl der Versicherten unter einer genügenden Zahl von Ärzten und eine ausreichende ärztliche Versorgung zu gewährleisten, müssen so viele Ärzte zugelassen werden, daß im Zulassungsbezirk (§ 368 b Abs. 1) in der Regel

auf je sechshundert Versicherte mindestens ein Arzt und auf je eintausendzweihundertundfünfzig Versicherte mindestens ein Zahnarzt

entfallen (Verhältniszahl). Die Bundesausschüsse (§ 368 l, Abs. 1, Satz 1) bestimmen, ob und inwieweit Personen, denen auf Grund des § 363 a oder anderer gesetzlicher Vorschriften ärztliche Behandlung zu gewähren ist, auf die Zahl der Versicherten anzurechnen sind.

(4) Die Zulassung bewirkt, daß der Kassenarzt ordentliches Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen kassenärztlichen Vereinigung und der kassenärztlichen Bundesvereinigung wird und diesen gegenüber zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist; die Bestimmungen der Bundesausschüsse (§ 368 m, Abs. 1) und die vertraglichen Vorschriften über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) sind für ihn verbindlich.

(6) Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefarzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sind auf Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit am Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen. Die Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister; die Bestimmungen des Abs. 3 gelten insoweit entsprechend. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte. Die Beteiligung kann nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 5 widerrufen werden.

des Kassenarztes

zelter Bestimmungen

Die Beschlüsse des außerordentlichen Deutschen Ärztetages (29. und 30. November 1952) zum Regierungsentwurf 1952:

Die Ärzteschaft des Bundesgebietes bejaht den Grundgedanken der gemeinsamen Selbstverwaltung in dem in der Begründung des Entwurfes zum Ausdruck gebrachten Sinne, daß

aufbauend auf der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Versicherungsgemeinschaften einerseits und der Ärzteschaft andererseits die Regelung der beiderseitigen Beziehungen ebenfalls im Weg der Selbstverwaltung auf dem Boden der Gleichberechtigung und der gleichen Verantwortung der hielden Partner erfolgen soll.

Die Ärzteschaft muß jedoch zu ihrem Bedauern feststellen, daß dieser, den Gesetzentwurf angeblich tragende und beherrschende Grundsatz zum Nachteil der Versicherten, der Ärzte und der Krankenkassen nicht konsequent durchgeführt, sondern in wesentlichen Punkten zugunsten einer bürokratischen Bevormundung einerseits und — unter völliger Außerachtlassung des ärztlichen Nachwuchses — zugunsten einer ungerechtfertigten und unannehmbaren bevorzugten Einschaltung der Krankenhäuser andererseits aufgegeben worden ist.

Die Ärzteschaft ist zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Trägern der Krankenversicherung auf dem Boden der gemeinsamen Selbstverwaltung in dem in der Begründung dargelegten Sinne zum Nutzen der Versicherten bereit. Um diese vertrauensvolle Zusammenarbeit zu gewährleisten, hält die Ärzteschaft folgende Änderungen des Entwurfes für notwendig:

Zu § 368 a Abs. 1:

Es ist zu begründen, daß der Entwurf in § 368 a Abs. 1 im Gegensatz zu § 368 b Abs. 2 alter Fassung die starre Verhältniszahl von 1 Arzt auf 600 Versicherte in eine Mindestzahl umgestaltet und es (allerdings mit der Einschränkung „in der Regel“) der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen überläßt, unterhalb dieser Mindestgrenze die Zahl der zuzulassenden Ärzte entsprechend dem Bedarf der Versicherten und der Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft festzusetzen.

Die Verhältniszahl 1 : 600, die im Jahre 1951 aufgestellt worden ist und den damaligen Verhältnissen entsprach, wird dem durch die Kriegs- und Nachkriegsfolgen sowie durch die verlängerte durchschnittliche Lebensdauer erheblich gesteigerten Behandlungsbedarf der Bevölkerung nicht mehr gerecht und berücksichtigt nicht die durch die gewaltigen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten entwickelten und vervollkommenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, welche die Erkennung und Heilung oder Linderung von Krankheiten und Beschwerden ermöglichen, die vor kurzem noch als unabwendbares Schicksal galten. Wenn der Entwurf also wirklich „die freie Wahl der Versicherten unter einer genügenden Zahl von Ärzten und eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten“ gewährleisten will, so muß er von der überholten Verhältniszahl von 1 : 600 ganz abgehen und diese Zahl dem veränderten Verhältnis entsprechend auf 1 : 450 festsetzen, was die Ärzteschaft hiermit beantragt.

Der bisher gewachte Einwand, daß eine Herabsetzung der Verhältniszahl die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen bedrohe, erscheint nun so weniger gerechtfertigt, als der Entwurf offenbar die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen nicht als bedroht aussieht, wenn er an anderer Stelle (siehe § 368 d und § 368 k und unsere Bemerkungen hierzu) einer weitgehenden und unkontrollierten Einschaltung der Krankenhäuser in die kassenärztliche Versorgung Vorschub leistet. Nicht die Krankenhäuser, deren Aufgabe in der stationären Versorgung der in das Krankenbaus eingewiesenen Kranken besteht, sondern die Kräfte eines hochqualifizierten ärztlichen Nachwuchses müssen den Versicherten nutzbar gemacht werden. Während die Einschaltung der Krankenhäuser, wie sie der Entwurf in § 368 d und besonders in § 368 k Abs. 2 vorsieht, tatsächlich die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen gefährdet, ist eine solche Gefährdung durch vermehrte Einschaltung des ärztlichen Nachwuchses schon deshalb nicht zu befürchten, weil die kassenärztliche Vereinigung als gesetzliche Genossenschaft der Kassenärzte den Krankenkassen gegenüber nach § 368 k Abs. 1 die Gewähr für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung gemäß den gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften zu übernehmen hat und durch ihre Prüfungs- und Disziplinareinrichtungen hierzu auch imstande ist.

des Entwurfes der Koalitionsparteien für ein Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht — GKAR):

§ 368

(1) Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen (§ 225) wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zusammen. Ihre Beziehungen regeln sich nach den Vorschriften der §§ 368 a bis 368 p. Die Regelung erstreckt sich auf:

Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit

(§§ 368 a — 368 c);

die Grundsätze für die kassenärztliche Tätigkeit

(§§ 368 d — 368 f);

das Vertragswesen und das Schlichtungswesen

(§§ 368 g — 368 h);

die Bildung von kassenärztlichen Vereinigungen

(§§ 368 i — 368 m);

die Errichtung von Landes- und Bundesausschüssen der

Ärzte und Krankenkassen

(§§ 368 n — 368 p).

§ 368 a

(1) Um eine ausreichende ärztliche Versorgung und die freie Wahl unter einer genügenden Zahl von Ärzten zu gewährleisten, sind im Zulassungsbezirk (§ 368 b, Abs. 1) in der Regel

auf je sechshundert Mitglieder mindestens ein Arzt und auf je eintausendzweihundertfünfzig Mitglieder mindestens ein Zahnarzt

zuzulassen (Verhältniszahl). Bei der Feststellung der Verhältniszahl werden, soweit es sich um die gegen Krankheit versicherten Rentner handelt (§ 4 des Gesetzes über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung vom 27. 7. 1941 — RGBI. I, S. 689 —), $66\frac{2}{3}$ v. H. der Renten angerechnet.

(4) Die Zulassung bewirkt, daß der Kassenarzt ordentliches Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist; die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) sind für ihn verbindlich.

(5) Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) können vom Zulassungsausschuß auf Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhause an der kassenärztlichen Versorgung durch Überweisung von Kassenärzten beteiligt werden. Die Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.

§ 368 b

(1) Zur Beschlußfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk)

einen Zulassungsausschuß für Ärzte und
einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt.

(2) Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zulassung und über die Entziehung der Zulassung sowie über die Beteiligung und den Widerruf der Beteiligung nach § 368 a Absatz 6 können die beteiligten Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung Berufung an den Berufungsausschuß einlegen; die Berufung bewirkt Aufschub, wenn nicht der Berufungsausschuß auf Antrag des Zulassungsausschusses die sofortige Vollziehung der Entscheidung anordnet.

§ 368 c

(1) Das Nähere über die Zulassung regeln die Zulassungsordnung für Ärzte und die Zulassungsordnung für Zahnärzte. Die Zulassungsordnungen werden nach Anhörung der Bundesausschüsse vom Bundesminister für Arbeit als Rechtsverordnung erlassen.

Zu § 368 a Abs. 6:

Die Ärzteschaft ist damit einverstanden, daß im Interesse der Versicherten die leitenden Krankenhausärzte auf ihren Antrag für ihre Person konsiliarisch an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden. Die konsiliarische Beteiligung erstreckt sich

- a) auf Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung auf Überweisung durch einen Kassenarzt,
- b) auf konsiliarische Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung,
- c) auf die Durchführung besonderer Behandlungsmethoden, insbesondere sogenannter ärztlicher Sachleistungen auf Überweisung durch einen Kassenarzt,
- d) auf eine ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt in den erforderlichen Fällen und in dem erforderlichen Umfang.

Zur Klarstellung des Umfanges der Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte schlagen wir deshalb folgende Fassung vor:

„... können bei Bedarf auf Antrag für die Dauer ihrer Tätigkeit am Krankenhaus für ihre Person konsiliarisch an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte beteiligt werden.“

Zu § 368 b Abs. 1 Satz 4:

„Die Zulassungsausschüsse bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als Organe der ärztlichen Selbstverwaltung errichtet werden. Lediglich für die Errichtung von Kassenarztsitzen sind gemeinsame Planungsausschüsse zu bilden.“

§ 368 b

- (1) Gleichlautend mit Abs. 1 des Regierungsentwurfes.

Zu § 368 h Abs. 2:

Nicht nur die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse über die Zulassung und deren Entziehung, sondern alle Beschlüsse und Entscheidungen, insbesondere auch die sogenannten Planungsbeschlüsse über auszuschreibende Kassenarztstellen sollten berufungsfähig sein, um eine überörtliche Nachprüfung unter juristischem Vorsitz zu ermöglichen.

Die Worte „über die Zulassung und über die Entziehung der Zulassung sowie über die Beteiligung und den Widerruf der Beteiligung nach § 368 a Abs. 6“ sollten deshalb gestrichen werden.

- (4) Gleichlautend mit Abs. 2 des Regierungsentwurfes.

Zu § 368 c Abs. 1:

Entgegen dem ursprünglichen Vorschlag des Bundesarbeitsministers und in Abweichung von dem früheren Rechtszustand (§ 368 i RVO), nach dem die Zulassungsordnung durch den Bundes- (früher Reichs-)ausschuß mit Zustimmung des Bundes- (früher Reichs-)arbeitsministers zu erlassen war, sollen nach dem Entwurf die Zulassungsordnungen als Rechtsverordnungen erlassen werden, zu denen die Bundesausschüsse nur noch „gehört“ werden sollen. Dies bedeutet eine ungerechtfertigte Beeinträchtigung der gemeinsamen Selbstverwaltung, der dadurch von vornherein ein Mißtrauen ausgesprochen wird.

Die Ärzteschaft ist deshalb der Auffassung, daß die Aufstellung der Zulassungsordnung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch künftig der Beschlussfassung des Bundesausschusses mit Zustimmung des Bundesarbeitsministers vorbehalten bleiben sollte. Dies erscheint ihr um so mehr gerechtfertigt, als im Gegensatz zum früheren Rechtszustand die Grundsätze für die Zulassung und das Zulassungsverfahren nunmehr im Gesetz festgelegt sind und die Möglichkeit der gerichtlichen Nachprüfung der Entscheidungen der Zulassungsinstanzen und damit auch der Gesetzmäßigkeit der Zulassungsordnung auf Antrag der durch die Entscheidungen betroffenen Ärzte jederzeit gegeben ist.

Zumindest aber müßten die Worte: „nach Anhörung der Bundesausschüsse“ unter Hinweis auf § 368 m Abs. 1 Ziff. 1 ersetzt werden durch die Worte „nach Beratung in den Bundesausschüssen“.

§ 368 c

- (1) Die Zulassungsordnungen regeln das Nähere über die Zulassung. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit nach Beratung mit den Bundesausschüssen (§ 368 n) mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen.

- (6) Das Verfahren vor den Berufungsausschüssen gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 78 und 79 des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I, S. 1239).

Anm.: In Bayern ist die Zulassung durch das „Gesetz über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“ vom 16. Juni 1949 (BGVBl. 1949, Nr. 17) geregelt. Eine Änderung erfolgte durch das Gesetz vom 13. November 1953 (BGVBl. 1953, Nr. 25).

(2) Die Zulassungsordnungen müssen insbesondere Bestimmungen enthalten über

die Zahl der zuzulassenden Ärzte (§ 368 a Abs. 1) . . . die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, sowie das Recht auf Einsicht in die Arztregister und die Registerakten . . .

die Zahl und die Bestellung der Mitglieder der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Entschädigung.

(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen das Nähere über die Beschäftigung von Assistenten und Vertretern der Kassenärzte; sie können Bestimmungen über eine gemeinschaftliche Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit durch mehrere Kassenärzte treffen.

§ 369

Soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, soll sie den Versicherten die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten freilassen. Wenn der Versicherte die Mehrkosten selbst übernimmt, steht ihm die Auswahl unter den zur Tätigkeit bei der Kasse zugelassenen Ärzten frei. Die Satzung kann jedoch bestimmen, daß der Versicherte während des gleichen Versicherungsfalles oder Geschäftsjahres den Arzt nur mit Zustimmung des Vorstandes wechseln darf.

§ 368 d

(1) Der Versicherte hat, vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3, die freie Wahl unter den Kassenärzten, den Universitätspolikliniken, den Zahnkliniken der Krankenkassen, sowie im Überweisungsfall unter den Krankenhäusern und den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen. Nicht zugelassene Ärzte darf er nur in dringenden Fällen in Anspruch nehmen.

Zu § 368 c Abs. 3:

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen die ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen haben, ist es ihre Aufgabe, die Bestimmungen der in § 368 c Abs. 3 genannten Art zu treffen, die im Einklang mit der für alle Ärzte geltenden Berufsordnung stehen müssen. Die Ärzteschaft beantragt daher, den § 368 c Abs. 3 zu streichen.

Zu § 368 d Abs. 1:

Diese Vorschrift ist in der Fassung, die ihr das Kabinett gegeben hat, für die Ärzteschaft verletzend und zudem in sich widerspruchsvoll und irreführend. Es ist anzuerkennen, daß die von der Ärzteschaft seit jeher im Interesse der Versicherten geforderte „freie Arztwahl“ im Sinne des Rechtes des Patienten, den Arzt seines Vertrauens aufzusuchen, durch diese Vorschrift im Gesetz verankert werden soll. Ihre Ausdehnung auf institutionelle anonyme Einrichtungen widerspricht aber dem höchstpersönlichen Sinn, in dem die freie Arztwahl stets aufgefaßt wurde und der auch in dem vorliegenden Gesetzentwurf als Grundsatz für die ärztliche Versorgung gelten soll.

Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, der Universitätspolikliniken und der Krankenhäuser für besondere Leistungen und für besondere Zwecke ist vielmehr wie bisher in den hierfür zu schließenden Verträgen zu regeln.

1. Die Inanspruchnahme der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen für „ärztliche Sachleistungen“ (Überbleibsel aus einer Zeit scharfer Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die im Sinne der Begründung des Entwurfs und unserer Vorschläge künftig endgültig durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Wege der gemeinsamen Selbstverwaltung ausgeschaltet werden sollen) wird nach § 368 f Abs. 4 des Entwurfs durch die Gesamtverträge bestimmt.
2. Die Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken richtet sich entsprechend ihrem Zweck nach den hierüber abzuschließenden Verträgen (§ 368 k Abs. 2 letzter und vorletzter Satz und unsere Vorschläge hierfür).
3. Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser bleibt im Zusammenhang des § 368 d völlig unverständlich.
 - a) Soweit die Inanspruchnahme der leitenden Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Beteiligung nach § 368 a Abs. 6 in Frage steht, ergibt sich die freie Arztwahl der Versicherten bereits daraus, daß die beteiligten Krankenhausärzte für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung die Rechte und Pflichten der Kassenärzte haben.
 - b) Soweit darüber hinaus (vor allem wenn der leitende Krankenhausarzt wegen Überlastung durch seine eigentliche Aufgabe, nämlich die Versorgung der stationären Kranken, keinen Antrag auf Beteiligung stellt) zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung die Inanspruchnahme der Krankenhaus-einrichtungen für ärztliche Sachleistungen und nur für solche (!) erforderlich ist, ist sie in den hierüber zu schließenden Verträgen zu regeln (siehe unsere Bemerkungen und Vorschläge zu § 368 k Abs. 2).
 - c) Soweit schließlich die Inanspruchnahme der Krankeneinrichtungen für ärztliche Sachleistungen und nur für solche (!) aus Verträgen in Frage steht, die gemäß Art. 4 § 5 Abs. 2 der Überleitungsbestimmungen weitergelten, ergibt sich ihre Regelung aus diesen Verträgen.

Die Aufzählung der genannten Einrichtungen im § 368 d Abs. 1 unter dem Motto „freie Arztwahl“ entbehrt also jeder Berechtigung. Soweit sie aber eine — nach der höchst unklaren Fassung leider nicht auszuschließende — Tendenz andeutet, die höchstpersönliche ärztliche Tätigkeit im Interesse einer ambulatoriumsmäßigen Behandlung zu ersetzen oder zu verdrängen, muß sie von der deutschen Ärzteschaft auf das entschiedenste zurückgewiesen werden.

Es wird deshalb beantragt, den § 368 d Abs. 1 wie folgt zu fassen: „Der Versicherte hat vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3 die freie Wahl unter den Kassenärzten. Nichtzugelassene Ärzte darf er nur in dringenden Fällen in Anspruch nehmen.“

(2) Die Zulassungsordnungen müssen Vorschriften enthalten über

1. die Feststellung der Verhältniszahl,
3. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie das Recht auf Einsicht in die Arztregister und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Krankenkassen,
5. die Zahl, die Bestellung und die Abberufung der Mitglieder der Zulassungsausschüsse sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,

(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen. Sie können Vorschriften über eine gemeinschaftliche Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit durch mehrere Kassenärzte enthalten.

§ 368 d

(1) Es besteht vorbehaltlich der Vorschriften der Absätze 2 und 3 freie Wahl unter den Kassenärzten und den Zahnkliniken der Krankenkassen sowie im Überweisungsfall unter den beteiligten Krankenhausärzten (§ 368 a, Abs. 5). Nichtzugelassene Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken und der Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierüber abgeschlossenen Verträgen. Zahl und Umfang dieser Eigeneinrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden.

§ 371

(1) Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und, wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen.

(2) Für die Auswahl der Krankenhäuser ist in erster Linie die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung sowie die Angemessenheit der Bedingungen maßgebend. Krankenhäuser, die diesen Erfordernissen entsprechen, dürfen nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des Oberversicherungsamts ausgeschlossen werden. Soweit möglich, ist den religiösen Bedürfnissen des Kranken Rechnung zu tragen.

§ 368 e

(1) Für die Dienste der Ärzte — mit Einschluß der Sachleistungen und Wegegebühren — gewährt die Krankenkasse eine Gesamtvergütung, deren Höhe sich nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf für ein Kassenmitglied bestimmt (Kopfpauschale). Dabei sind neben den allgemeinen Erfahrungsgrundsätzen die besonderen Umstände bei einer Kasse, die wirtschaftlichen Notwendigkeiten und die jeweiligen Änderungen im Grundlohn zu berücksichtigen.

(2) Die Kasse entrichtet die der durchschnittlichen Mitgliederzahl entsprechende Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte und wendet dabei den Maßstab an, den sie im Benehmen mit der Krankenkasse festgesetzt hat.

(3) Die Kasse kann, von dringenden Fällen abgesehen, die Vergütung für die Leistung eines anderen Arztes als des Kassenarztes verweigern.

§ 368 c

(1) Kommt eine Vereinbarung über das Muster für den Mantelvertrag nicht zustande, so bestimmt der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen das Muster.

(2) Kommt ein Mantelvertrag nicht zustande, so bestimmt das Reichsschiedsamt den Inhalt des Mantelvertrags.

(3) Kommt ein Gesamtvertrag nicht zustande, so bestimmt das Schiedsamt den Inhalt des Gesamtvertrags.

(2) Der Kassenarzt ist zu Krankenbesuchen außerhalb seines Praxisbereichs nur in dringenden Fällen verpflichtet. Nimmt der Versicherte ohne zwingenden Grund einen anderen als den nächsterreichbaren Kassenarzt in Anspruch, so hat er die Mehrkosten zu tragen.

(3) Der Versicherte soll den Kassenarzt nicht ohne triftigen Grund wechseln. Die Bundesausschüsse bestimmen das Nähere; sie können insbesondere bestimmen, daß der Versicherte längstens für die Dauer eines Jahres den Kassenarzt nur mit Zustimmung der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung wechseln darf.

§ 368 e

(1) Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs. 2). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen; der Kassenarzt darf sie nicht bewirken oder verordnen, es sei denn, daß der Versicherte sich bereit erklärt, die Kosten dafür zu tragen.

§ 368 f

(1) Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368 Abs. 2) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie unter beratender Mitwirkung der Verbände der Krankenkassen festgesetzt hat; der Verteilung kann auch ein von den Bundesausschüssen beschlossener Gebührentarif zugrundegelegt werden. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zu berücksichtigen; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll Maßnahmen gegen eine übermäßige Tätigkeit einzelner Kassenärzte vorsehen.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung bestimmt sich nach der jeweiligen Zahl der Versicherten und dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen (Kopfpauschale). Bei der Festsetzung des Kopfpauschales sind zu berücksichtigen:

1. die in einem von dem Vertragsparteien vereinbarten Zeitraum (Ausgangszeitraum) ausgeführten ärztlichen Leistungen einschließlich der ärztlichen Sachleistungen, der Wegegebühren, der Leistungen von nicht zugelassenen Ärzten in dringenden Fällen und der Behandlung von Versicherten außerhalb des Kassenbezirks;
2. die für die Leistungen nach Nr. 1 im Ausgangszeitraum aufgewendeten Ausgaben;
3. die seit der letzten Festsetzung des Kopfpauschales eingetretene allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, insbesondere der Grundlohnsumme;
4. die seit diesem Zeitpunkt eingetretene Vermehrung oder Verminderung der ärztlichen Leistungen.

Das Kopfpauschale wird für jede Krankenkasse berechnet und im Gesamtvertrag (§ 368 g Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3) festgesetzt. Der Gesamtvertrag muß Bestimmungen enthalten über die Anpassung des Kopfpauschales an eine während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die Entwicklung der Grundlohnsumme. In den Bundesmantelverträgen (§ 368 g Abs. 2 Satz 2) sind allgemeine Grundsätze über die Festsetzung und die Anpassung des Kopfpauschales aufzustellen (Vergütungsabkommen).

Zn § 368 d Abs. 2 Satz 2:

Wenn der Versicherte bei der Inanspruchnahme von Hausbesuchen eines Arztes (und nur Hausbesuche sind hier ja wohl gemeint) auf den nächsterreichbaren Kassenarzt verwiesen wird, so ist die „freie Arztwahl“ für ihn überhaupt ausgeschlossen. Dies kann unmöglich Sinn und Zweck dieser Vorschrift sein, die offenbar lediglich die mißbräuchliche Inanspruchnahme weit entfernt wohnender Kassenärzte ausschließen will.

Es wird deshalb beantragt, den ganzen Absatz wie folgt zu fassen:
 „(2) Der Kassenarzt ist zu Krankenbesuchen außerhalb seines Praxisbereiches nur in dringenden Fällen verpflichtet; nimmt der Versicherte ohne zwingenden Grund andere als die nächsterreichbaren Kassenärzte in Anspruch, so hat er die Mehrkosten zu tragen.“

Der Erlaß geeigneter Ausführungsbestimmungen zum Schutze der Krankenkassen vor mißbräuchlicher Inanspruchnahme ist Aufgabe des Bundesausschusses gemäß § 368 m Abs. 1 Ziffer 3.

Zn § 368 f:

Der Entwurf hält in § 368 f gegen den von Anfang an nachdrücklich erhobenen Protest der Ärzteschaft an der Bezahlung nach dem System des Kopfpauschales fest. Zwar erlaubt § 368 f Abs. 3 des Entwurfs auch die Vereinbarung anderer Bezahlungssysteme (Fallpauschale, Einzelleistungsbezahlung etc.). Diese Bestimmung wird jedoch so lange auf dem Papier stehenbleiben, als es den Schiedsinstanzen versagt ist, bei Nichteinigung der Parteien auch über das Vergütungssystem zu entscheiden. Die ärztlichen Heilberufe erblicken hierin eine einseitige Benachteiligung gegenüber den sonstigen Vertragspartnern und den Lieferanten der Krankenkassen, denen noch niemand das Recht auf Bezahlung ihrer einzelnen Leistungen und Lieferungen bestritten hat, mag die Bezahlung auch in ihrer Höhe gewissen Beschränkungen unterworfen sein; sie erblicken darin weiterhin eine einseitige Beschränkung der gleichberechtigten gemeinsamen Selbstverwaltung zu ihren Ungunsten.

Unter Wahrung des grundsätzlichen Standpunktes, daß die Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit nach der tatsächlichen Leistung die gerechte Vergütung der ärztlichen Tätigkeit darstellt, ist die Ärzteschaft bereit, die Entscheidung der Schlichtungs- und Schiedsinstanzen auch hinsichtlich des Vergütungssystems anzuerkennen. Die Ärzteschaft ist der Auffassung, daß die verschiedenen Vergütungssysteme gleichberechtigt nebeneinandergestellt werden müssen und daß die Schiedsinstanzen die Befugnis erhalten müssen, bei Streit zwischen den Parteien auch über das Vergütungssystem zu entscheiden.

Es wird beantragt,

hinter § 368 f Abs. 1 folgenden Absatz einzufügen:

„(2) Die Gesamtvergütung kann nach Einzelleistungen, nach einem Fallpauschale oder nach einem Kopfpauschale oder nach einem System errechnet werden, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt. Die Berechnungsart ist im Gesamtvertrag festzulegen. Die Bundesausschüsse beschließen Bestimmungen oder Richtlinien über die Voraussetzungen und die Durchführung der verschiedenen Berechnungsarten.“

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 in folgender Fassung:

„Bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach Kopfpauschale bestimmt sich ihre Höhe nach der jeweiligen Zahl der Versicherten...“
 usw. unverändert.

Der bisherige Absatz 3 entfällt;

die folgenden Absätze bleiben unverändert.

Völlig unverständlich ist es für den Arzt, daß man ihm die Bezahlung seiner Tätigkeit nach Einzelleistungen versagt, sie den Krankenhäusern aber zugestehen will (s. § 368 k und die Bemerkungen dazu). Sollte der Gesetzgeber den Krankenhäusern (als angeblich gemeinnützigen Einrichtungen) diese Forderung bewilligen, so muß die Ärzteschaft darauf bestehen, daß ihr die gleichen Rechte zugestanden werden, d. h. daß die gesamte ärztliche Tätigkeit nach Einzelleistungen honoriert wird.

(2) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenärzte oder beteiligten Krankenhausärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(3) Der Kassenarzt und der beteiligte Krankenhausarzt dürfen während des gleichen Behandlungsfalles nicht ohne triftigen Grund gewechselt werden.

§ 368 e

Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182, Abs. 2). Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte Krankenhausarzt darf sie nicht bewirken oder verordnen.

§ 368 f

(1) Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzt hat; hierbei kann auch ein von den Bundesausschüssen beschlossener Gebührentarif zugrunde gelegt werden. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zu berücksichtigen; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll zugleich sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird.

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung bestimmt sich

1. nach der jeweiligen Zahl der Versicherten und
2. dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Versicherten an kassenärztlichen Leistungen (Kopfpauschale).

(4) Die Vorschriften in den Abs. 1 bis 3 finden auch dann Anwendung, wenn auf der einen oder anderen Seite eine Partei oder ein Mitglied einer Parteigruppe sich an den Verhandlungen nicht beteiligt.

§ 368 m

(1) Für jeden Bezirk, für den ein Arztregister angelegt ist, wird ein Schiedsamt bei dem Oberversicherungsamt gebildet, welches das Arztregister führt. Es besteht aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamts oder seinem Stellvertreter als Vorsitzendem und vier von den Parteien des Manteilvertrags je zur Hälfte bestellten Mitgliedern oder deren Stellvertretern als Beisitzern. Kommt auf der einen oder anderen Seite unter den Mitgliedern einer Parteigruppe des Manteilvertrags eine Einigung nicht zustande, so bestellt der Vorsitzende des Oberversicherungsamts unter angemessener Berücksichtigung des Kräfteverhältnisses die Beisitzer und ihre Stellvertreter.

(2) Die Amtsdauer der bestellten Mitglieder beträgt fünf Jahre.

(3) Die Tätigkeit der Beisitzer ist ehrenamtlich. Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, daß ihnen eine Entschädigung im Sinne des § 21 Abs. 2 gewährt wird. Wird eine derartige Anordnung getroffen, so gehören die Entschädigungen zu den Kosten im Sinne des § 368 q.

§ 368 n

(1) Das Schiedsamt ist zuständig bei Streit aus Einzel- und Gesamtverträgen, soweit die Parteien nicht ein besonderes Schiedsgericht vereinbart haben. Für vermögensrechtliche Ansprüche bleibt der ordentliche Rechtsweg vorbehalten.

(2) Das Schiedsamt entscheidet in Zulassungsangelegenheiten, soweit nicht durch die Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen vom 22. 4. 1933 (RGBl. I 222) Abweichendes bestimmt ist. Es entscheidet ferner endgültig bei Anrufung gegen die Entscheidung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts über Eintragungen und Streichungen im Arztregister.

(3) Das Schiedsamt hat seinen Entscheidungen auch die Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen und des zuständigen Landesausschusses zugrunde zu legen, soweit nicht die Parteien wichtige Gründe dagegen geltend machen.

(4) Die Entscheidungen des Schiedsamts sind mit Gründen zu versehen.

§ 368 o

(1) Bei dem Reichsversicherungsamt wird ein Reichsschiedsamt gebildet. Es besteht aus unparteiischen Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden und deren Stellvertretern sowie aus ehrenamtlichen Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen und deren Stellvertretern in der nötigen Zahl.

(2) Den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter bestellt der Präsident des Reichsversicherungsamts auf die Dauer von 5 Jahren; wiederholte Bestellung ist zulässig. Der Vorsitzende ist in der Regel den Direktoren oder Senatspräsidenten des Reichsversicherungsamts zu entnehmen.

(3) Über die weiteren unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter haben sich die im § 368 f Abs. 2 bezeichneten Spitzenverbände der Ärzte und der Krankenkassen zu einigen. Mangels einer Einigung bestellt sie der Präsident des Reichsversicherungsamts. Die Amtsdauer beträgt 5 Jahre; wiederholte Bestellung ist zulässig. Die unparteiischen Beisitzer und ihre Stellvertreter sollen in der Sozialversicherung erfahren sein; mindestens die Hälfte von ihnen soll die Befähigung zum Richteramt haben.

(4) Die Vertreter der Ärzte und Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden auf die Dauer von 5 Jahren je zur Hälfte von den genannten Spitzenverbänden gewählt. Das Reichsversicherungsamt kann Bestimmungen über die Wahl treffen. § 368 m Abs. 3 gilt entsprechend. Dabei tritt das Reichsversicherungsamt an die Stelle der obersten Verwaltungsbehörde.

(5) Das Reichsschiedsamt entscheidet in der Besetzung mit dem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, von denen das eine die Befähigung zum Richteramt haben muß, und je 3 Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. Der Präsident des Reichsversicherungsamts kann an Stelle des Vorsitzenden selbst den Vorsitz

(3) Abweichend von den Vorschriften des Abs. 2 kann im Gesamtvertrage vereinbart werden, daß die Gesamtvergütung nach einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen oder nach einem System berechnet wird, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt. Gegen den Willen einer Vertragspartei kann eine solche Vereinbarung nicht durch Entscheidung der Schiedsämter (§ 368 h) ersetzt werden.

(4) Im Gesamtvertrag kann vereinbart werden, daß die Vergütung ärztlicher Sachleistungen, die nicht von Kassenärzten ausgeführt werden, nicht in die Gesamtvergütung einbezogen wird. Die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung, die in Eigenrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Zahl und Umfang der Eigenrichtungen dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung und nicht zum Nachteil der Kassenärzte vermehrt werden. Für die Fälle, in denen nach Satz 1 und 2 die Vergütung ärztlicher Leistungen nicht in die Gesamtvergütung einbezogen wird, sollen die Bundesausschüsse Bestimmungen oder Richtlinien für die Vergütung der von den Kassenärzten ausgeführten Leistungen beschließen; sie können dabei von den Vorschriften des Abs. 2 abweichen.

(5) Soweit Verträge über die Vergütung ärztlicher Sachleistungen mit Krankenhäusern bestehen, dürfen entsprechende Leistungen der Kassenärzte innerhalb des Kassenbezirkes nicht geringer vergütet werden als die in den Krankenhäusern ausgeführten Sachleistungen. Das gleiche gilt für die Vergütung ärztlicher Sachleistungen in Eigenrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände.

(6) Für die stationäre Behandlung in Krankenanstalten (§ 368 g Abs. 4), für die ärztliche Behandlung der Rentner und ihrer Angehörigen sowie sonstiger Versicherter, für die der Beitrag nicht nach dem Grundlohn entrichtet wird, sowie für die ärztliche Behandlungen solcher Personen, für die die Krankenkassen nach der Vorschrift des § 363 a oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften die Gewährung ärztlicher Behandlung übernehmen, müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen enthalten, soweit die Vergütung nicht unmittelbar durch andere Kostenträger erfolgt. Die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Bestimmungen oder Richtlinien.

§ 368 g

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist, und daß die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden.

Bei der Festsetzung des Kopfpauschales sind angemessen zu berücksichtigen:

- a) die in einem von den Vertragsparteiern zu vereinbarenden Zeitraum (Ausgangszeitraum) ausgeführten ärztlichen Leistungen einschließlich der ärztlichen Sachleistungen, der Wegegebühren, der Leistungen von nichtzugelassenen Ärzten in dringenden Fällen und der Behandlung von Versicherten außerhalb des Kassenbezirkes, soweit sie den in § 368 e aufgestellten Behandlungsgrundsätzen entsprechen.
- b) die für die Leistungen nach Buchstabe a) im Ausgangszeitraum aufgewendeten Ausgaben,
- c) die seit der letzten Festsetzung des Kopfpauschales eingetretene Veränderung der Grundlohnsumme,
- d) die seit diesem Zeitpunkt eingetretene Vermehrung oder Verminderung der ärztlichen Leistungen.

Das Kopfpauschale wird für jede Krankenkasse berechnet und im Gesamtvertrag (§ 368 g, Abs. 2, Satz 1 und Abs. 3) festgesetzt. Der Gesamtvertrag muß Bestimmungen enthalten über die Anpassung des Kopfpauschales an eine während der Laufzeit des Vertrages eintretende Vermehrung oder Verminderung der kassenärztlichen Leistungen und an die Entwicklung der Grundlohnsumme. In den Bundesmantelverträgen (§ 368 g, Abs. 2, Satz 2) sind allgemeine Grundsätze über die Festsetzung und die Anpassung des Kopfpauschales aufzustellen (Vergütungsabkommen).

(3) Abweichend von den Vorschriften des Absatzes 2 kann im Gesamtvertrage vereinbart werden, daß die Gesamtvergütung nach einem Faltpauschale oder nach Einzelleistungen oder nach einem System berechnet wird, das sich aus der Verbindung mehrerer Berechnungsarten ergibt. Gegen den Willen einer Vertragspartei kann eine solche Vereinbarung nicht durch Entscheidung der Schiedsämter (§ 368 h) ersetzt werden.

(4) Im Gesamtvertrag kann vereinbart werden, daß die Vergütung ärztlicher Sachleistungen, die nicht von Kassenärzten ausgeführt werden, nicht in die Gesamtvergütung einbezogen wird. Die Vergütung ärztlicher Sachleistungen und zahnärztlicher Behandlung, die in Einrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände ausgeführt werden, soll in der Regel nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden. Für die Vergütung ärztlicher Leistungen, die nicht in die Gesamtvergütung einbezogen sind, beschließen die Bundesausschüsse Richtlinien; sie können dabei von den Vorschriften des Abs. 2 abweichen.

(5) Für die stationäre Behandlungen in Krankenanstalten (§ 368 g, Abs. 4), für die ärztliche Behandlung der Rentner und ihrer Angehörigen sowie sonstiger Versicherter, für die der Beitrag nicht nach dem Grundlohn 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, müssen die Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) besondere Bestimmungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen enthalten, soweit die Vergütung nicht unmittelbar durch andere Kostenträger erfolgt. Die Bundesausschüsse beschließen die erforderlichen Richtlinien.

§ 368 g

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und daß die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden.

Zu § 368 g Abs. 1

Nach dieser Bestimmung sollen die ärztlichen Leistungen „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen“ angemessen vergütet werden. Wir haben bereits angedeutet, daß der Gesetzentwurf gegenüber den Krankenhäusern auf die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen offenbar keine Rücksicht nehmen zu müssen glaubt, und können deshalb die den Kassenärzten gegenüber für richtig gehaltenen Einschränkungen so lange nicht für ernsthaft diskutabel halten, als die beanstandeten Bestimmungen (§ 368 d und § 368 k Abs. 2) bestehen bleiben.

Abgesehen von dieser Grundeinstellung ist aber zu beachten, daß die wirtschaftliche Lage einer Krankenkasse als Verwaltungseinrichtung von Umständen abhängt, die weder in ihrer Struktur noch in der Macht oder in der Verantwortung der Ärzteschaft liegen, z. B. von der Beitragshöhe, von der Sparsamkeit der Verwaltung und von dem Ausmaß der sogenannten Kann-Leistungen. So wie es der ärztlichen Berufsauffassung entspricht, die Vergütung der ärztlichen Leistungen auf die soziale und wirtschaftliche Lage des Patienten abzustellen, so ist die Ärzteschaft bereit, diesen Grundsätzen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung zu tragen. Die Gerechtigkeit fordert es jedoch, nicht so sehr auf die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse als Verwaltungseinrichtung abzustellen, als vielmehr auf die wirtschaftliche und soziale Lage des Versichertenkreises der Krankenkasse, also auf die Versichertengemeinschaft.

Es wird deshalb beantragt, in § 368 g Abs. 1 am Ende die Worte „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen“ zu ersetzen durch die Worte „unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialen Lage des Versichertenkreises der Krankenkasse“.

Allerdings gilt dies — wie bereits betont — nur für den Fall, daß auch im übrigen der Gesetzgeber bereit ist, auf die wirtschaftliche Lage der Krankenversicherung Rücksicht zu nehmen. Sollte der Vorschlag des Entwurfs zu § 368 k Abs. 2 Wirklichkeit werden, so muß die Ärzteschaft erwarten, daß auch ihre Leistungen, und zwar alle ihre Leistungen, ohne Rücksicht auf die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit nach tariflichen Sätzen abgegolten werden, wobei dann jede Beschränkung der Zulassung ihren Sinn verliert.

führen. Das Reichsschiedsamt ist beschlußfähig, auch wenn von den Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen nur je 2 an der Verhandlung teilnehmen.

(6) Der Reichsarbeitsminister kann im Bedarfsfalle die Errichtung mehrerer Senate des Reichsschiedsamts anordnen, die in der gleichen Weise zusammengesetzt werden.

§ 368 p

(1) Das Reichsschiedsamt entscheidet bei Streit aus Mantelverträgen, soweit die Parteien nicht ein besonderes Schiedsgericht vereinbart haben, ferner über Revisionen und Berufungen gegen Entscheidungen des Schiedsamts.

(2) Die Revision ist zulässig gegen Entscheidungen des Schiedsamts auf Grund des § 368 n Abs. 1, ferner gegen Entscheidungen des Schiedsamts in Zulassungsangelegenheiten, soweit sie nicht die Entziehung der Zulassung oder die Ausschließung gemäß § 368 s Abs. 3 aussprechen; im übrigen ist die Berufung an das Reichsschiedsamt zulässig. Für die Revision gilt § 1697 entsprechend.

(3) Das Rechtsmittel ist binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung bei dem Reichsschiedsamt einzulegen. Die Vorschriften des § 129 Abs. 2, 3 gelten entsprechend. Das Rechtsmittel bewirkt Aufschub, bei Streit über die Höhe der Vergütung jedoch nur hinsichtlich des streitigen Teiles; bis zur Entscheidung über das Rechtsmittel ist die Vergütung im übrigen in der Höhe fortzuzahlen, in der sie vor Erlaß der angefochtenen Entscheidung gewährt wurde.

(4) Die Vorschriften des § 368 n Abs. 3 und 4 gelten entsprechend.

(5) Das Rechtsmittel kann ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß der drei unparteiischen Mitglieder des Reichsschiedsamts verworfen werden, wenn diese über die Unzulässigkeit, die verspätete Einlegung oder die Aussichtslosigkeit des Rechtsmittels einig sind.

§ 368 q

Den Geschäftsgang und das Verfahren sowie die Tragung der Kosten bei den Schiedsämtern und bei dem Reichsschiedsamt regelt das Reichsversicherungsamt.

§ 368 r

(1) Wo ein Landesversicherungsamt und Landesauschüsse bestehen, kann die oberste Verwaltungsbehörde die Errichtung eines Landesschiedsamts beim Landesversicherungsamt anordnen, das für seinen Bezirk an die Stelle des Reichsschiedsamts tritt. Für das Landesschiedsamt gelten die §§ 368 o bis 368 q entsprechend.

(2) Im Falle eines Bedürfnisses kann der Reichsarbeitsminister zur Sicherung einer gleichmäßigen Rechtsprechung für das Verhältnis zwischen Reichsschiedsamt und Landesschiedsamt eine den §§ 1717, 1718 entsprechende Regelung treffen.

§ 368 s

(1) Die endgültigen Entscheidungen der Schiedsämter und des Reichsschiedsamts (Landesschiedsamts) sind für beide Teile bindend. Kommt eine Partei der Entscheidung nicht nach, so haftet sie der anderen für den entstehenden Schaden.

(2) Kommt eine Krankenkasse einer für sie nach Abs. 1 bindenden Entscheidung nicht nach, so ist sie durch ihre Aufsichtsbehörde zur Befolgung anzuhalten.

(3) Kommt ein Arzt einer für ihn nach Abs. 1 bindenden Entscheidung ohne einen in seiner Person liegenden und von den Vertragsbedingungen unabhängigen wichtigen Grund nicht nach, so kann ihn das Schiedsamt auf Antrag der anderen Partei für eine Dauer bis zu 5 Jahren von der Zulassung bei allen Krankenkassen des Arztregisterbezirkes oder eines Teiles desselben ausschließen. Der Antrag kann auch von einer geschädigten Krankenkasse, die nicht Partei gewesen ist, sowie von der ärztlichen Vereinigung, die Partei gewesen ist und welcher der Arzt angehört, gestellt werden.

§ 368 t

Die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 368 f bis 368 s erläßt der Reichsarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen oder einem von diesem bestellten Unterausschüsse.

(6) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande oder ergeben sich Zweifel über die Auslegung eines solchen Vertrages, so hat das Schiedsamt (§ 368 h Abs. 4) auf Antrag einer der Vertragsparteien eine Einigung über den Inhalt des Vertrages zu vermitteln und, wenn die Vertragsparteien sich nicht einigen können, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragsparteien nicht angenommen, so setzt das Schiedsamt den Inhalt des Vertrages fest; die Festsetzung hat die rechtliche Wirkung einer vertraglichen Vereinbarung.

(7) 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 Monate festzusetzen; bis zur Entscheidung des Schiedsamts gelten vorläufig die Bestimmungen des abgelaufenen Vertrages weiter. Die Einlegung eines Rechtsmittels (§ 368 h Abs. 4 Satz 3) gegen die Entscheidung des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 368 h

(2) Die Landesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl als Beisitzer . . . Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft ihn und seinen Stellvertreter die oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen.

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus drei unparteiischen Mitgliedern mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl . . . Je ein unparteiliches Mitglied und seinen Stellvertreter beruft der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverbände der Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen . . . Gegen die Entscheidungen der Landesschiedsämter können die Vertragsparteien binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung das Bundesschiedsamt anrufen. Die Anrufung bewirkt, vorbehaltlich der Vorschrift des § 368 g Abs. 7 Satz 3, Aufschub, bei Streit über die Höhe der Gesamtvergütung jedoch nur hinsichtlich des streitigen Teiles; bis zur Entscheidung ist die Vergütung im übrigen in der Höhe fortzuzahlen, in der sie vor der angefochtenen Entscheidung gewährt wurde.

(6) Die Geschäftsführung und das Verfahren der Schiedsämter werden durch eine Schiedsamtordnung geregelt. Die Schiedsamtordnung erläßt nach Anhörung der Bundesausschüsse der Bundesminister für Arbeit mit Zustimmung des Bundesrats. Die Schiedsamtordnung muß insbesondere Bestimmungen enthalten über

die Anzahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsämter und die ihnen zu gewährende Entschädigung;
die Geschäftsführung der Schiedsämter;
das Verfahren vor den Schiedsämtern;
die für das Verfahren zu erhebenden Gebühren;
die Führung von Vertragsregistern durch die Schiedsämter.

Zu § 368 g Abs. 1

Es wird beantragt, die Worte „oder ergeben sich Zweifel über die Auslegung eines solchen Vertrages“ zu streichen und in Zeile 12 einzufügen: „mit längstens ¼jähriger Kündigungsfrist“.

Zu § 368 h

Folgt der Gesetzgeber den in der Begründung zum Entwurf niedergelegten Grundsätzen und beauftragt er im Sinne unserer Vorschläge die Kassenärzteschaft mit der Sicherstellung und Durchführung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten, so ist die Ärzteschaft bereit, sich im Wege der gemeinsamen Selbstverwaltung einer verbindlichen Schlichtung zu unterstellen.

Im Sinne einer dauernden Sicherung objektiver Entscheidungen wird vorgeschlagen, bei Nichteinigung der Parteien den obersten Bundesrichter als die Instanz vorzusehen, die den unparteiischen Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes im Benehmen mit der Bundeskassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden benennt.

Zu § 368 h Abs. 6

Wenn die Schiedsinstanzen Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung sein sollen — und nur als solche werden sie von der Ärzteschaft anerkannt —, ist nicht einzusehen, warum die Schiedsamsordnung durch Rechtsverordnung erlassen werden soll. Der Natur der Schiedsinstanzen entspricht es vielmehr, die Schiedsamsordnung durch Beschluß des Bundesausschusses mit Zustimmung des Bundesarbeitsministers aufstellen zu lassen.

*) Zu Spalte 4:
Das „Sozialgerichtsgesetz“ vom 3. September 1953 (BGBl. I, 1239) bestimmt in § 51:

- (1) Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Arbeitslosenversicherung und der übrigen Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsofferversorgung.
- (2) Angelegenheiten der Sozialversicherung sind auch die Angelegenheiten, die auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht) im Rechtsweg zu entscheiden sind...

**) Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf besteht folgender Rechtsweg: Schiedsamt, Landesschiedsamt, Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht.

(6) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, so hat das Schiedsamt (§ 368 h) auf Antrag einer der Vertragsparteien zu versuchen, eine Einigung über den Inhalt des Vertrages herbeizuführen, und wenn die Vertragsparteien sich innerhalb einer vom Schiedsamt zu setzenden Frist nicht einigen, einen Vermittlungsvorschlag zu machen. Wird der Vermittlungsvorschlag von den Vertragsparteien nicht innerhalb eines Monats nach seiner Zustellung angenommen, so setzt das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung im Sinne der Absätze 2 und 3. Sie kann nach Ablauf eines Jahres mit vierteljährlicher Frist gekündigt werden, sofern nicht das Schiedsamt eine frühere Kündigungsmöglichkeit vorsieht.

(7) 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 innerhalb von drei Monaten festzusetzen. Abs. 6, Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. Bis zur Entscheidung des Schiedsamts gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter.

(8) Die Einlegung eines Rechtsmittels gegen Entscheidungen des Schiedsamts hat keine aufschiebende Wirkung. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf besteht folgender Rechtsweg: Schiedsamt, Landesschiedsamt, Bundesschiedsamt, Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht.

§ 368 h

(2) Die Landesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen.

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst und aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

(5) Gegen die Entscheidungen der Landesschiedsämter können die Vertragsparteien binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung das Bundesschiedsamt anrufen. Die Anrufung bewirkt bei Streit über die Höhe der Gesamtvergütung nur hinsichtlich des streitigen Teiles Aufschub; bis zur Entscheidung ist die Vergütung im übrigen in der Höhe fortzuzahlen, in der sie vor der angefochtenen Entscheidung gewährt wurde. Das Verfahren gilt als Vorverfahren im Sinne der §§ 78 und 79 des Sozialgerichtsgesetzes*) vom 3. September 1953 (Bundesgesetzbl. I, S. 1239).

(7) Der Bundesminister für Arbeit erläßt nach Beratung mit den Bundesausschüssen eine Schiedsamsordnung als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Schiedsamsordnung muß Bestimmungen enthalten über

1. die Zahl, die Bestelung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigungen für Zeitverlust,
2. die Geschäftsführung,
3. das Verfahren,
4. die Erhebung und die Höhe der Gebühren.

§ 368 i

(8) Für jede Vereinigung ist durch die Vertreterversammlung eine Satzung aufzustellen. Die Satzung bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Satzungen müssen Bestimmungen enthalten über

- Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung;
- Zusammensetzung, Wahl, Amtsdauer, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Organe;
- Rechte und Pflichten der ordentlichen und der außerordentlichen Mitglieder;
- Aufbringung und Verwaltung der Mittel;
- Änderung der Satzung;
- Art der Bekanntmachungen.

(10) 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. Versorgungseinrichtungen dieser Art können mit Zustimmung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam errichtet oder mit bestehenden Versorgungseinrichtungen verbunden werden. Die Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können Grundsätze für die Versorgungseinrichtungen aufstellen und mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine gemeinsame Versorgungseinrichtung errichten.

§ 368 d

(1) Der Arzt ist seiner Kasse gegenüber verpflichtet, den Kranken ausreichend und zweckmäßig zu behandeln. Er darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, hat eine Behandlung, die nicht oder nicht mehr notwendig ist, abzulehnen, die Heilmaßnahmen, insbesondere die Arznei-, die Heil- und Stärkungsmittel, nach Art und Umfang wirtschaftlich zu verordnen und auch sonst bei Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtungen die Kasse vor Ausgaben so weit zu bewahren, als die Natur seiner Dienstleistungen es zuläßt. Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse auszustellen. Der Arzt, der die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht läßt, hat der Kasse den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen. Diese dem Kassenarzt obliegenden Verpflichtungen können nicht im voraus durch Vertrag aufgehoben oder beschränkt werden.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung überwacht die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Verpflichtungen; die Aufgaben der Vertrauensärzte der Krankenkassen bleiben unberührt.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt nach

§ 368 k

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Träger der kassenärztlichen Versorgung und der Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenkassen. Die Vereinigungen haben die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber nach näherer Bestimmung der Bundesausschüsse die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der in Abs. 4 und in § 368 i Abs. 9 vorgesehenen Maßnahmen zu ihrer Erfüllung anzuhalten. 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; die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen.



wird in seiner komplexen Wesenheit erfaßt durch

PURAEETON **E**

dem

Antasthematicum und Spasmolyticum

mit seinem breitangelegten zentralen und peripheren Vorgehen. Im Anfall von prampt einsetzender, nachhaltig befreiender Wirkung, ist Puraeton „E“ zugleich nicht minder befähigt, bei Darreichung im Pradramalstadium den Eintritt des branchialastatischen Paroxysmus völlig abzuwenden, wie auch im Intervall den Status asthmaticus durch seine kartikale und dienzephal-vegetative Ausgleichsdynamik weitgehend umzustimmen. Branchitische und emphysematische Begleiterscheinungen unterliegen gleichfalls dem weitgespannten Einflußbereich von Puraeton „E“.

DOLORGIET  BAD GODESBERG



PREIS: Klein-P., 8 Pulver, DM 1.10 o. U.
 PREISE:
 Inhalat, Klein-P., 10 ccm, DM 2.80 o. U.
 Ampullen, Klein-P., 3 Stck., DM 1.35 o. U.



Spannkraft und Entspannung

dort, wo die gleichsinnige psychosomatische Grundordnung zentralnervös gestört ist, dem Tog-Nacht-Rhythmus wieder zu koordinieren, ist

VITANERTON

das

Nervinum und Spasmo-Sedativum

der immer wieder wegen seiner außergewöhnlichen Zuverlässigkeit gerühmte Helfer des Arztes. Sowohl rinden- wie stammwirksam ausgerichtet, beschwichtigt **Vitanerton** gründlich die Neigung zu neuropsychischen Alterationen und Depressionen und deren vegetative Resonanz ohne Beeinträchtigung der Tagesfrische. Mit seinem neurometabolischen Anteil sorgt **Vitanerton** zugleich für Oekonomisierung des zentralnervösen Kräftebestandes.

DOLORGIET  BAD GODESBERG



Vitanerton

LIQUID

Zusammensetzung:
 Valerian.-Humul. lupul.-Gentian.-
 Colo-Perkolat 14%; Bromsalze 7%;
 Phenyldimethylpyrazolon-Diaethyl-
 barbitursäure in molecul. Verbindg.
 4%; Natr. glycerophosphat 2%;
 Solutio sacch. uvae + Corrigenz 73%.
 Mit 0,2% Süßstoff zubereitet.

PREIS: Klein-P., ca. 105 g, DM 1.40 o. U.

Vitanerton

KERNE

Kleine, geschmackfreie, leicht
 schluckbare, überzuckerte Dra-
 gées, besonders für Berufs-
 tätige und für die Reise.



PREIS: Klein-P., 50 Stück, DM 1.40 o. U.

Zu § 368 I Abs. 8:

Der Entwurf sieht keine Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder — also der im Arztregister eingetragenen, aber noch nicht zugelassenen oder beteiligten Ärzte — in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung vor. Dies ist insoweit richtig, als die Beschlussfassung der Vertreterversammlung der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung dient, also der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung durch die Kassenärzteschaft und für alle sich daraus ergebenden Maßnahmen und Folgerungen. Dagegen gebietet es die Gerechtigkeit, die außerordentlichen Mitglieder an der Beschlussfassung über Aufgaben und Maßnahmen mitwirken zu lassen, an denen sie unmittelbar beteiligt oder wesentlich interessiert sind, z. B. der Gestaltung der Altersversorgung, in der Ersatzkassenpraxis, Kriegsopferversorgung u. ä.

Es wird deshalb beantragt, in § 368 I Abs. 8 hinter „außerordentliche Mitglieder“ einzufügen

„und die Vertretung der außerordentlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung, zur Mitbestimmung der außerordentlichen Mitglieder in allen diese selbst betreffenden Angelegenheiten“.

Zu § 368 I Abs. 10:

Es ist selbstverständlich, daß die im Entwurf vorgesehene Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung der Kassenärzte in dem Sinne auf die Dauer sichergestellt werden muß, daß unter Berücksichtigung der nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung zu erwartenden Belastung — also „unter Beachtung versicherungsmathematischer Grundsätze“ — die „ausreichende Versorgung“ stets aus der Gesamtvergütung erfolgen kann, ohne daß die angemessene Honorierung der tätigen Kassenärzte dadurch beeinträchtigt wird. Eine Versorgung nach dem sogenannten Anwartschafts-Deckungsverfahren würde jedoch diesem Verlangen nicht gerecht, da sie

- a) den bisher durch provisorische Übergangsregelungen versorgten Personenkreis der alten und invaliden Kassenärzte und ihrer Hinterbliebenen, insbesondere der Flüchtlinge, nicht einschließen könnte und
- b) eine wirkliche Versorgung entsprechend der jeweiligen Kaufkraft und der jeweiligen wirtschaftlichen und sozialen Stellung der Kassenärzteschaft niemals sicherstellen könnte.

Wir beantragen daher, dem § 368 I Abs. 10 folgende Fassung zu geben:

„Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen ferner Bestimmungen enthalten über eine auf die Dauer sichergestellte ausreichende Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder im Wege der Honorarverteilung. Die Versorgung kann mit Zustimmung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam durchgeführt oder mit anderen Versorgungseinrichtungen verbunden werden. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können in ihren Satzungen Grundsätze für die Versorgung aufstellen und mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung ganz oder teilweise durchführen.“

*) Zu Spalte 4:

In Bayern wurde ein „Gesetz über eine Kassenärztliche... Vereinigung Bayerns“ am 30. September 1949 (BGVBl. 1949, Nr. 24) erlassen. Damit trat nach § 14 dieses Gesetzes für das Land Bayern dieses Gesetz an die Stelle der Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands vom 2. August 1933 (RGVBl. I S. 367). „Die auf Grund dieser Verordnungen erlassenen Vorschriften und Bestimmungen gelten weiter“, besagt § 14 des Gesetzes, „soweit sie mit den Vorschriften dieses Gesetzes vereinbar sind und nicht durch andere Vorschriften oder Bestimmungen aufgehoben oder geändert werden.“

§ 368 I

(1) Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung; diese bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über

1. Name, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zusammensetzung, Wahl, Amtsdauer, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Organe,
3. Rechte und Pflichten der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder,
4. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
5. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung,
6. Änderung der Satzung,
7. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten, nach denen die von den Bundesvereinigungen abgeschlossenen Verträge und die dazu gefaßten Beschlüsse sowie die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich sind.

(5) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen können Bestimmungen enthalten über eine Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder. In den Satzungen kann vorgesehen werden, daß Versorgungseinrichtungen dieser Art mit Zustimmung der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen für mehrere Kassenärztliche Vereinigungen gemeinsam errichtet oder mit bestehenden Versorgungseinrichtungen verbunden werden können.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Satzungen die Errichtung gemeinsamer Versorgungseinrichtungen vorsehen.

§ 368 m

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen*) und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die nach § 182 den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber nach näherer Bestimmung der Bundesausschüsse die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Vereinigungen haben die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls unter Anwendung der in § 368 I Abs. 4 vorgesehenen Maßnahmen zu ihrer Erfüllung anzuhalten. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen. Die Übernahme ist den Bundesausschüssen mitzuteilen.

näherer Bestimmung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür, daß die kassenärztliche Versorgung den Erfordernissen des Abs. 1 entspricht.

(4) Die Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Kassenärzten, die ihre Verpflichtungen nicht oder nicht in gehörliger Weise erfüllen, und die Rechtsmittel des betroffenen Kassenarztes regelt der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen.

(2) Die Vergütung für in Krankenhäusern gewährte ärztliche Sachleistungen ist aufzuteilen in die Vergütung für die ärztliche Leistung und in die Abgeltung der notwendigen Aufwendungen. Die Abgeltung erfolgt nach Tarifen, die vom Bundesminister des Innern erlassen werden. Die Tarife sollen alle für die Durchführung der ärztlichen Sachleistungen erforderlichen Regelungen enthalten . . . 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 . . .

(3) . . . Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind verpflichtet, die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen und Verstöße gegen Gesetz und Satzung der Aufsichtsbehörde mitzuteilen, wenn ihren Beanstandungen nicht stattgegeben wird; das Nähere regeln die Satzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

(4) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Prüfungsausschüsse; die Satzung bestimmt insbesondere die Zusammensetzung, die Aufgaben, die Befugnisse sowie das Verfahren.

§ 368 f

(1) Zur Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten wird ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen gebildet.

(2) Er besteht aus 13 Mitgliedern. 10 von ihnen werden je zur Hälfte und auf die Dauer von je 5 Jahren von den für das Reichsgebiet bestehenden Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen gewählt. Der Reichsarbeitsminister setzt fest, welche Verbände hiernach wahlberechtigt sind, und erläßt die erforderlichen Ausführungsbestimmungen. Für diese Mitglieder sind Stellver-

Zu § 368 k Abs. 2

Diese vom Bundeskabinett in den Gesetzentwurf eingefügte Bestimmung ist der Ärzteschaft völlig unverständlich. Die Ärzteschaft kann hierzu nur erklären:

Entweder werden alle ärztlichen Leistungen nach einem festen Leistungs- und Unkostenarif bezahlt, oder aber die Vergütung für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung wird im Interesse der Erhaltung der Leistungsfähigkeit und des Bestandes der gesetzlichen Krankenversicherung pauschaliert, dann aber auch unter Einbeziehung der Krankenhäuser.

Was der Gesetzgeber vom freipraktizierenden Arzt aus Gründen der Gemeinnützigkeit verlangt, muß er um so mehr von den Krankenhäusern verlangen. Wenn der Gesetzgeber den Arzt auf eine Bezahlung aus der „mit Rücksicht auf die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen“ festgesetzten Gesamtvergütung verweisen will, dann notwendigerweise auch die Krankenhäuser für die Abgeltung der in ihnen ambulant ausgeführten ärztlichen Sachleistungen. Dies gilt um so mehr, als die wesensgemäße Aufgabe des Krankenhauses nicht in der Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung besteht, sondern in der Versorgung der in das Krankenhaus zur stationären Behandlung eingelieferten Kranken. Die Finanzierung angeblich „unrentabler“ Krankenhäuser (seit wann ist die Unterhaltung eines Krankenhauses überhaupt eine Frage der „Rentabilität“?) zu Lasten der sozialen Krankenversicherung und letzten Endes zu Lasten der freipraktizierenden Ärzteschaft muß entschieden abgelehnt werden.

Im übrigen bleibt in dieser Bestimmung unverständlich, worum es sich bei den „in Krankenhäusern gewährten Sachleistungen“ überhaupt handeln soll. Handelt es sich um

- a) die von den beteiligten Krankenhausärzten (§ 368 a Abs. 6) in den Krankenhäusern ausgeführten Sachleistungen oder um
- b) die nach den gemäß § 5 der Übergangsbestimmungen weitergeltenden Verträgen ausgeführten Sachleistungen oder um
- c) eine im Zusammenhang mit der Bestimmung in § 368 d zu vermutende (?) Ausweitungstendenz im Sinne der Einrichtung von Ambulatorien?

Die Bestimmung des § 368 k Abs. 2 hätte nur dann eine Berechtigung, wenn sie im Zusammenhang mit der Zulassung aller approbierten Ärzte auf sämtliche ärztlichen Leistungen in dem Sinne ausgedehnt würde, daß die Leistungen aller Ärzte nach einem Tarif vergütet werden.

Durch die Bestimmung in § 368 a Abs. 6 ist sichergestellt, daß durch die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte ärztliche Sachleistungen im Wege der freien Arztwahl auch in Krankenhäusern ausgeführt werden können. Der Krankenhausarzt erhält hierfür die gleiche Bezahlung wie der freipraktizierende Kassenarzt. Es ist nicht zu beanstanden, daß der (in diesem Falle durch den Krankenhausarzt an die Krankenhausverwaltung abzuführende) Unkostenanteil getrennt ausgewiesen wird, was auch von den freipraktizierenden Kassenärzten vielfach gewünscht wird. Die Realisierung dieses Unkostenanteils muß sich aber wie bei allen ärztlichen Leistungen nach der möglichen Quote aus der Gesamtvergütung richten. Sollte der Unkostenanteil ohne Rücksicht auf die Gesamtvergütung nach festen Sätzen bestimmt werden, so können die Krankenhäuser dieses Privileg nicht für sich beanspruchen, sondern es muß dies auch für die freipraktizierenden Ärzte — und zwar für alle ihre Leistungen — gelten.

Dadurch wird allerdings das ganze in § 368 f niedergelegte Prinzip der kassenärztlichen Vergütung, ebenso wie die Beschränkung der Zulassung in § 368 a und die der Kassenärztlichen Vereinigung auferlegte Gewährleistung für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung mit den entsprechenden Prüfungs- und Disziplinarbefugnissen gegenüber den Kassenärzten illusorisch.

Um die Ausführung ärztlicher Sachleistungen in Krankenhäusern zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auch dann zu ermöglichen, wenn der leitende Arzt nicht gemäß § 368 a Abs. 6 beteiligt ist, wird beantragt, die Vorschrift des § 368 k Abs. 2 — unter Streichung der Sätze 1—4 — wie folgt zu fassen:

„Zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit den Krankenhäusern über die Ausführung ärztlicher Sachleistungen schließen.“

Zu § 368 k Abs. 2 vorletzter und letzter Satz

Zu der Inanspruchnahme der Universitätspolikliniken ist bereits in unseren Bemerkungen zu § 368 d Stellung genommen worden. An Stelle der Bestimmungen des § 368 k Abs. 2 vorletzter und letzter Satz schlagen wir folgende Fassung vor:

„Die Vereinigungen schließen mit den Universitäten Verträge, die deren Polikliniken in dem zur Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfange die Untersuchung und Behandlung von Anspruchsberechtigten der Krankenkassen ermöglichen.“

(2) Die auf Grund der Zulassung oder der Beteiligung (§ 368 a Abs. 5) in Krankenhäusern ausgeführten und in die Gesamtvergütung einbezogenen ärztlichen Sachleistungen werden unbeschadet der Vergütung rein ärztlicher Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern außerhalb des Verteilungsmaßstabes (§ 368 f Abs. 1) nach Sätzen vergütet, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern oder deren Verbänden zu vereinbaren sind. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen der leitende Krankenhausarzt als Kassenarzt nicht zugelassen oder nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Universitäten Verträge über die Vergütung für Behandlung von Versicherten in den Polikliniken.

(3) Die gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigungen, auch soweit es sich um die Durchführung der von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 368 g Abs. 3 geschlossenen Gesamtverträge handelt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die erforderlichen Richtlinien für die Durchführung der von ihnen im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge aufzustellen; sie haben insbesondere die überbezirkliche Durchführung der kassenärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben Richtlinien über Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellen.

(4) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen nach näherer Bestimmung der Satzung Prüfungsausschüsse.

treter in der nötigen Zahl zu wählen. Diese Mitglieder und ihre Stellvertreter versehen ihr Amt als Ehrenamt.

(3) Drei weitere Mitglieder ernannt der Reichsarbeitsminister nach Anhörung der genannten Spitzenverbände als unparteiische Mitglieder und betraut je einen von ihnen mit der Führung des Vorsitzes und der Stellvertretung darin. Im Bedarfsfall kann er für jedes dieser Mitglieder noch einen Stellvertreter bestellen.

(4) Der Reichsarbeitsminister kann im Falle eines Bedarfs nach Anhörung der genannten Spitzenverbände Vertreter anderer Verbände der Krankenkassen und Ärzte in je gleicher Zahl mit beratender Stimme zuziehen.

§ 368 g

(1) Der Reichtsausschuß für Ärzte und Krankenkassen berät und beschließt als engerer und weiterer Ausschuß.

(2) Der engere Ausschuß besteht aus den von den Spitzenverbänden gewählten Mitgliedern. Die Verhandlungen leitet nach näherer Bestimmung der Geschäftsordnung abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen.

(3) Von allen Sitzungen des engeren Ausschusses ist dem Vorsitzenden des Reichtsausschusses rechtzeitig Mitteilung zu machen. Ein unparteiisches Mitglied des Reichtsausschusses kann an den Sitzungen mit beratender Stimme teilnehmen.

(4) Der engere Ausschuß nimmt regelmäßig die Obliegenheiten des Reichtsausschusses wahr. Die Geschäftsordnung bestimmt, welche Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung dem weiteren Ausschuß vorbehalten sind und in welchen Fällen er auf Antrag der Ärztevertreter oder der Kassenvertreter über Angelegenheiten zu beschließen hat, über die der engere Ausschuß sich nicht einigen kann.

§ 368 h

(1) Der weitere Ausschuß stellt für die Führung der eigenen Geschäfte und derjenigen des engeren Ausschusses eine Geschäftsordnung auf.

(2) Für grundsätzliche Beschlüsse des Reichtsausschusses für Ärzte und Krankenkassen auf dem Gebiete der Vertrags- und Zulassungsordnung ist eine Zweidrittelmehrheit erforderlich und genügend. Die Geschäftsordnung kann die gleiche Mehrheit auch für andere Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung vorschreiben.

§ 368 i

(1) Der Reichtsausschuß für Ärzte und Krankenkassen erläßt die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 368 bis 368 b, 368 d und 368 e. Den Gegenstand dieser Bestimmungen bilden insbesondere

1. der allgemeine Inhalt der Arztverträge und ihr Zustandekommen, das Kopfpauschale, die Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, die Schlichtung von Streitigkeiten aus Arztverträgen (Vertragsordnung);
2. die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen (Zulassungsordnung);
3. die Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme der Krankenkassen.

(2) Die Bestimmungen und ihre Änderungen bedürfen der Zustimmung des Reichsarbeitsministers.

(3) Kommen die erforderlichen Beschlüsse des Reichtsausschusses nicht zustande oder stimmt ihnen der Reichsarbeitsminister nicht zu, so erläßt der Reichsarbeitsminister die notwendigen Bestimmungen.

(4) Der Reichtsausschuß für Ärzte und Krankenkassen kann ferner Richtlinien zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen zwischen den Ärzten und Krankenkassen aufstellen. Durch Richtlinien über den Nachweis freier Kassenarztstellen und Warnung vor Zuzug an überfüllte Plätze soll auf eine planmäßige Verteilung der Kassenärzte auf das Reichsgebiet hingewirkt werden.

(5) Dem Reichtsausschuß steht die Auslegung und die Änderung seiner Bestimmungen und seiner Richtlinien zu.

§ 368 k

Verbände von Ärzten und Krankenkassen, die für den Bezirk eines Landes die Mehrheit der Ärzte und Krankenkassen umfassen, können die Bildung von Landesausschüssen für Ärzte und Krankenkassen vereinbaren.

§ 368 l

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte soll ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein. 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. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. . . . Der Bundesminister für Arbeit erläßt nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverbände der Krankenkassen die Ausführungsbestimmungen über die Amtsdauer, die Amtsführung und die Entschädigung der Ausschußmitglieder . . .

(3) Für die Besetzung der Landesausschüsse gelten die Vorschriften des Abs. 2 entsprechend. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Je ein unparteiisches Mitglied und seinen Stellvertreter beruft die oberste Verwaltungsbehörde auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die oberste Verwaltungsbehörde im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen. Die oberste Verwaltungsbehörde erläßt die Ausführungsbestimmungen.

§ 368 m

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung einer den Vorschriften dieses Gesetzes entsprechenden kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Bestimmungen über

1. die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit;
2. die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewähr ärztlicher Sachleistungen, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit;
3. die Verhütung übermäßiger Inanspruchnahme der Krankenkassen, insbesondere zur Durchführung der Vorschrift des § 368 e Abs. 1 Satz 2;
4. die Sicherung angemessener Vergütung der ärztlichen Leistungen, insbesondere zur Durchführung der Vorschriften des § 368 f Abs. 4 und 5.

(2) Die von den Bundesausschüssen nach Abs. 1 beschlossenen Bestimmungen bedürfen, unbeschadet des § 368 c Abs. 1 Satz 2, der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit; sie werden im Bundesarbeitsblatt veröffentlicht. 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 l

Es ist schlecht verständlich, wie der Bundesausschuß als „oberste beschließende Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung“ bezeichnet werden kann, wenn die unparteiischen Mitglieder von dem Bundesminister für Arbeit und dem Bundesminister des Innern ernannt werden sollen. Dann handelt es sich letztlich nicht mehr um eine Einrichtung der Selbstverwaltung, sondern um eine „Hohe Behörde“. Da der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen keine Einrichtung des Gesundheitswesens ist, sondern als Organ der Sozialversicherung tätig wird, ist auch die Berechtigung für eine unmittelbare Einwirkung und Mitwirkung des Bundesministers des Innern nicht einzusehen. Der Gedanke der gemeinsamen Selbstverwaltung, den der Gesetzentwurf fördern und fortentwickeln will und dem die Begründung des Gesetzentwurfes so hohes Lob zollt, verlangt, daß § 368 l Abs. 2 Satz 4 die folgende Fassung erhält:

„Je ein unparteiisches Mitglied und seinen Stellvertreter beruft der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen.“

Zu § 368 l Abs. 2 Satz 5

Entsprechend dem Antrag zu § 368 b Abs. 1 Satz 4 und mit der gleichen Begründung wird beantragt, die Fassung zu wählen:

„muß ein von den im Arztregister eingetragenen nichtzugelassenen Ärzten benanntes Mitglied sein“.

Zu § 368 m Abs. 1 Zeile 2

Es wird beantragt, die Worte „sowie Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit“ zu streichen.

Zu § 368 m Abs. 1 Satz 2

Die „Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ erfolgt nicht durch den Bundesausschuß, sondern durch die ärztliche Wissenschaft und Praxis. Gemeint ist wohl „die Übernahme der Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“.

§ 368 n

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen sowie je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie über die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit auf Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte muß ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein.

(3) Die Landesauschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sechs Vertretern der Ärzte, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen und der Landkrankenkassen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes auf Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen.

(4) . . . Der Bundesminister für Arbeit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverbände der Krankenkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

§ 368 o

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Bestimmungen über

1. die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
2. die Verhütung übermäßiger Inanspruchnahme der Krankenkassen.

(2) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Bestimmungen sind dem Bundesminister für Arbeit vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundesausschüsse nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt der Bundesminister für Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die erforderlichen Vorschriften.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, nach denen die in Abs. 1 genannten Beschlüsse für ihre Mitglieder verbindlich sind.

Kassen und Ärzte müssen in diesen Ausschüssen in gleicher Zahl vertreten sein. Auf gemeinsamen Antrag dieser Verbände kann die oberste Verwaltungsbehörde unparteiische Mitglieder für den Landesverband ernennen. Die §§ 368 g, 368 h gelten entsprechend.

§ 368 i

Der Landesausschuß kann für seinen Bezirk Richtlinien aufstellen, welche die des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen ergänzen. Eine Abweichung soll nur insoweit stattfinden, als dies nach den besonderen Verhältnissen des Landes nötig ist. Die Richtlinien sind dem Reichsausschusse vorzulegen. Er kann sie binnen drei Monaten beanstanden. Wird der Beanstandung nicht stattgegeben, so kann der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen (weiterer Ausschuß) den Richtlinien ganz oder teilweise die Zustimmung versagen. Soweit dies geschieht, haben sie nicht die Wirkung des § 368 n Abs. 3.

§ 370

(1) Wird bei einer Krankenkasse die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann, oder daß Ärzte den Vertrag nicht einhalten, so kann die Kasse an Stelle der freien ärztlichen Behandlung eine bare Leistung in Höhe von 80 v. H. der wirklichen Kosten gewähren, bei Arbeitsunfähigkeit erhöht sich zugleich das Krankengeld um 10 v. H. des Grundlohns, mindestens aber um 50 Pf für den Kalendertag. Die Barleistungspflicht der Kasse gilt als Zahlung aus Mitteln der Kasse im Sinne der ärztlichen Gebührenordnung. Wird bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden ärztliche Behandlung erforderlich (§ 195 a Abs. 1 Nr. 1), so kann die Krankenkasse in den vorstehend bezeichneten Fällen der Wöchnerin statt der Sachleistungen eine bare Beihilfe bis zu 30 DM gewähren.

(2) Das Reichsversicherungsamt kann für den Übergang zur Barleistung bestimmen,

1. wie der Zustand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden darf,
2. daß die Kasse ihre Leistungen so lange einstellen oder zurückziehen darf, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist.
3. daß die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen einem Jahr nach Fälligkeit des Anspruchs kein ausreichender Nachweis erbracht ist,
4. daß die Kasse diejenigen, denen sie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, in ein Krankenhaus verweisen darf, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 Abs. 3 nicht vorliegen.

§ 370 a

Der Reichsarbeitsminister kann im Falle eines Bedürfnisses Bestimmungen darüber treffen, wie über die Vorschriften der §§ 370, 371 und des § 10 RVO hinaus die Krankenkassen ermächtigt werden, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung zu gewähren. Diese Bestimmungen sind dem Reichstag alsbald zur Kenntnis zu bringen und auf sein Verlangen aufzuheben.

§ 372

Genügt bei einer Krankenkasse die ärztliche Behandlung oder Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten und Wöchnerinnen, so kann, vorbehaltlich des § 370, das Oberversicherungsamt nach Anhörung der Kasse jederzeit anordnen, daß diese Leistungen noch durch andere Ärzte oder Krankenhäuser zu gewähren sind. Den Anforderungen ist in der Regel genügt, wenn auf je 1000 Versicherte ein Arzt trifft.

§ 373

(1) Wird die Anordnung nach § 372 nicht binnen der festgesetzten Frist befolgt, so kann das Oberversicherungsamt selbst das Erforderliche auf Kosten der Kasse veranlassen. Verträge, welche die Kasse mit Ärzten oder mit Krankenhäusern bereits geschlossen hat, bleiben unberührt.

(2) Die Kasse hat gegen die Anordnungen und Maßnahmen binnen einer Woche die Beschwerde zum Reichsversicherungsamt.

(3) Zur Sicherung gleichmäßiger, zweckmäßiger und angemessener Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) können die Bundesausschüsse Richtlinien für den Abschluß und den Inhalt dieser Verträge aufstellen.

§ 368 n

(1) Die Landesausschüsse bereiten die Bestimmungen und Richtlinien der Bundesausschüsse (§ 368 m Abs. 1 und 3) durch zweckentsprechende Vorschläge vor.

(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.

Artikel 4

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 1

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

(2) Mit dem gleichen Tage treten die bisherigen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften über das Kassenarztrecht außer Kraft, soweit in den folgenden Vorschriften nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 2

(2) Die im Lande Bayern auf Grund des Gesetzes vom 30. September 1949 über eine kassenärztliche, eine kassenzahnärztliche und eine Kassendentistische Vereinigung Bayerns (Bayer. G. u. Vbl. S. 257) durchgeführten Wahlen gelten als Wahlen im Sinne des Abs. 1. Der Bundeswahlbeauftragte kann im Einvernehmen mit der obersten Verwaltungsbehörde auch in anderen Ländern die in bestehenden Vereinigungen durchgeführten Wahlen als Wahlen im Sinne des Abs. 1 anerkennen, wenn die Wahlen den Vorschriften dieses Gesetzes entsprechen und nach dem 31. Dezember 1949 durchgeführt worden sind.

§ 5

(2) Unberührt bleiben die Verträge und sonstige Regelungen, welche die Krankenkassen mit Krankenhäusern über die Abgabe ärztlicher Sachleistungen bis zum 1. Januar 1952 geschlossen haben.

(4) Zur Sicherung gleichmäßiger, zweckmäßiger und angemessener Verträge über die kassenärztliche Versorgung (§ 368 g) können die Bundesausschüsse Richtlinien für den Abschluß und den Inhalt dieser Verträge aufstellen.

§ 368 p

(1) Die Landesausschüsse sollen die bezirkliche und örtliche enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen sowie das Zusammenwirken des vertrauensärztlichen Dienstes mit Ärzten und Krankenkassen fördern.

(3) Die Landesausschüsse sollen Anregungen für die Durchführung von Maßnahmen nach § 187 Nrn. 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 Gesundheitspflege geben.

3. Die §§ 370, 370 a, 372, 374 fallen weg.

Artikel 2

Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes

Hinter § 57 wird folgender § 57 a eingefügt:

„§ 57 a

In Angelegenheiten des Kassenarztrechts ist, wenn es sich um Fragen der Zulassung handelt, das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk die Kassenarztstelle liegt, im übrigen das Sozialgericht, in dessen Bezirk die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat.“

Artikel 4

Übergangs- und Schlußvorschriften

1. Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.
(2) Mit dem gleichen Tage treten die bisherigen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften über das Kassenarztrecht außer Kraft, soweit in den folgenden Vorschriften nichts Abweichendes bestimmt ist.
2. (1) Die in den Ländern bestehenden Vereinigungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte werden mit dem Inkrafttreten des Gesetzes Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen im Sinne des § 368 i Abs. 1. . . .
3. (1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Bundesvereinigungen im Sinne des § 368 i Abs. 2.
(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Mitgliederversammlungen und Vorstände der in Abs. 1 bezeichneten Vereinigungen gelten mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes als Vertreterversammlungen und Vorstände der Bundesvereinigung im Sinne des § 368 k Abs. 1. . . .
4. (1) Die Satzung nach § 368 l Abs. 1 ist erstmalig innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu beschließen.
(2) Die Organe nach § 368 k Abs. 1 sind erstmalig innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung der Satzung zu wählen.
5. (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind gemeinsam entsprechende Einrichtungen im Sinne des § 81 des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 GG fallenden Personen in der Fassung vom 1. September 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1287) gegen-

(Fortsetzung siehe nächste Seite)

Zu Artikel 4 § 2

Es wird beantragt, den Absatz 2 zu streichen, um der Kassenärzteschaft die Möglichkeit zu geben, nach Inkrafttreten des Gesetzes die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen neu zu wählen.

Zu Artikel 4 § 5 Abs. 2

Wenn der Gesetzgeber an den in § 368 a Abs. 6 und § 368 k Abs. 1 aufgestellten Grundsätzen festhalten will, so muß die Bestimmung folgenden Wortlaut erhalten:

„Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern über die Abgabe ärztlicher Sachleistungen, die am 1. Januar 1952 in Kraft waren, bleiben unberührt, solange die leitenden Fachärzte dieser Krankenhäuser an der kassenärztlichen Versorgung nicht für Überweisungsfälle gemäß § 368 a Abs. 6 beteiligt sind. Das Recht der Krankenkassen zur Kündigung dieser Verträge bleibt unberührt.“

Zusammenfassend kommt der außerordentliche Deutsche Ärztetag in Übereinstimmung mit den im Ausschuß „§ 368 ff RVO“ vertretenen Verbänden zu folgendem Ergebnis:

Die Grundsätze der gesetzlichen Regelung, die in der Begründung des Entwurfs in vorzüglicher Weise niedergelegt sind, werden im Entwurf selbst verwässert und in sich widerspruchsvoll. In dieser Fassung stellen sie keine befriedigende Grundlage für ein gedeihliches Zusammenwirken von Ärzten und Krankenkassen dar. Die Ärzteschaft des Bundesgebietes bedauert dies. Sie strebt mit den von ihr gemachten Anregungen und Vorschlägen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen zum Wohle und zum Nutzen der Versicherten an. Die Ärzteschaft bittet den Gesetzgeber dringend, die Gemeinschaftsarbeit der Krankenkassen und der Ärzte im Sinne fortschrittlicher Entwicklung zu fördern und nicht durch systemlose und in sich widerspruchsvolle Bestimmungen zu untergraben.

(Fortsetzung des Koalitionsentwurfes)

über der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (Nr. 47 der Anlage A zu § 2 Abs. 1 des vorbezeichneten Gesetzes). Oberste Dienstbehörde im Sinne des § 60 des Gesetzes ist der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung . . .

6. (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands wird mit Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgelöst. Ihr Vermögen (Eigentum und alle sonstigen Vermögensrechte) mit Einschluß der aus Mitteln dieses Vermögens nach dem 8. Mai 1945 für die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands erworbenen Vermögensrechte gehen auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung über, soweit in diesem Gesetz Abweichendes nicht bestimmt ist. (2) Das Eigentum an Grundstücken, das anlässlich der Bildung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands nicht infolge rechtsgeschäftlichen Erwerbs auf diese übergegangen ist, geht auf diejenige Kassenärztliche Vereinigung über, in deren Bezirk das Grundstück gelegen ist. Für sonstige dingliche Rechte an Grundstücken gilt Satz 1 entsprechend. (3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Rechte, die durch Gesetz für unübertragbar oder nur auf Grund besonderer Vereinbarungen für übertragbar erklärt sind. (4) Hat eine Kassenärztliche Vereinigung bewegliche Sachen der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands in Besitz, so geht das Eigentum auf sie über. (5) Die Wirksamkeit von rechtsgeschäftlichen Verfügungen, die über Vermögensrechte der in Absätzen 1 bis 3 bezeichneten Art vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes getroffen worden sind, bleibt unberührt. Dingliche Rechte an Grundstücken und sonstigen Sachen und Rechten bleiben bestehen. Rückerstattungsansprüche bleiben unberührt.
7. (1) Die Verbindlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands gehen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Gesamtschuldner über. In ihrem Verhältnis untereinander hat diejenige Vereinigung, auf die ein Grundstück oder ein Recht an einem Grundstück übergeht, die Verbindlichkeiten zu tragen, die mit dem Grundstück oder dem Recht in unmittelbarem wirtschaftlichem Zusammenhang stehen. Im übrigen hat in ihrem Verhältnis untereinander jede Vereinigung die Verbindlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands anteilig zu tragen; die Höhe der Anteile ist durch die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu bestimmen. (2) Durch den Schuldübergang werden, abgesehen von der Änderung in der Person des Schuldners, die Rechte des Gläubigers, insbesondere seine Ansprüche gegen einen Bürgen, sowie seine Rechte aus einem Pfandrecht, einer Hypothek oder einer sonstigen Sicherheit, nicht berührt; § 418 des Bürgerlichen Gesetzbuches findet keine Anwendung.
8. Soweit Eigentum an einem Grundstück nach Nr. 6 übergeht, genügt zum Nachweis des Übergangs des Eigentums gegenüber dem Grundbuchamt eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde. Dies gilt für sonstige im Grundbuch eingetragene Rechte entsprechend.
11. (1) Die bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund der bisherigen Bestimmungen ausgesprochenen Zulassungen zur kassenärztlichen Tätigkeit gelten als Zulassungen im Sinne dieses Gesetzes; die Zulassungsordnungen regeln, ob und unter welchen Voraussetzungen bisher ausgesprochene widerrufliche Beteiligungen (vorübergehende Zulassungen) als Zulassungen anerkannt werden oder als Beteiligungen im Sinne der neuen Zulassungsordnungen fortgelten oder widerrufen werden. (2) Bis zum Inkrafttreten der Zulassungsordnungen nach § 368 e bleiben die in den Ländern bestehenden Regelungen über die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit in Kraft; Absatz 1 gilt entsprechend. Anhängige Verfahren gehen mit der Errichtung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse (§ 368 b) auf diese über; bis dahin werden sie von den nach der bisherigen Regelung zuständigen Instanzen weitergeführt; auf anhängige Verfahren sind die bisherigen Vorschriften weiter anzuwenden, soweit sie für die beteiligten Ärzte günstiger sind.
12. Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes zwischen den bestehenden Vereinigungen der Kassenärzte und den Krankenkassen und ihren Verbänden geltenden Verträge über die kassenärztliche Versorgung bleiben in Kraft. Mit der Errichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Kassenärztlichen Vereinigungen treten diese entsprechend ihrer Zuständigkeit nach § 368 g Abs. 2 und 3 in die Verträge ein.
13. Die Bestimmungen und Richtlinien des früheren Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen und die vom früheren Reichsarbeitsminister an Stelle des Reichsausschusses erlassenen Bestimmungen bleiben, soweit sie nicht durch die Vorschriften dieses Gesetzes überholt sind oder ihnen entgegenstehen, in Kraft, bis sie durch Bestimmungen oder Richtlinien der Bundesausschüsse oder durch Bundesmantelverträge (§ 368 g Abs. 2, Satz 2) ersetzt werden. Das gleiche gilt, soweit in den Ländern nach dem 8. Mai 1945 Bestimmungen und Richtlinien durch Stellen erlassen sind, welche die Aufgaben des früheren Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen übernommen haben.



Das Instrumentarium des Arztes

unserer Zeiten und Breiten in der Rheumabekämpfung ist nicht mehr auf „Derivation“, sondern auf den prahierten „kutiviszeralen Tiefenreflex“ abgestimmt, wenn er zu

D O L O R G I E T

dem

Hyperämicum und Einreibemittel

als namhaften Repräsentanten der neuzeitlichen, erfolgreichen Therapie rheumatischer und verwandter Erkrankungen greift. Mit seiner nachhaltig heilanalgetischen Ausschaltung der Irritations-Korrelation zwischen sensiblen und vasomotorischen Nerven im Herdgeschehen verbindet sich der heilhyperämierende, gewebsumstimmende, resarptionsfördernde, kallaid-dispersionsregulierende Einfluß von **Dolorgiet** zu dem van ihm bekannten impanierenden Wirkungsbild.

D O L O R G I E T  B A D G O D E S B E R G

D O L O R G I E T flüssig

D O L O R G I E T Salbe



Preis: Klein-P., ca. 50 g, DM 1.15 a. U.

Exakt-tiefenwirksame Einreibemittel zur Erzielung einer durchgreifenden Heilhyperämie und eines anhaltenden Wärmereizes.



UND JETZT **NEU!**
D O L O R G I E T „forte“
(nur in Salbenform)

Preise: Klein-P., ca. 25 g, DM 0.95 a. U.
„forte“, Klein-P., ca. 25 g, DM 1.25 a. U.



Im turbulenten Strom

eines von Unruhe, Unstetigkeit, Unsicherheit, Gefahren hartbedrängten Daseins kumulieren sich Angst- und Schreckreflexe auf innere Organe zu „gebahnten“ Regulationsstörungen, den „vegetativen Dystonien“. In

Reginerton

dem

vegetativen Umstimmungs-Therapeuticum

ist diesem ötiologischen Sochverhalt durch seine „Schichten“-Orientierung (Hirnrinde – Affektzentren – vegetativ-hypophysärer Steuerungskomplex – medulläre Reflexzentren – periphere Gonglien – Erfolg-sorgen) in sinnvoller, erfolgsentscheidender Weise Rechnung getragen. **Reginerton** vermag dem-zufolge nicht nur den jeweiligen Reflexbogen zu unterbrechen, sondern bei zeitlich entsprechender Medikation die normschweligen Verlaufsbedingungen wiederherzustellen. Daher **Reginerton** zur Heilbehandlung vegetativer Dystonien.

DOLORGIET  BAD GODESBERG



Zusammensetzung: 1 Dragée enthält:
 Khellin 0,005 g, Chelidantin 0,001 g,
 Hypericin 0,002 g, Yohimbin nitr. 0,001 g,
 Popover 0,01 g, Hypophys. cerebr. 0,02 g,
 malek. Verbindg. v. Diäthylbarbitursäure-
 Phenylidimethylpyrazol, 0,04 g, Ca-Salz-
 Constituent, 0,0218 g.



PREIS: Klein-P., 25 Stück, DM 1.55 o. U.

Auf dem 57. Deutschen Ärztetag wurden noch die folgenden wichtigen Entschliefungen gefaßt:

Ärztenschaft zur Heilpraktikerfrage

„Der 57. Deutsche Ärztetag hat in seiner Sitzung am 18. Juni 1954 von dem Entwurf eines ‚Gesetzes über die Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)‘ Kenntnis genommen, der als Antrag Drucksache Nr. 560 unter dem 28. Mai 1954 dem Deutschen Bundestag vorgelegt worden ist. Der Ärztetag erhebt im Interesse der Volksgesundheit gegen den Entwurf die schwersten Bedenken. Er beauftragt den Hauptausschuß des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, umgehend eine begründete Stellungnahme der Ärzteschaft zu dem Gesetzentwurf auszuarbeiten und das Präsidium des Deutschen Ärztetages darüber beschließen zu lassen. Der Präsident des Deutschen Ärztetages wird gebeten, wegen der weittragenden Bedeutung der Vorlage nötigenfalls einen außerordentlichen Ärztetag zu ihrer Erörterung rechtzeitig einzuberufen.

Der Geschäftsführende Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern wird beauftragt, alle Schritte zu tun, den Entwurf in seiner jetzigen Fassung zu Fall zu bringen.“

Entschliefung zur ärztlichen Approbation

„Der 57. Deutsche Ärztetag hat mit Bedauern und mit Befremden zur Kenntnis genommen, daß die Ärzteschaft und ihre gewählten Vertretungen in zunehmendem Maße von der Mitwirkung in allen Fragen der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses ausgeschaltet werden. Die Ärzteschaft ist nur dann in der Lage, die ihr in ihren Kammern übertragenen hoheitlichen Aufgaben — für die Erhaltung eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Arztstandes zu sorgen — ordnungsgemäß durchzuführen, wenn sie bei der Gestaltung des Ausbildungsganges und bei der vom Staat zu erteilenden Approbation — gleichgültig, ob die Ausbildung im In- oder Ausland erfolgte — im notwendigen Umfange mitwirken kann.

Der 57. Deutsche Ärztetag erwartet daher, daß die gesetzgebenden Körperschaften und die Regierungen die Ärzteschaft an der Erfüllung dieser Aufgaben beteiligen. Sie stützt sich bei dieser Forderung auf die Tatsache, daß es weder in Deutschland noch in der übrigen Welt einen Berufsstand mit geregelter Ausbildungsgang gibt, bei dem die Berufsangehörigen selbst von solcher Mitwirkung ausgeschlossen sind.“

Die Deutsche Ärzteschaft zur Steuerreform

„Der 57. Deutsche Ärztetag in Hamburg erwartet, daß die in Entschliefungen politischer Partelen und Erklärungen führende Persönlichkeiten aller Partelen und

Fraktionen immer wieder zugesagte steuerliche Berücksichtigung der für die freien Berufe und vor allem die Ärzteschaft anerkannten besonderen Verhältnisse endlich verwirklicht wird.

Hierzu zählen vor allem:

1. Wiedereinführung der Betriebskostenpauschale für die Jahre 1953 und 1954 für nicht oder schwer abgrenzbare Betriebsausgaben entsprechend dem einstimmigen Beschluß des Bundestages vom 29. April 1954.
2. Berücksichtigung der hohen Ausbildungskosten der Ärzteschaft, der verkürzten Verdienstdauer und der Notwendigkeit der eigenen Altersvorsorge durch einen Pauschalabzug vor Anwendung des Einkommensteuertarifs oder durch Einstufung der Ärzte in eine günstigere Steuergruppe.
3. Freiere Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Rücklagen für die Altersvorsorge bei der Regelung der Sonderausgaben.
4. Freistellung der geistigen Leistungen von der Umsatzsteuer, die dem ideellen Charakter der ärztlichen Leistungen nicht entspricht und in den zahlreichen Fällen ihrer Nichtabwälzbarkeit eine zusätzliche Einkommensteuer darstellt.“

Außerhalb des eigentlichen Programms des Ärztetages gab ein außergewöhnlich umfangreiches und gut durchgeführtes „Rahmenprogramm“ den Teilnehmern reichlich Gelegenheit das gesellschaftliche und kulturelle Leben, die Sehenswürdigkeiten seines Hafens, seiner Industriewerke, sowie nicht zuletzt die reizvolle Umgebung Hamburgs kennenzulernen in Fahrten, die sich von der Lüneburger Heide über die bekannten Badeorte der Nord- und Ostsee bis zur dänischen Inselwelt hin erstreckten.

MITTEILUNGEN

Entschliefungen des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt und -Land

Der Bezirksverein München-Stadt und -Land hat in der stark besuchten Versammlung vom 2. 6. 1954 einstimmig nachstehende Entschliefungen gefaßt und seinen Vorstand beauftragt, sie den genannten Gremien zuzuleiten:

An den Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages, Bonn, und Sozialpolitischen Ausschuß des Bundestages, Bonn, gleichlautend:

„Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt und -Land erhebt die ernstesten Bedenken gegen den derzeit schwebenden Gesetz-

TREUPEL

Codein. phosphoric., Phenacetin., Acid. ocetylosalicylic.

Analgeticum, Antipyreticum, Sedativum

Schmerzzustände aller Art
Erkältungskrankheiten
Fieberhafte Erkrunkungen

Tabletten zu 0,5 g	Suppositorien für Erwachsene	Suppositorien für Kinder	Suppositorien für Säuglinge
0. P. 10 Tabletten 0,5 g DM 1.10 n. U.	0. P. 5 Supp. für Erw. DM 1.50 n. U.	0. P. 5 Supp. für Kinder DM 1.15 n. U.	0. P. 5 Supp. für Säugl. DM 0.90 n. U.



Chemiewerk **HOMBURG** Aktiengesellschaft
Frankfurt/Main



entwurf zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, § 368 ff. der Reichsversicherungsordnung. Sie sieht in diesem Entwurf das Ende der ärztlichen Tätigkeit als dem eines freien Berufes, weil damit das Recht jedes Staatsbürgers auf Verhandlungsfreiheit für den Arztberuf durch eine Art Ausnahmegesetz weggenommen wird. Die Versammlung bittet um Überprüfung dieser grundsätzlichen Fragen, welche den Arztstand weitgehend zu beeinträchtigen vermögen.“

An Kassenärztliche Vereinigung Bayern, München, und Kassenärztliche Vereinigung des Bundesgebietes, Köln, gleichlautend:

„Die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt und -Land wehrt sich gegen die Entwicklung im Gesetzentwurf zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, § 368 ff. der RVO, wodurch dem Arzt das primitivste Recht des Staatsbürgers auf Verhandlungsfreiheit genommen wird. Sie bittet die oberen Stellen, sich energisch für die Klarstellung des Arztiums als eines freien Berufes einzusetzen.“

An die Landesärztekammer Bayern, München:

„Die Mitgliederversammlung fordert die Bayerische Landesärztekammer auf, sich in den für die gesamte Ärzteschaft folgenschweren Gesetzentwurf zur Änderung der § 368 ff. der Reichsversicherungsordnung stärker als bisher einzuschalten und die Eigenart der Arztstätigkeit als die eines freien Berufes energisch und konsequent zu vertreten.“

Ein Vorschlag

Nachstehend bringen wir einen „Vorschlag“ zur Veröffentlichung, der auf der Sitzung des Ärztlichen Bezirksvereins Fürth am 14. 4. 1954 einstimmig angenommen wurde. Die Schriftleitung

Von Beginn der Bayer. Ärzteversorgung an bestand die Anschauung, daß die Renten aus dieser Versicherung — im Gegensatz zur Beamtenpension — nicht die einzige Existenzgrundlage sein könne (weil die Beiträge zur Ärzteversorgung dazu viel zu niedrig sind), sondern daß ein erheblicher Anteil des Unterhalts der invaliden Ärzte aus Besitz stammen würde. Dieser Besitz ist durch die Währungsreform größtenteils illusorisch geworden (Anleihen, Lebensversicherungen u. a.), so daß wir alten Ärzte gezwungen sind, bis an unser seliges Ende zu arbeiten, wenn wir einen einigermaßen behaglichen Lebensstandard behaupten wollen. Denn die Zeitumstände (Steuern, Alter, Konkurrenz) erlauben nicht, neue Ersparnisse zu machen.

Nun kennt zwar die Ärzteversorgung — im Gegensatz zur Invaliden- und Angestelltenversicherung — den Begriff der Altersrente nicht, immerhin muß sie aber in ihrem Haushalts- oder Versicherungsplan ein bestimmtes Lebensjahr in Rechnung stellen, von dem ab mit einer Invalidität der Ärzte zu rechnen ist, etwa das 65. oder 70. Lebensjahr.

Nehmen wir als Beispiel das 65. Lebensjahr: Von da ab sollte also die Rente bezahlt werden. Da wir gezwungen sind, weit über dieses Alter hinaus zu arbeiten, hat daraus die Ärzteversorgung zweierlei Vorteile: einmal die weitergehenden Zahlungen aus dem Berufseinkommen und dann die eingesparten Renten. Wenn man überdenkt, daß Alter usw. unsere Einnahmen sinken läßt, so kommen wir zur Erkenntnis, daß auch ein noch so langes Arbeiten und Einzahlen niemals nach den jetzt gültigen Satzungen für eine auskömmliche Rente ausreichen können, wenn man von der Rente allein leben soll. Daher mache ich folgenden Vorschlag: Vom Ende des 65. Lebensjahres ab wird jedem noch berufstätigen Arzt die an sich fällige Rente als Einzahlung gutgeschrieben, so daß sich dadurch die spätere Rente, wenn auch nicht erheblich, so doch merklich und rascher erhöhen würde. Einen Verlust hat

die Ärzteversorgung bei diesem Verfahren nicht; denn ohne Währungsreform wären wir alle mit 65 in Pension gegangen, und die 7% des Berufseinkommens fließen ja sowieso weiter.

Vielleicht sind uns Alten und Verarmten auf diese Weise doch noch ein paar Jahre eines otium cum dignitate möglich.

Zur Durchführung des Vorschlages wäre folgende Änderung der Satzung der Bayer. Ärzteversorgung nötig: Dem § 23 ist eine Ziffer V mit folgendem Wortlaut anzufügen:

V. Jedem Arzt, der bei Vollendung des 65. Lebensjahres nicht berufsunfähig ist, wird jährlich das ihm an und für sich zustehende Ruhegeld als Einzahlung auf sein Konto gutgeschrieben.

Dr. Haussleiter, Zirndorf b. Fürth/Bay.

Abgabe von Arzneimitteln an Kranke durch deren behandelnde Ärzte

Die Bayerische Landesapothekerkammer sah sich leider schon mehrmals gezwungen, bei der Bayerischen Landesärztekammer Beschwerde gegen das Verhalten von Ärzten zu erheben, die unbefugt Arzneimittel unmittelbar an Kranke abgeben.

Die Ärzteschaft muß daher daran erinnert werden, daß dem Kranken die für sein Leiden notwendigen Heilmittel vom Arzt ordnungsgemäß zu verschreiben sind. Nur in Notfällen können Arzneimittel vom behandelnden Arzt auch ohne Inanspruchnahme des zur Abgabe von Arzneien allein berechtigten Apothekers verabreicht werden. Der Abgabe von Arzneimitteln, die den Ärzten als „Ärztemuster“ und „unverkäuflich“ übersandt werden, an bedürftige Kranke oder auch zur eigenen Erprobung des Mittels steht nichts im Wege. Selbstredend darf aber für die Abgabe solcher „Ärztemuster“ dem Kranken nichts berechnet werden.

Eine illegale Abgabe von Arzneimitteln ist auch dem Arzte bei Strafe verboten. Es steht zu erwarten, daß bei Fortdauer eines vom Recht abweichenden Verhaltens von Ärzten gegen diese gerichtliche Schritte seitens der von der illegalen Arzneimittelabgabe betroffenen Apotheker erfolgen. Deren Ergebnis könnte nicht zweifelhaft sein. Es würde das Ansehen der Gesamtärzteschaft in der Öffentlichkeit so erheblich schädigen, daß die ärztliche Berufsvertretung dann gezwungen wäre, auch ihrerseits gegen die verurteilten Ärzte Disziplinar- (Berufsgerichts-) verfahren einzuleiten. Sie glaubt aber erwarten zu dürfen, daß die notwendige Beachtung der gesetzlichen Vorschriften sowohl die Bayer. Landesapothekerkammer wie auch die Bayer. Landesärztekammer von solchen Maßnahmen entlasten wird.

Dr. Weiler

Bayerische Heilbäder

„Pro medico“ bringt der Bayer. Heilbäderverband e. V. in Bad Kissingen unter Mitwirkung des Balneologischen Instituts bei der Universität München und unter Förderung des Bayer. Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr eine kleine Broschüre heraus, in der in sehr übersichtlicher Zusammenfassung die bayerischen Heilbäder mit ihren klimatischen und balneologischen Besonderheiten zusammengestellt sind. Die Broschüre kann durch den Bayer. Heilbäderverband e. V., Bad Kissingen, kostenlos bezogen werden.

Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion

Nach Einberufung durch die Herren Bock, Marburg, Dahr, Göttingen, Schwalm, Mainz, und Zenker, Marburg, hat sich in Frankfurt/Main aus Vertretern der verschiedensten am Blutspendewesen interessierten ärztlichen Fachrichtungen die „Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion“ konstituiert. Zum vorläufigen Vorsitzenden wurde Herr Professor Schwalm, Mainz, und zum

Zur **Teer-**

Behandlung von
Ekzemen und Mykosen

Gehörgangsekzem

Dyshidrosis

Intertrigo

Analekzem

Pruritus

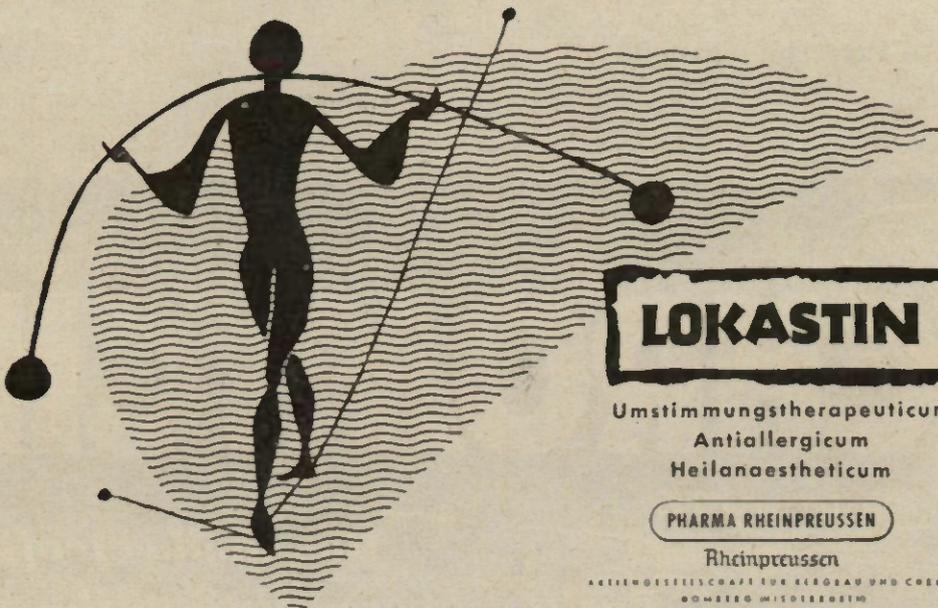
Epidermophytie

» **Cellichnol** «
Holzteerlinke



TAESCHNER & CO · CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE FABRIK · KIPPENBERG · BAYERN UND BERLIN W 15

Bei Föhneinwirkungen:



LOKASTIN

Umstimmungstherapeuticum
Antiallergicum
Heilanaestheticum

PHARMA RHEINPREUSSEN

Rheinpreussen

AKTIENGESELLSCHAFT FÜR ERZEUGNISSE UND CREMES
BOHMENSTRASSE 100 BERLIN

Aegrosan

Ferro-Calc. Sach.

**Appetitlosigkeit
Anaemien
Skrofulose
Rachitis
Kachexie**

JOHANN G. W. OFFERMANN u. SOHN
Berglath-Gladbach
Seit 1907



Pianos - Flügel
neue und gebrauchte
verkauft und vermietet
das führende Fachgeschäft

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstraße 28/1
Augsburg, Bahnhofstraße 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3



JOS. RODENSTOCK - Nachf. Opt. Wolff
MÜNCHEN 15 - BAYERSTR. 3

Roßre 6x30 u. 8x30
ab DM 130,-. Das
preisw. leistungs-
fähige Prismenglas
Prosp. Nr. 322 An-
sichtsend. Teilzahlg.

Hochglanz
Bohner-Wachs
mit CARNAUBA

Spitzenqualität, hohe Trittleistigkeit, sparsam!
Weiss, gelb, rotbraun; Eimer 2 kg DM 6,75;
5 kg DM 13,50; Flossig 5 Liter DM 11,75;
Franko Nachnahme, Muster gratis!
Chem. Fabrik Babers-Bad Bramstedt/Hotel 5

Gegen **Enuresis nocturna**

hat sich **HICOTON** als Spezifikum seit
Jahrzehnten bestens bewährt in allen
Apotheken erhältlich. Prospektu. Muster
kostenlos durch den Allein-Hersteller:
„MEDIKA“ Pharm. Präparate, (13b)
München 42

Mikroskope

der Firmen Zeiß - Leitz -
Winkel - Zeiß, auch gebraucht

Zeiß-Ölimmersionen

Optiker Leidig,

Nürnberg, Königstraße 25/27

Schilder, Stempel, Rahmen
auch für Sie mit Ihrem Namen.

Schilder-Wiederhold
Würzburg 1, Schließfach 71.
Unverbindl. Werbeschrift
anfordern.

**Anzeigenschluß für die
Juli-Ausgabe
am 9. 7. 1954**



Trockenrasieren ist eine Wohltat! Einen Apparat kaufen?
Nein, mieten auch Sie sich erst f. wöchentl. DM 1,50 d.
Robb/Braun-S 50 Diplomat 52 / Rasierer oder f. DM 2.-
wöch. Braun-300 Diplomat 54 / Punktal/Philips/Remington C.
Ohne Kaufzwang! Rückgabe od. Umtausch i. aud. Type
jederzeit! Proz. Anrechn. d. Miete, wenn spät. Kauf.
WOHLENBERG-Vertrieb, München 12, Fach 18. Dasselbst
s. fabrikenne Camping- (amerik. Daunen gefüllte) Schlaf-
säcke DM 75.- u. Dreiklang-Martinshorn, 6 V., DM 75.-.
Ansichtsmuster abfordern.

*Bitte, werfen Sie unsere demnächst an Sie
gehende*

Postwurfsendung

nicht ungelesen in den Papierkorb.

*Es handelt sich um den Vertrag zwischen
RKV und KVD.*

**Ärztliche Verrechnungsstelle e. V.
Gauting**

Ultox, ein wertvolles Therapeuticum bei den Indikationen:
Ulcus duodeni aut ventriculi, Gastritis.

ULTOX gilt als ein Heilmittel, welches — auf der Basis von
Wismutsalzen in Verbindung mit Frischpflanzenextrak-
ten aufgebaut — in der modernen Therapie eine her-
vorragende Stellung einnimmt. Zusammensetzung und
Wirkungsmechanismus bestimmen den überraschend
schnell eintretenden Heileffekt.

Die Ultox-Therapie steht im Vordergrund des Interesses.
Bitte fordern Sie Versuchsmengen an.

Borkent-Pharmazie, Bremen, Am Dobben 107, Postf. 515

Lederle

TETRACYCLIN-HCl

ACHROMYCIN

KAPSELN AMPULLEN SPERSOIDS

**Das unübertroffene
Breitspektrum-Antibiotikum**

ständigen Geschäftsführer Herr Professor Dahr, Göttingen, gewählt; dem vorläufigen Vorstand gehören weiter an die Herren Dozent Dr. Heim, Berlin, und Professor Dr. Schulten, Köln. Der Zweck der Gesellschaft ist unter anderem die Förderung einer Zusammenarbeit aller am Blutspendewesen interessierten Ärzte sowie die Vertretung der deutschen Belange auf den internationalen Transfusionskongressen.

Auf der konstituierenden Versammlung wurden bereits zwei Ausschüsse gewählt, die die Frage einheitlicher „Richtlinien für das Blutspendewesen in Deutschland“ bzw. „Vereinfachung und Normierung der Transfusionsgeräte“ bearbeiten sollen. Ferner wurde der Termin für die diesjährige Deutsche Transfusionstagung auf den 30./31. Oktober festgesetzt, die unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Bock, Marburg, in Bad Homburg stattfinden soll.

Es ist die Aufnahme ordentlicher und außerordentlicher (Nichtärzte) Mitglieder vorgesehen, ebenso eine individuelle und kollektive Mitgliedschaft. Interessenten für eine Mitgliedschaft wollen sich an den Unterzeichneten wenden.

Diejenigen Herren Kollegen, die als Mitglieder der Gesellschaft an dem diesjährigen vom 13. bis 19. September in Paris stattfindenden 5. Internationalen Kongreß für Bluttransfusion teilnehmen wollen, werden um Anmeldung bis spätestens 30. 7. 1954 an den Unterzeichneten gebeten.

Professor Dr. med. Peter Dahr, Göttingen,
Institut für Blutgruppenforschung

Ferien austausch von Arztkindern zwischen Deutschland und Frankreich

Die Vereinigung der Deutschen medizinischen Fach- und Standespresse hat mit dem Concours Médical in Paris die gegenseitige Mitteilung der Anschriften von Arztfamilien beschlossen, die ihre Kinder zu einem Ferienaufenthalt in Frankreich bzw. Deutschland austauschen wollen. Ein derartiges Austauschverhältnis besteht schon zwischen Frankreich und England, jedoch ist dort z. Z. noch wenig Bedarf nach deutschen Tauschplätzen. Die etwaigen Adressen werden vice versa in der Fachpresse veröffentlicht. Interessenten für England wenden sich an den ärztlichen Geschäftsführer des Präsidiums des Deutschen Ärztetages (Auslandsdienst) Dr. Röken, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32. Interessenten für Frankreich an die Vereinigung der Deutschen medizinischen Fach- und Standespresse, z. H. v. Dr. Walder, Bad Segeberg, Eutiner Straße 3. Von dort aus werden die Angebote an die angeschlossenen Zeitschriften zur Veröffentlichung weitergeleitet.

Kgl. Bayer. Militär-Sanitätsorden

Die Oberfinanzdirektion München benötigt zur Vorbereitung einer evtl. Wiedergewährung der einstigen Ordenszulage eine Liste, aus der hervorgeht, welche Träger des Bayerischen Militär-Sanitätsordens heute noch leben und wo sie wohnen. Die Ordensträger werden deshalb gebeten, ihre Anschrift umgehend an Dr. Karl Hannemann, München 2, Richard-Wagner-Straße 5, mitzuteilen.

Treffen schlesischer Ärzte in Frankfurt

Während des Bundestreffens der Schlesier in Frankfurt/M. treffen sich die schlesischen Ärzte am Samstag, den 17. Juli 1954, um 11 Uhr im Ärztehaus, Frankfurt/M., Hamburger Allee 12—14.

Herr Prof. Dr. Parade wird einen Vortrag aus seinem Arbeitsgebiet halten.

Anschließend gemeinsames Mittagessen im „Braustübl“ der Kongreßhalle im Messengelände, zwei Minuten vom Ärztehaus entfernt.

Prof. Dr. Reischauer, Dr. med. Knospe,
Essen Eßlingen

Studienfahrten deutscher Akademiker

Die Sommerreise führt vom 26. Juli bis 14. August mit Bahn, Schiff und Flugzeug nach Dänemark, Schweden, Finnland (Turku—Tampere—Helsinki) und Lappland (Rovaniemi—Pallastunturi—Pello—Tornio—Kemri).

Als letzte Studienfahrt dieses Jahres folgt dann vom 24. September bis 9. Oktober eine große Reise nach Algerien. Sie zeigt neben den römischen Altertümern von Djemila, Lambèse und Timgad die drei großen Oasen der Wüste Sahara: Biskra, Touggourt und Bou-Saada.

Programme, Auskunft und Anmeldung bei dem Leiter der Fahrten: Univ.-Prof. Dr. Artur Kutscher, München 33, Postfach 5.

Stand der Tollwut im Bundesgebiet

Wie aus den Statistischen Berichten der 22. Berichtswoche (23. 5. bis 29. 5. 54) des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden hervorgeht, wurden an Fällen von Tollwut sowie von Bißverletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere gemeldet:

Schleswig-Holstein 3, Hamburg 1, Niedersachsen 3, Nordrhein-Westfalen 27, Hessen 2.

Rindertuberkulose

Der Landesgesundheitsrat Bayerns hat sich in einer seiner letzten Sitzungen unter dem Vorsitz von Landtagsabgeordneten Dr. med. Rudolf Soening mit Fragen der Rindertuberkulosebekämpfung befaßt.

Veröffentlichungen und Angriffe einiger illustrierter Zeitungen veranlaßten das Gremium nach eingehenden Beratungen durch einen Fachausschuß zu einer offiziellen Stellungnahme in Form folgender Resolution: „In keinem Fall kann der Vorwurf eines Versäumnisses bei der Bekämpfung der Rindertuberkulose erhoben werden. Die nach dem zweiten Weltkrieg nach Eintritt geordneter Verhältnisse in Angriff genommene freiwillige, staatlich gelenkte Bekämpfung der Rindertuberkulose hat sich, nach anfänglicher Zurückhaltung der Bauernschaft, jetzt durch gute Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen ausgezeichnet eingepiekt. Beim Verkauf von ordnungsgemäß bearbeiteter Milch aus Molkereien besteht keine Ansteckungsgefahr. Dagegen wird vor dem Verkauf der Milch ab Hof gewarnt. Die Gefährdung der menschlichen Gesundheit durch Rindertuberkulose liegt lediglich im Genuß von Milch, die lebende Keime enthält. Solche Milch kommt nur dann durch Verkauf unter die Bevölkerung, wenn eine unsachgemäße Bearbeitung der Milch in Molkereien vorliegt. Es wird empfohlen, kleinere Molkereien

Störungsfreie Sommermonate

ALETE-FRÜHNÄHRUNG bifidus-fördernde, gesäuerte Zweidrittelmilch für den Säugling der ersten Lebensmonate

ALETEMILCH gebrauchsfertige, mit frischem Zitranensaft gesäuerte Vollmilch im Anschluß an Alete-Frühnahrung



rationell zu größeren Betrieben zusammenzufassen, die sich die neuesten Erhitzungsapparaturen leisten können. Eine baldige gesonderte Erfassung der Milch aus tuberkulosefreien Beständen und ihr Verkauf unter dieser Bezeichnung wird in größerem Maße als bisher gefordert. Der Landesgesundheitsrat empfiehlt eine Förderung des Bekämpfungsverfahrens mit allen nur verfügbaren Mitteln. Die Möglichkeit, eine Quelle der Tuberkulose beim Menschen zu verschließen, rechtfertigt den Einsatz der höchsten Mittel. Sie machen sich durch einen Rückgang der Krankenziffern letzten Endes auch bezahlt.“

Die Bekämpfung der Rindertuberkulose

In Beantwortung der von der Fraktion der Bayernpartei eingebrachten Interpellation, die sich auf die Bekämpfung der Rindertuberkulose bezog, teilte Innenminister Dr. Hoegner im Landtag mit, daß am 31. März 1954 in Bayern 110 543 Bestände mit 1 155 172 Tieren oder 26,7 Prozent der vorhandenen Rinderbestände dem staatlich gelenkten Verfahren angeschlossen waren. 37 695 Bestände mit 367 492 Tieren oder 9,1 Prozent der vorhandenen Bestände seien staatlich als tuberkulosefrei anerkannt. Unsere Landwirtschaft müsse den Vorsprung vieler europäischer Staaten, die bereits frei von der Rindertuberkulose seien, einholen, wozu der Einsatz erheblicher Mittel seitens der Landwirtschaft und des Staates unbedingt erforderlich sei. Im Haushaltsjahr 1954/55 konnten die Mittel für die Bekämpfung der Rindertuberkulose um 400 000 DM auf eine Million DM erhöht werden, wozu voraussichtlich etwa noch drei Millionen DM aus Bundesmitteln kommen. Der Minister warnte vor überstürzten Maßnahmen und wies die in der letzten Zeit über die Rindertuberkulose in der Presse erschienenen Artikel als teilweise entstellend und übertrieben zurück. (BLD Nr. 171/54.)

Der Kraftwagen des Arztes

Der Allgemeine Deutsche Automobil-Club, München 22, hat für seine Arztmitglieder alle mit der Haltung eines Kraftwagens verbundenen Steuerfragen in einer kleinen Schrift, „Der Kraftwagen des Arztes, ein steuerlicher Überblick“, zusammengefaßt. Die Hauptabschnitte dieses Heftchens befassen sich mit dem Kraftwagen als Betriebs- oder als Privatvermögen, mit der Aufteilung der betrieblichen und privaten Kosten und den Anschaffungskosten und Absetzung für Abnutzung. Der ADAC sah sich veranlaßt, die Ärzte besonders anzusprechen, weil deren „kaufmännische Fähigkeiten oft im umgekehrten Verhältnis zu ihren ärztlichen und menschlichen Qualitäten stehen“.

Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte, Hamburg

Die KVDA führt auf Vorschlag des Gauvorsitzenden des Gau 1 — Berlin, Herrn Professor Unverricht, in diesem Sommer im Juli/August ein Camping, verbunden mit Fortbildungsvorträgen für Ärzte und Zahnärzte, durch. Es sind zwei Lager vorgesehen; Lager 1 Ostseebad Burg auf Fehmarn, Lager 2 Kellerssee (Holsteinische Schweiz). Meldungen für das Camping werden möglichst umgehend erbeten an das Präsidium der KVDA, Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 183.

Internationale Union Ärztlicher Kraftfahrer-Verbände

Die Ärztliche Kraftfahrervereinigung Österreichs hat dem Bundeskanzleramt, Auswärtige Angelegenheiten, in Wien mitgeteilt, sie habe den Auftrag erhalten, den ersten Nachkriegskongreß der „Internationalen Union Ärztlicher Kraftfahrer-Verbände“ zu veranstalten.

Der Kongreß findet in der Zeit vom 8. bis 11. September 1954 mit dem Thema „Arzt und Verkehrssicherheit“ in Wien statt, wobei insbesondere die mit der ärztlichen Betreuung des Kraftfahrzeuglenkers zusammenhängenden

Fragen vor einem internationalen Forum diskutiert werden sollen.

Anfragen an: Sekretariat der Ärztlichen Kraftfahrervereinigung Österreichs, Wien I, Weihburggasse 10—12.

Elektroschock — auch gefährlich für den Arzt

Die Probleme, die die moderne Methode der Behandlung von Geisteskrankheiten durch Elektroschocks aufwirft, haben in letzter Zeit wiederholt die Gerichte beschäftigt. Das Oberlandesgericht Bremen hatte sich kürzlich mit der grundsätzlichen Frage zu befassen, ob der Arzt verpflichtet ist, einen Patienten darauf hinzuweisen, daß bei der Elektroschockbehandlung die Gefahr von Knochenbrüchen besteht.

Das Gericht hat die Auffassung vertreten, daß die Gefahr von Knochenbrüchen bei dieser Heilmethode nicht atypisch ist. Das bedeutet, daß der Arzt die Verpflichtung hat, einen Patienten auf diese Gefahr hinzuweisen und die Einwilligung des Patienten zur Elektroschockbehandlung einzuholen.

In einer städtischen Nervenklinik war ein Kassenpatient mit Elektroschocks behandelt worden. Bei dem letzten Elektroschock erlitt er einen Bruch des zwölften Brustwirbelkörpers. 6½ Monate mußte er im Gipsbett liegen, bis der Bruch ausgeheilt war. Zurück blieb eine Lähmung des rechten Beines, Darmstörungen und Herzbeschwerden. Da er für 100% erwerbsunfähig erklärt wurde, verlangte er von der Stadt, der das Krankenhaus gehörte, Schadenersatz und Schmerzensgeld. Das Gericht gab seiner Klage dem Grunde nach statt.

In seiner Entscheidung stellte das Gericht zunächst einmal fest, daß die Einweisung eines Kassenpatienten durch die Krankenkasse in ein Krankenhaus einen Vertrag begründet, auf Grund dessen der Kranke gegen den Inhaber des Krankenhauses einen unmittelbaren Anspruch auf sachgemäße ärztliche Behandlung erwirbt. Im Rahmen dieser ärztlichen Behandlung besteht die Pflicht, den Patienten auf Gefahren aufmerksam zu machen, die bei einer Operation oder einem sonstigen Eingriff für Leben und Gesundheit bestehen. Eine derartige Behandlung darf nicht ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt werden. Diese Aufklärungspflicht umfasse jedoch nur typische Gefahren. Nach dem Gutachten eines Sachverständigen, den das Bremer Gericht vernommen hatte, sollen jedoch bei Elektroschockbehandlungen in 7% aller Fälle Knochenbrüche auftreten. Angesichts dieses Prozentsatzes kam der Senat zu der Auffassung, daß Knochenbrüche eine typische Gefahr der Elektroschockbehandlung darstellen. Weil die Ärzte die erforderliche Aufklärung des Patienten unterlassen hätten, stehe nicht fest, ob der Kranke seine Einwilligung in die Elektroschockbehandlung erteilt hätte. Deshalb müsse die Vornahme der Elektroschockbehandlung als nicht rechtmäßig angesehen werden und der Patient habe daher einen Anspruch wegen „unerlaubter Handlung“ auf Schadensersatz. Die Stadt könne sich auch nicht mit dem Hinweis entlasten, sie habe die behandelnden Ärzte sorgfältig ausgewählt. Sie sei ihrer Aufsichtspflicht nicht nachgekommen, weil sie keine Anordnungen über die Aufklärungspflicht bei Elektroschockbehandlungen getroffen habe.

Dr. O. Gritschneider.

Das Bett kostet 40 000 DM

Im Finanz- und Haushaltsausschuß des Senats wurde mitgeteilt, daß, verteilt auf 15 Jahre, 315 Millionen DM für die drei Landesuniversitäten und die Technische Hochschule München zu Baumaßnahmen notwendig seien. Die chirurgische und die beiden medizinischen Kliniken am Stadtrand Münchens würden rund 100 Millionen DM kosten. Für den ersten Bauabschnitt sind 40 bis 50 Millionen erforderlich. Das Bett kommt durchschnittlich auf 40 000 DM zu stehen. (BLD Nr. 162/54)

Gelonida antineuralgica

Codem. phosphor. 0,01, Phenacetin, Acid. acetylosalic. aa 0,25

Bei Schmerzen aller Art, Erkältungskrankheiten, bei Kopfschmerzen, Grippe, akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Neuralgien und Neuritiden bewirkt die bewährte Zusammensetzung des Präparates (mit Codein) eine Potenzierung des Gesamteffektes in optimalem Ausmaß und zugleich die maximale Entgiftung. Durch die Gelonid-Form wird der Eintritt des therapeutischen Effektes stark beschleunigt und die Wirkungsintensität erhöht.

Das Arzneimittel mit der potenzierten Wirkung

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK AG BERLIN WERK MEMMINGEN

Reginerton

DRAGÉES

das
neuartige

UMSTIMMUNGS-THERAPEUTICUM

bei vegetativ - dystonisch - dysharmonalen Krankheitszuständen

DOLORGIET  BAD GODESBERG

Zusammensetzung:

1 Dragee enth.: Kheilin 0,005 g,
Chelidonin 0,001 g, Hypericin
0,002 g, Yohimbin nitr. 0,001 g,
Papaver 0,01 g, Hypophys. ce-
rebr. 0,02 g, molek. Verbdg.
von Diäthylbarbitursäure, Phen-
yl-dimethylpyrazol., 0,04 g,
Ca-Salz + Constituent. 0,0218 g.

*Preisniedrig
und sparsam!*

Klein-Packung Inh. 25
Dragees DM 1.55 o. U.

Zur Klarstellung

Gelegentlich der Beratung des Rundfunkrates des Bayerischen Rundfunks zum Bericht seines Richtlinienausschusses zur Absetzung der Sendung „Politik aus erster Hand“ am 21. 4. 1954 — Präsident Pigade — nahm ich als ältestes Mitglied des Rundfunkrates in unmißverständlicher Weise grundsätzlich Stellung zur Frage der Freiheit des Rundfunks.

Dabei ging ich von der in § 6 Abs. III Ziff. 2 des Rundfunkgesetzes niedergelegten Bestimmung aus, daß zu den Aufgaben des Rundfunkrates insbesondere auch die Beratung des Intendanten in allen Rundfunkfragen gehört. Demzufolge wäre in schwierigen Entscheidungsfällen, wie dem zur Debatte stehenden Vorgang der Zulassung oder Absetzung eines Vortrags von ungewöhnlicher Bedeutung, der Rundfunkrat beratend zu hören gewesen.

Einer Einflußnahme anderer, betriebsfremder Stellen auf die Sendungen des Rundfunks darf nach den Grundlinien des Rundfunkgesetzes keine entscheidende Wirkung zugestanden werden. Nicht lange Zeit vor dieser Aussprache hatte sich der Rundfunkrat gegen eine unberechtigte Beschneidung seiner Freiheit in einer innerpolitischen Angelegenheit ebenso eindeutig verwahrt.

Bei meinen Ausführungen, die ich lediglich als vom Bayerischen Senat in den Rundfunkrat delegiertes Mitglied dieses Gremiums machte, erinnerte ich daran, daß Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Bayerischen Rundfunks nach dem Wortlaut des derzeit geltenden Rundfunkgesetzes in keiner Weise, außer durch die allgemeinen für Presse und Rundfunk geltenden Gesetze, beeinträchtigt werden dürfen. Weder dem Landtag, noch der Regierung, noch sonstigen Stellen, außer dem Rundfunkrat, stehe eine solche Einflußnahme zu.

In diesem Zusammenhange erwähnte ich auch unmaßgebliche Versuche einer Beeinflussung der Entscheidung des Intendanten seitens Vertretungen von Emigrantengruppen, nichtdeutscher in Bayern lebender Staatsangehöriger. Diese Bezugnahme gab Anlaß zu der irrigen Meinung, daß von den aus anderen Ländern vertriebenen Deutschen die Rede gewesen sei. Zur Aufklärung dieses Mißverständnisses sehe ich mich auch an dieser Stelle veranlaßt. Auf Grund an mich gelangter Zuschriften, könnte der Anschein erweckt worden sein, daß ich von meiner bekannten positiven Einstellung zu den Sorgen und Bemühungen der vertriebenen Deutschen, insbesondere der unter ihnen befindlichen Ärzte, abgewichen wäre. Dies ist keineswegs der Fall, konnte aus meinen Darlegungen auch nicht ernstlich gefolgert werden.

Nach meinen eingehenden, durchaus klaren, nur der Sicherung der Freiheit des Bayerischen Rundfunks dienen-

den Ausführungen erfolgten keine weiteren Wortmeldungen. Der vom Richtlinienausschuß des Rundfunkrates vorgelegte Entwurf einer Stellungnahme wurde abschließend bei zwei Stimmenthaltungen vom Rundfunkrat zum Beschluß erhoben. Er lautet:

„Der Rundfunkrat bedauert die Vorgänge um die Absetzung der Sendung des Präsidenten der Jugoslawischen Nationalversammlung, zumal sie außenpolitische Komplikationen ausgelöst hat, die in keiner Weise beabsichtigt waren. Der Rundfunkrat stellt fest, daß die Entscheidung unter Zeitdruck erfolgte, die die Einschaltung der nach dem Rundfunkgesetz zuständigen Gremien des Rundfunks (Richtlinienausschuß, Rundfunkrat) nicht ermöglichte. Der Rundfunkrat weist darauf hin, daß die letzte Entscheidung und Verantwortung bei der Intendanz bzw. Chefredaktion des Rundfunks liegen muß.“

Senator Dr. Karl Weiler

PERSONALIA

Prof. Dr. Georg Hohmann wurde von der Vereinigung Schweizer Orthopäden zum „Correspondierenden Mitglied“ ernannt.

Ministerialrat a. D. und vorm. Bayer. Landesgewerbearzt Prof. Dr. Franz Koelsch wurde zum Honorarprofessor für Arbeitsmedizin an der Universität Erlangen ernannt.

O. Prof. Dr. Richard Wagner, Direktor der Physiol. Instituts München, wurde von der Österreichischen Akademie der Wissenschaften zum „Correspondierenden Mitglied“ ernannt.

Dr. med. Ludwig Zürn, Leiter der Anästhesieabteilung an der Chirurg. Univ.-Klinik in München, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie anlässlich ihrer diesjährigen Tagung in München zum Vorsitzenden für das Jahr 1955 gewählt.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Tagung der Bayer. Chirurgen-Vereinigung

Vom 23. bis 24. Juli 1954 findet in der Chirurgischen Klinik der Universität München, Nußbaumstraße 20, die 31. Tagung der Bayer. Chirurgen-Vereinigung statt unter dem Vorsitz von Prof. Dr. H. von Seemen.

Hauptvorträge: Wittek, Graz: Zur Gelenkchirurgie. Brunner, Zürich: Die Rundherde in der Lunge in ihrer praktischen Bedeutung.



Regenit
PHYTOTHERAPEUTICUM

bei allgemeinen und
wetterbedingten
neurovegetativen
Dystonien
wie z. B. bei Föhn

Q.P. Flasche
mit ca. 20g

CURTA & CO. GmbH. Frankfurt (Main) - Fechenheim

CURTA

Oberniedermayr, München: Fortschritte in der Kinderchirurgie.

Referate: Guleke, Wiesbaden: 50 Jahre Chirurgie. Singer, München: Pathologisch-anatomische Erkenntnisse aus den Fortschritten der Chirurgie. Tonutti, Gießen: Nebennierenrindenfunktion und unspezifisches Resistenzvermögen. Lob, Sandersbusch: Degenerative und chronisch entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule in ihren Beziehungen zum Symptomenbild des Rückenschmerzes. May, München: Wandlungen in der Behandlung der Urogenitaltuberkulose.

Allgäuer Tuberkulosefortbildungskurs

Am 23., 24. und 25. 7. 1954 findet in den Heilstätten Wangen, Isny, Überrauch, Scheidegg und Wasach der Allgäuer Tuberkulosefortbildungskurs statt unter Mitwirkung von:

Brügger, Wangen; Pflomm, Isny; Böhm, Überrauch; Heiland, Scheidegg; Piacenza, Wasach; Frau Rothmund, Friedrichshafen; Goßner, Augsburg; Roßbach, Friedrichshafen; Szymanski, Rosenharz; Schmid, Wangen; Rothmund, Wangen; Mutschler, Wangen; Hasche-Klünder, Wangen; Baumann, Wangen; Geseli, Wangen; Loofs, Wangen, und Ottenjann, Wangen.

Nähere Auskunft erteilt Professor Dr. Brügger, Wangen im Allgäu, Kinderheilstätte.

Fortbildungskurs über Fortschritte der praktischen Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete

Die Dermatologische Universitätsklinik München veranstaltet unter der Leitung von Prof. Dr. med. A. Marchionini in der Zeit vom 26. bis 31. 7. 1954 ihren zweiten Fortbildungskurs über Fortschritte der praktischen Dermatologie, Venerologie und verwandter Gebiete.

Programm: Borelli, München: 1. Zur Klinik und Therapie des Pruritus; 2. Die Bedeutung der Psychosomatik für die praktische Dermatologie. Brendler, München: Fortschritte der korrektiven Dermatologie (konservative und chirurgische Kosmetik). Gans, Frankfurt: Über Probleme in der Dermatologie-Venerologie. Götz, München: 1. Die Behandlung der Onychomykose mit einem antimykotisch wirksamen Keratolytikum (mit praktischer Demonstration); 2. Die Behandlung der Pilzkrankheiten der Haut und Haare. Jordan und Seipp, Münster: Formen und Nachweismethoden der Zeugungsunfähigkeit. Jordan und Ehring, Münster: Erfassung und Behandlung der Hauttuberkulose. Klumig, Hamburg: Über die therapeutische Anwendung von Hormonen bei Dermatosen. Marchionini und Nagemann, München: Methodik und Ergebnisse der Vitaminbehandlung in der Dermatologie. Marchionini und Röckl, München: Moderne Antibiotica in der dermatologischen Praxis. Nagemann, München: Diagnostik, Klinik und Therapie der Viruserkrankungen der Haut. Meinicke, München: 1. Die Bedeutung neuerer serologischer Verfahren für die Praxis der Luesdiagnostik; 2. Moderne Syphilisbehandlung. Miescher, Zürich: 1. Klinik und Wesen des Ekzems; 2. Behandlung des Ekzems. Röckl, München: Aetiologie und Therapie der unspezifischen Urethritis. Schirren, München: 1. Rönt-

gentherapie von Hautkrankheiten bei Anwendung von Weichstrahlgeräten; 2. Behandlung benignen und malignen Hauttumoren. Schuermann, Würzburg: 1. Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle; 2. Gefährliche bzw. tödliche Nebenwirkungen bei äußerer Anwendung von Arzneimitteln. Spier, München: Differentialdiagnose und Klinik der Epitheliome und atypischen Epithelwucherungen. Spier und Thies, München: Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. Sulzberger, New York: ACTH und Cortison: ihre Anwendung bei Hautkrankheiten. Wiedmann, Wien: Neuere Behandlungsmethoden in der Dermatologie.

Anmeldungen: Dr. med. C. G. Schirren, München 15, Dermatol. Universitätsklinik, Frauenlobstraße 9.

Kurs für Psychotherapie in Tübingen

In der Zeit vom 26. Juli bis 6. August 1954 findet unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. h. c. E. Kretschmer in der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen der 5. Kurs für Psychotherapie statt. Der Kurs dient der Einführung in die Neurosenlehre, medizinische Psychologie und die verschiedenen Methoden der Psychotherapie, wobei vor allem auf die Kurzverfahren Wert gelegt wird.

Anfragen: Prof. Dr. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenklinik.

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung

In der Zeit vom 2. bis 4. 8. 1954 findet unter dem Vorsitz ihres Präsidenten Prof. Dr. med. Bürger-Prinz, Hamburg, der 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung in Königstein/Taunus statt. Am ersten Tag wird das Thema „Sexualität und Prägung“ behandelt. Der zweite Tag ist für freiangemeldete Vorträge reserviert. Am dritten Tag werden „aktuelle Rechtsfragen“ behandelt. Besonderer Wert wird in diesem Jahr darauf gelegt, daß ein Gespräch zwischen den Gesellschaftsmitgliedern und den übrigen Kongreßteilnehmern geführt werden kann, wobei also zwischen den Einzelvorträgen und Referaten ein ausreichender zeitlicher Abstand gewahrt bleibt.

Die Teilnahme ist auf 100 Personen beschränkt. Kongreßgebühr für Mitglieder 30 DM, Besucher aus der DDR zahlen keine Kongreßgebühr.

Auskunft: Dr. Dr. H. Giese, Frankfurt a. M., Neue Mainzer Straße 30.

Deutsche Therapiewoche 1954

Vom 29. August bis 4. September 1954 findet in Karlsruhe die Deutsche Therapiewoche 1954 statt. Tagungsort: Staatstheater und Schauspielhaus am Festplatz. Ehrenpräsident: Prof. Dr. Schittenhelm, München-Rottach.

Festvortrag: Prof. Dr. Domagk, Wuppertal-Elberfeld: „Welche therapeutischen Maßnahmen, außer chirurgischen und strahlentherapeutischen, sind bei bösartigen Geschwülsten experimentell wissenschaftlich fundiert und versprechen Entwicklungsmöglichkeiten?“

Die einzelnen Themen sind:

Behandlungsmöglichkeiten beim Karzinom

Präsident: Prof. Dr. Domagk, Wuppertal-Elberfeld.

Referenten: Prof. Dr. Becker, Heidelberg; Prof. Dr. Konjetzov, Hamburg-Eppendorf; Prof. Dr. Büngeler, Kiel; Prof. Dr. Lettré, Heidelberg; Prof. Dr. H. Hoepke, Heidelberg; Prof. Dr. L. R. Groie, Freiburg/Brsg.



CEFAK
Kempten/Allg.

Cefangipect

Tropfen / Tabl. / Amp.
Angina pectoris und verwandte Zustände

Besondere therapeutische Themen

Präsident: Prof. Dr. Uhlenbruck, Köln.

Niehans'sche Zellulärtherapie

Referenten: Dr. med. Niehans, La Tour de Peilz/Schweiz; Prof. Dr. H. Leitré, Heidelberg; Prof. Dr. Rietschel, Herford.

Allgemeine therapeutische Themen

Referenten: Prof. Dr. H. W. Siemens, Leiden (Holland); Prof. Dr. Lüttge, Bamberg; Dr. med. H. Eisler, Karl-Marx-Stadt; Prof. Dr. M. Osawa, Tokio/Japan; Dr. med. Gerh. Jørgensen, Neumünster/Holst.; Doz. Dr. med. Meyer, Heidelberg; Dr. med. H. Walther, Pforzheim.

Osmotherapie

Präsident: Prof. Dr. M. Bürger, Leipzig.

Referenten: Prof. Dr. W. Tönnis, Köln-Lindenthal; Prof. Dr. Hirschmann, Tübingen; Prof. Dr. Schubert, Tübingen; Doz. Dr. Dr. F. Kienle, Karlsruhe; Prof. Dr. Köttgen, Mainz; Prof. Dr. Velhagen; Prof. Dr. F. Mainzer, Alexandria/Ägypten; Dr. med. Ries, Leipzig; Dr. med. Woratz, Leipzig.

Niehans'sche Zellulärtherapie, Filatow'sche Gewebetherapie,**Zajicek'sche Frischdrüsentherapie****Niehans'sche Zellulärtherapie**

Referenten: Prof. Dr. H. Hoepke, Heidelberg; Dr. med. Kuhn, Königstuhl b. Heidelberg; Prof. Dr. Hauhold, München; Dr. med. M. Kludas, Berlin; Prof. Dr. H. Kleinsorge, Jena; Prof. Dr. Sarre, Freiburg/Brsg.; Prof. Dr. Schmidt-Elmendorff, Düsseldorf; Dr. med. K. Sprado, Frankfurt/M.

Filatow'sche Gewebetherapie

Referenten: Dr. med. A. K. Schmauß, Rerlin; Dr. med. W. Häfs, Leipzig; Dr. med. Drechsler, Berlin.

Zajicek'sche Frischdrüsentherapie

Referenten: Dr. med. H. Meyer, Bad Tölz; Dr. med. Jakobovic, Manchester (England).

Therapie der akuten Leberdystrophie und der portalen Hypertension

Präsident: Prof. Dr. Kalk, Kassel.

I. Die akute Leberdystrophie und ihre Behandlung

Referenten: Prof. Dr. Wepler, Würzburg; Priv.-Doz. Dr. med. Hartmann, Göttingen; Prof. Dr. Kalk, Kassel; Prof. Dr. Dominici, Perugia (Italien).

II. Portale Hypertension

Referenten: Doz. Dr. med. Markoff, Chr. (Schweiz); Prof. Dr. K. E. Herlyn, Göttingen.

Physikalische Behandlungsmethoden

Präsident: Prof. Dr. v. Braunbehrens, Freiburg.

Referenten: Prof. Dr. E. Schliephake, Gießen; Priv.-Doz. Dr. med. K. Stuhlfauth, München; Prof. Dr. H. Lampert, Höxter/Weser; Dr. med. H. Nüchel, Hindelang/Bad Oberdorf; Dr. med. H. Mozer, Freiburg/Brsg.; Dr. med. habil. S. Koepfen, Wolfsburg.

Aktuelle naturheilkundliche Behandlungsmethoden

Referenten: Prof. Dr. W. Kollath, Freiburg/Brsg.; Dr. med. H. Malten, Baden-Baden; Dr. med. Heun, Herborn/Dillkreis; Dr. med. E. Meyer, Calmburg/Ts.

Behandlung von Anfallskrankheiten und Bewußlosigkeitszuständen

Präsident: Prof. Dr. Dr. Bodechtel, München.

Referenten: Prof. Dr. W. Knipping, Köln; Prof. Dr. Boemlinghaus, Prof. Dr. A. Heymer, Essen-Heidhausen; Prof. Dr. Tönnis, Köln-Lindenthal; Prof. Dr. Kolle, München; Prof. Dr. Sack, Krefeld; Prof. Dr. Parade, Neustadt/Weinstraße; Prof. Dr. Grafe, Würzburg; Prof. Dr. H. J. Sarre, Freiburg/Brsg.; Prof. Dr. Zülch.

Physikalische Behandlungsmethoden

Referenten: Doz. Dr. med. Dr. phil. U. Hinzelmann, Wiesbaden; Dr. med. C. U. Falk, Heilbronn; Dr. med. W. Czede, München; Prof. Dr. med. et phil. F. Holtz, Halle/Saale; Dr. med. Döhner, Höxter/Weser.

Therapie mit Antibiotika und Chemotherapeutika

Präsident: Prof. Dr. Vonknecht, Köln.

Referenten: Prof. Dr. Vonknecht, Köln; Prof. Dr. G. Henneberg, Berlin; Dr. med. P. Klein, Düsseldorf; Dr. med. K. Mulli und Dr. med. Pfenner, Hamburg; Dr. med. W. Schaid, Laisenheim über Kandernd/Baden; Priv.-Doz. Dr. med. et phil. nat. E. H. Graul, Marburg/Lahn; Dr. med. G. Polemann, Köln; Dr. med. Spitzky, Wien.

Allgemeine therapeutische Themen

Präsident: Dr. med. Scharpf, Stuttgart.

Referenten: Dr. med. M. Cremer, Tuttlingen; Prof. Dr. Storti, Mailand-Lodi (Italien); Dr. med. Brazel, Karlsruhe; Dr. med. O. Sprockhoff, Essen-West.

Akupunktur

Referenten: Dr. med. E. Schick, Stuttgart; Dr. med. E. W. Stiefvaler, Waldshut; Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Müller, Titisee (Schwarzwald); Dr. med. G. Bachmann, München.

Allgemeine therapeutische Themen

Referenten: Prof. Dr. Th. Spreter v. Kreudenstein, Kiel; Dr. med. J. Faust, Hannover-Kirchrode.

Weitere Themen werden noch bekanntgegeben.

Das genaue Programm der einzelnen Vorträge sowie Anmeldeformulare und Hinweise für die Kongreßbesucher wollen den „Ärztlichen Mitteilungen“ entnommen werden.

Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus

Die diesjährige Tagung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, Heidelberg, Dantestraße 7, findet vom Donnerstag, den 9., bis Samstag, den 11. September, in Grünwald bei München (Sportschule) statt. Frau Annemarie Grunewald, Eksjö, wird über die soziale Krankenhausfürsorge in Schweden, Frau Rosa Klug, Wien, über die soziale Krankenhausfürsorge in Österreich berichten. Professor Dr. Muthesius, Frankfurt, wird über die Bedeutung der Fürsorge für die Neuordnung der sozialen Hilfen sprechen und Dr. Hoske, Köln, ein Referat über Rehabilitation halten, dem sich vier Kurzreferate anschließen. Am Samstag, den 11. September, soll eine Führung durch die Tuberkulose-Heilstätte Gauting mit Besichtigung der Werkstätten stattfinden.

76. Tagung der Südwestdeutschen Dermatologenvereinigung

am 9./10. Oktober 1954 in Regensburg.

Hauptreferat: Götz, München: „Akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer.“

Festvortrag: Prof. Gut, Altrector der Universität Zürich: „Der Arzt im Menschen.“

Weitere Kurzvorträge und Krankendemonstrationen gehen aus dem Programm hervor, welches vom Tagungsleiter, Prof. Dr. C. F. Funk, Regensburg, angefordert werden kann.

KONGRESSKALENDER**INLAND****Juli**

17.—18. in Augsburg: 14. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Thema: Synthese in der praktischen Medizin. Anfragen an Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

23.—24. in München: 31. Tagung der Bayer. Chirurgen-Vereinigung in der Chirurgischen Klinik, Nußbaumstraße 20. Anfragen: Prof. Dr. H. v. Seemen, Städt. Chirurg. Krankenhaus München-Nord, Hohenzollernstraße 140.

26.—31. in München: II. Fortbildungskurs der Dermatologischen Universitätsklinik über Fortschritte der praktischen Dermatologie, Venerologie und verwandter Gebiete. Anmeldungen an Dr. C. G. Schirren, München 15, Dermatol. Univ.-Klinik, Frauenlobstraße 9.

30. 7.—1. August in Kiel: Deutsche Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. in Tübingen: Gesellschaft für Konstitutionsforschung.

August

2.—6. in Hamburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie.

23.—27. in Karlsruhe: Fortbildungskursus über prakt. Elektrokardiographie. Gesamthema „Funktionselektrokardiographie“. Anmeldungen an Sekretariat Chefarzt Dozent Dr. Dr. Kienle, II. Med. Klinik, Karlsruhe.

29.—4. 9. in Karlsruhe: Deutsche Therapiewoche 1954, verbunden mit der Deutschen Heilmittelausstellung. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Therapiewoche: Karlsruhe, Molkestraße 18.

Der Kaffee und das kranke Herz

*

Wenn der Arzt vor die Frage gestellt wird, ob er dem Herzkranken das Trinken von Bohnenkaffee erlauben oder verbieten soll, so wird es in den meisten Fällen nicht möglich sein, sofort eine grundsätzliche Entscheidung zu treffen. Wie umfangreiche experimentelle und klinische Untersuchungen ergeben haben, hängt aber die recht unterschiedliche Verträglichkeit von Kaffee nicht davon ab, ob jemand nun Bohnenkaffee oder einen Extrakt daraus, wie NESCAFE, bevorzugt. Denn NESCAFE ist nichts weiter als der Extrakt aus reinem Bohnenkaffee, der keinerlei chemische Zusätze enthält und sich daher in der Wirkung nicht anders äußert wie der Bohnenkaffee selbst. Allerdings sollte man beim NESCAFE darauf achten, die auf dem Etikett angegebene Dosierungsvorschrift einzuhalten und sich nicht durch die einfache Zubereitungsweise zu Überdosierungen verführen lassen.

Legt man die oft sich widersprechenden theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen zugrunde, so kommt man zwangsläufig zu dem Schluß, daß die gelegentlich aufgestellte Behauptung, Kaffeegenuß sei für Herzkranken schädlich, eine Verallgemeinerung von Einzelfällen darstellt — aber keine grundsätzliche Bedeutung hat.

Die bekannten Purinderivate Koffein, Theophyllin und Theobromin sind chemisch und pharmakologisch verwandte Substanzen, die schon seit langem auch therapeutisch Verwendung finden: sie wirken stimulierend auf Zentralnervensystem und Atmung, sie fördern die Diurese und erweitern die Coronargefäße, sie führen zu einer Steigerung der Herzaktion und des Minutenvolumens. Die Kenntnis der sehr komplexen Eigenschaften der Purinkörper und insbesondere des Koffein macht es verständlich, weshalb Herzkranken in so unterschiedlicher Weise auf Kaffee reagieren.

Was die Pulsfrequenz und den Blutdruck anbetrifft, so treten hier offenbar zwei antagonistische Eigenarten des Koffein miteinander in Konkurrenz: einmal bewirkt es infolge Erregung des Vagus Bradycardie und Blutdruckabfall, zum

anderen greift es über das Zentralnervensystem direkt am Herzmuskel an und führt zu Pulsbeschleunigung und vorübergehendem Blutdruckanstieg. Das gesunde menschliche Herz zeigt gewöhnlich keine auffällige Reaktion, weil die erwähnten antagonistischen Einflüsse des Koffein sich mehr oder weniger aufheben, so daß weder Blutdruck noch Puls in nennenswerter Weise verändert werden.

Die meisten Autoren stimmen darin überein, daß ein leistungsschwaches Herz auf Kaffee günstig anspricht, weil durch die koffeinbedingte Erweiterung der Coronargefäße dem Herzmuskel mehr Blut und damit mehr Sauerstoff zugeführt wird. Von manchen Seiten wird dem Koffein auch eine digitalisähnliche Wirkung auf den Herzmuskel zugeschrieben; sie zeigt sich am geschwächten Herzen in einer Zunahme des Minutenvolumens.

Wenn es aber bei schwerer Hypertonie oder bei fortgeschrittener Arteriosklerose ratsam erscheint, auch geringe Blutdruckschwankungen zu vermeiden, und wenn deshalb die Koffeinzufuhr gedrosselt werden soll, so besteht noch kein Grund, den Freunden des NESCAFE den Genuß einer aromatischen Tasse Kaffee völlig zu untersagen. Denn die NESTLE A.G. hat auch einen NESCAFE KOFFEINFREI auf den Markt gebracht, der nur aus Kaffeebohnen hergestellt wird, denen im grünen Zustand das Koffein bis zu einem Gehalt von unter 0,6% entzogen wurde, so daß NESCAFE KOFFEINFREI bei unverändert gutem aromatischem Geschmack praktisch kein Koffein enthält.

Die im ganzen doch beschränkte therapeutische Verwendbarkeit des Koffein hat andererseits den großen Vorzug, daß dieses Pharmakon in Form von Kaffee von den meisten Menschen über Jahrzehnte ohne gesundheitlichen Schaden vertragen wird. Gerade der Herzkranken wird es dankbar begrüßen, wenn der Arzt für seine kleine Liebe zum NESCAFE Verständnis zeigt und den sicherlich lohnenden Versuch unternimmt, den Kaffeegenuß — sei es mit NESCAFE oder NESCAFE KOFFEINFREI — mit in seinen Therapieplan einzubauen





Spasmo-Kranit^{Tabl. - Supp.}

Visceral-Antispasmodicum
Spasmen und Koliken an den
glottnuskelligen Bouchorgonen
KREWEL-WERKE, Eltorf b. Köln

September

- 1.—3. in Berlin: Gemeinsame Tagung der Deutschen Tuberkulosegesellschaft und des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose.
- 1.—3. in Würzburg: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Anfragen an Priv.-Dozent Dr. Becker, Neurolog. Univ.-Klinik, Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.
- 3.—8. in Wiesbaden: Kongress der Deutschen Röntgengesellschaft. Vorsitz Prof. Dr. H. Lossen. Anfragen an Dr. P. Kröcker, Röntgen-Radiumabteilung des Ev. Krankenhauses, Huysensstiftung, Essen.
- 9.—11. in Grünwald b. München, Sportschule: Tagung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus. Auskunft: Frau H. Landsberg, Heidelberg, Dantestraße 7.
- 12.—15. in Freiburg i. Br.: 98. Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte e. V. Anfragen an Prof. Dr. F. Mietzsch, Wuppertal-Elberfeld, Friedrich-Ebert-Straße 217.
- 19.—25. in Freudenstadt/Schwarzwald: 7. Kurs in Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, Mainz, Schulstraße 15.

Oktober

- 6.—9. in München: 30. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Präsidium Prof. Dr. R. Schroeder, Leipzig. Anfragen an das Sekretariat der Universitäts-Frauenklinik, Leipzig C 1, Phil.-Rosenthal-Straße 35.
- 9.—10. in Regensburg: Tagung der Südwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft. Anfragen an Prof. Dr. C. F. Fnnk, Hautabteilung am Allg. Krankenhaus, Regensburg, Greflinger Straße 4.

AUSLAND

Juli

- 2.—8. in Sao Paulo: 10. Internationaler Kongress für Oto-Rhino-Neuro-Ophthalmologie.
- 12.—22. in London: Internationaler Kongress für Altersforschung.
- 14.—16. in London: Symposium über „Aspects of Ageing“. Anfragen an CIBA Foundation, 41. Portland Place, London W 1.
- 19.—23. in London: 3. Kongress der International Association of Gerontology. Anfragen an Prof. Dr. R. E. Tunbridge, University of Leeds. Dept. of Medicine, General Infirmary, Leeds, Engl.
- 20.—24. in Basel: Internationale Tagung über Thrombose und Embolie. Anfragen an Dr. Merz, Universitätsfrauenklinik Basel.

- 21.—24. in Zürich: Internationaler Kongress für Psychotherapie. Anfragen an Sekretariat des Internationalen Kongresses für Psychotherapie 1954 in Zürich, Zürich 1, Theaterstraße 12.

- 23.—29. in Sao Paulo: 6. Internationaler Krebskongress. Anfragen an Dr. P. F. Denoix, 6. Avenue Marceau, Paris 8.

- 26.—31. in Genf: Internationaler Gynäkologenkongress. Auskunft: Dr. W. Geisendorf, Frauenklinik des Kantonhospitals, Genf.

August

- 25.—28. in Amsterdam: Internationaler Fotobiologischer Kongress (4. Internationaler Lichtkongress). Anfragen an Kongresssekretariat, Radiolog. Laboratorium, Amsterdam, Wilhelminagasthuis.

September

- 2.—4. in Evian (Frankreich): Congrès de la Lithiase Urinaire. Auskunft: Prof. Dr. A. C. Laroche, 16 rue Christophe Colomb, Paris 8.

- 2.—9. in Leyden: 8. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Zytologie. Anfragen an Prof. Dr. P. J. Gaillard, Universität Leiden (Holland).

- 5.—11. in Hall b. Innsbruck: International. Symposium für Psychiater, Psychologen und Theologen. Auskunft: Universitäts-Nervenlinik Innsbruck.

- 6.—10. in Rom: 3. Internationaler Poliomyelitiskongress. Auskunft durch Auslandsdienst des Präsidiums des Deutschen Arztes, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

- 6.—11. in Bern: 3. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Heilpädagogik. Anfragen an Dr. Berthold Stokois, Museum-flat, Weteringplansoen 2, Amsterdam C.

Wichtiger Hinweis

Es wird gebeten, in der Veröffentlichung „Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen, Verfahrensvorschriften und Richtlinien für die Annahme eines übergesetzlichen Notstandes“ in Heft Nr. 2 des Bayer. Ärzteblattes 1954, die nach der Überschrift „Zur Rechtslage“ folgenden Absätze 1 bis 5 einschl. durch den nachstehenden Text zu ersetzen:

Bekanntlich ist die Rechtslage grundsätzlich durch § 218 StGB bestimmt, der jede künstliche Unterbrechung einer Schwangerschaft unter Strafe stellt. Die seit dem 1. 10. 1953 geltende Fassung des § 218 hat folgenden Wortlaut:

„I. Eine Frau, die ihre Leibesfrucht abtötet oder die Abtötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis, in besonderen schweren Fällen mit Zuchthaus bestraft.

II. Der Versuch ist strafbar.

III. Wer sonst die Leibesfrucht einer Schwangeren abtötet, wird mit Zuchthaus, in minder schweren Fällen mit Gefängnis bestraft.

IV. Wer einer Schwangeren ein Mittel oder einen Gegenstand zur Abtötung der Leibesfrucht verschafft, wird mit Gefängnis, in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus, bestraft.“

Dr. Weiler

(Zum Ausschneiden und Einkleben auf S. 3 der Beilage zum Bayer. Ärzteblatt, Februar 1954.)



Rasches und subjektives Wohlbefinden
bei guter Heilungstendenz.
Ein Fortschritt in der Behandlung von
Ulcus ventriculi Ulcus duodeni
Gastritiden
Klinisch erprobt.

Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung

Klein-Packung mit
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

Zur Trocken- Behandlung: Aktiv-Puder

- 6.—11. in Bern: VI. Kongress der Internationalen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Organisation: Prof. Dr. M. Dubois, Inselspital, Bern.
- 6.—12. in Paris: 5. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Dr. I. Bernard, 66. rue d'Assas, Paris 6e.
- 6.—18. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kongressbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brahanter Straße 15.
- 8.—11. in Salzburg: 42. Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Anträge an: Prof. Dr. Ph. Erlacher, Direktor des Orthopädischen Spitals, Wien I, Neue Hofburg.
- 13.—17. in Den Haag: 6. Weltkongress der Internationalen Gesellschaft für Krüppelfürsorge.
- 12.—19. in Iglis b. Innsbruck: Herbstkurs des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Sitz München. Thema: Die Ganzheitsmedizin in den verschiedenen Spezialfächern. Auskunft: Prof. Dr. K. Saller, München, Richard-Wagner-Straße 10/1.
- 13.—18. in Amsterdam: Internationaler Ernährungskongress. Auskunft: Generalsekretariat Dr. J. J. Harris, Dunn Nutritional Laboratory, University Field Laboratories, Milton Road, Cambridge, England.
- 13.—19. in Neapel: Internationaler Kongress für Arbeitsmedizin. Anträge an Sekretariat Istituto di Medicina del Lavoro, Policlinico, Piazza Miraglia, Neapel.
- 13.—19. in Paris: V. Internationaler Kongress für Bluttransfusionsfragen. Anträge an den Generalsekretär des Congrès Internationale de Transfusion Sanguine, méd.-Col. Juillard, 57 Bv. D'Auteuil, Boulogne sur Seine.
- 13.—17. in Scheveningen — Den Haag: Internationaler Krüppelfürsorgekongress. Auskunft: Mr. H. P. Post, Pieter Lastmarkade 37, Amsterdam Z.
- 13.—20. in Rom: 14. Internationaler Kongress für Medizingeschichte.
- 13.—18. in Stockholm: 3. Tagung der Internationalen Gesellschaft für innere Medizin. Vorsitz: Prof. Dr. N. Svartz, Stockholm. Anträge an Prof. Dr. Fr. Kaulmann, Städtische Krankenanstalten Wiesbaden.
- 13.—21. in Gardone (Gardasee): Tagung des Internationalen Ärztinnenbundes. Anmeldungen an Frau Dr. Albrecht, Hamburg 20, Heiligw. 42.
- 23.—28. in Amsterdam: 1. Europäischer Kongress für Klinische Chemie. Anträge an Ir. O. Meulemans, Raaijelaan 17, Utrecht.
- 26.—2. 10. in Madrid: XIII. Internationale Konferenz der Union Internationale contre la Tuberculose. Anträge an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Geschäftsstelle Hannover, Sallstraße 41.
- 26.—2. 10. in Salzburg: Deutsche Orthopädische Gesellschaft.
- Oktober**
- 4.—8. in Barcelona: 3. Internationaler Kongress für Krankheiten des Thorax.

RUNDSCHAU

Krankenkassen wollen Arztrechnungen einsehen. Der Bayer. Rundfunk brachte folgende Nachricht: Als Voraussetzung für Verhandlungen über höhere Pauschalvergütungen für Kassenärzte fordern die Spitzenverbände der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen der Bundesrepublik, an der Rechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligt zu werden. Die Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände mit 13,6 Millionen Versicherten bezeichnet es am Freitag als unberechtigt, daß die Kassenärzte auf Grund der höheren Sätze der amtlichen Gebührenordnung automatisch von den Kassen eine neue Erhöhung ihrer Pauschalvergütung fordern.

Zahlen zum Hausarztproblem. Von 39 977 niedergelassenen Ärzten in Westdeutschland sind 26 421 Allgemeinpraktiker, 13 556 sind Fachärzte. In Hamburg entfielen im 4. Vierteljahr 1952 von 468 513 Behandlungsfällen bei den Angestelltenkrankenkassen 81 960 auf Fachärzte, das sind fast 50 % der Fälle. Nur 11 000 dieser Fälle sind vom Allgemeinpraktiker an den Facharzt überwiesen worden. Diese Zahlen sind besorgniserregend. Trotz des Rufs nach dem Hausarzt, der die Gesamtfamilie in ihrem Lebenskreis kennt, drängt die Entwicklung offenbar von ihm fort. Das Ideal bleibt aber der Hausarzt, d. h. der umfänglich ausgebildete Allgemeinpraktiker. (Med.Kl. 15/54)

Die Blutgruppen A₁ und A₂ wurden kürzlich vom IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes als absolut beweiskräftig in Vaterschaftsprozessen anerkannt. (M.M.Wo. 14/54)

Medikamentenverbrauch. Über den Verbrauch an Medikamenten hat eine große pharmazeutische Fabrik anlässlich eines Presseempfanges ausschlüssliche Zahlen bekanntgegeben. Von etwa 100 Herstellerfirmen wurden 1952 für 950 Mill. DM Waren produziert. Bei einem Absatz von 750 Mill. DM im Inland ergibt das auf den Kopf der westdeutschen Bevölkerung einen durchschnittlichen Jahresverbrauch von 15.— DM für Medikamente. (M.M.Wo. 17/54)

Kampf gegen den Arzneimittelmisbrauch. Gerade in der letzten Zeit ist sehr viel darüber geschrieben und gesprochen worden, daß die gesetzlichen Krankenkassen so enorm hohe Aufwendungen für die von ihren Mitgliedern verbrauchten Arzneimittel machen müssen. Einwandfreie Statistiken weisen nach, daß die Erhöhung der Kosten in diesem Umfange weder durch eine zunehmende Krankheitshäufigkeit noch durch das Ansteigen der Arzneimittelpreise bedingt wird. Der Grund kann daher nur in einem sinnwidrigen Draag, Arzneimittel verschrieben zu bekommen, gesehen werden. Die Krankenkassen versuchen, diesem Mißbrauch durch eine umfassende Aufklärung ihrer Mitglieder entgegenzuwirken; sie fordern daneben als gewissermaßen letztes Ausweg eine angemessene Beteiligung der Versicherten an den Kosten für Arzneien.

Die allgemeine Arzneimittelsucht wird stark gefördert durch die von der pharmazeutischen Industrie mit großem Aufwand betriebene Reklame. Die Krankenkassen fordern deshalb energisch ein Verbot der Laienwerbung. Aber auch den Gesundheitsbehörden bereitet diese Werbung große Sorgen, denn sie sehen ebenfalls in ihr einen wesentlichen Grund für die unangemessene Steigerung des Arzneimittelverbrauchs und der sich daraus ergebenden Gesundheitsschäden. Darüber hinaus birgt diese Reklame die große Gefahr in sich, daß Arzneimittel ohne Beitrag des Arztes, also unzweckmäßig, verwendet werden.

Die einzelnen Länderregierungen vertreten in dieser Frage keine einheitliche Auffassung; dies versetzt die Träger solcher Laienwerbun-

Bei Erschöpfungszuständen
VITAMIN-B-KOMPLEX

Dragees • „forte“-Dragees • Tropfen
Ampullenpräparate

Polybion

Literatur- und Musterabgabe:

E. MERCK AG • Abteilung München • (13b) MÜNCHEN 2, Alfonsstraße 1

gen in die Lage, die verschiedenen Regierungen gegeneinander anzuspielen. Aus diesem Grunde ist es zur Erreichung eines Erfolges dringend erforderlich, den Kampf gegen diese Werhungen einheitlich zu führen.

Die Bundesregierung hat diese Notwendigkeit erkannt und in einem Schreiben an den Bundesrat die Zuständigkeit des Bundesinnenministers für bestimmte Ausnahmegenehmigungen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens beansprucht, um die auf diesem Gebiete zur Zeit bestehende Rechtsunsicherheit, welche nicht länger zu verantworten ist, zu beseitigen.

Mit einer bundeseinheitlichen Regelung in der Frage der Laienwerbung wäre zweifellos ein großer Schritt zur Normalisierung der Verhältnisse erreicht; den Arzneimittelverbrauch wieder endgültig in vernünftige Bahnen zu lenken, wird aber erst möglich sein, wenn jeder einzelne Versicherte daran mithilft.

gpk

Orangen und Zitronen mit Antibiotika. Wie aus Veröffentlichungen in der Tagespresse hervorgeht, sind in der letzten Saison in Spanien Orangen und Zitronen mit Antibiotika konserviert worden. Die behandelten Früchte kamen gesund an ihrem Bestimmungsort an, die nicht behandelte Ware war dagegen zu 40% verdorben. Ferner hat eine Konservierungsfabrik in Vancouver Eisperlen mit Aureomycinzusatz (1/1 000 000) hergestellt zur Konservierung von Fleisch und Fisch. Auch gefrorenes Meerwasser mit Antibiotikazusatz soll gute Ergebnisse in der Konservierung gebracht haben. Diese Mitteilungen stimmen bedenklich; denn es ist zu befürchten, daß durch den Genuß solcher Lebensmittel eine Immunisierung körpereigener Bakterien gegen diese Antibiotika herbeigeführt werden könnte. (M. M. Wo. 9/54)

Säuglingspflegekurse für Männer. In Hamburg hat der Landesverband des DRK kostenlose Säuglingspflegekurse für Männer eingerichtet. Schon der erste Lehrgang wurde ein voller Erfolg.

(M. M. Wo. 16/54)

Sozialversicherte sind gute Kurgäste. Daß die Sozialversicherten auch in wirtschaftlicher Hinsicht von großer Bedeutung für die deutschen Heilbäder sind, beweisen Angaben, die die Landesversicherungsanstalt Hessen soeben veröffentlicht hat. Danach hatten 30 Prozent der in ein hessisches Heilbad geschickten Patienten ein Monatseinkommen zwischen 500 und 500 DM, während 20 Prozent sogar über 500 DM verdienten. Damit wird bestätigt, daß sich die meisten Versicherungsgäste in einer wirtschaftlich gesicherten Position befinden. Die LVA Hessen erklärte weiter, daß eine ganze Reihe der Patienten während der Dauer einer Kur für persönliche Dinge einen Betrag von 200 bis 500 DM ausgegeben hätte.

(DBV/DMI)

Zwischen der Sowjetzonenrepublik und der tschechoslowakischen Volksrepublik ist in Berlin ein Abkommen über das Gesundheitswesen unterzeichnet worden. Es sieht eine Zusammenarbeit auf allen Gebieten des Gesundheitswesens sowie einen ständigen Erfahrungsaustausch über die medizinische Wissenschaft und Forschung, Planung und Organisation im staatlichen Gesundheitswesen und seinen Einrichtungen vor.

Eisenhower fordert Verbesserung des US-Gesundheitswesens. In einem Programm, das Präsident Eisenhower dem Kongreß vorlegte, sind vorgesehen: Die Schaffung einer mit 25 Mill. Dollar ausgestatteten Rückversicherungsgesellschaft, die verbesserte Leistungen der privaten Versicherungsgesellschaften ermöglichen soll; die Umschulung von 666 000 Körperbehinderten in andere Berufe; die Intensivierung der staatlichen Forschungstätigkeit auf den Gebieten Krebs, Geisteskrankheiten, Herzleiden und Zahnkrankheiten; stärkere bundesstaatliche Beteiligung am Gesundheits- und Fürsorgewesen der einzelnen Staaten; Bau von Krankenhäusern, Sanatorien und Fürsorgeanstalten aus Bundesmitteln.

(Dtsch. Med. Journ. Nr. 3/4/1954)

Propagandasendungen für Ärzte in Amerika. Ein New Yorker Allgemeinpraktiker hat sich die Mühe gemacht, die Propagandasendungen zu zählen, die ihm im Laufe eines Jahres ins Haus gebracht wurden. Es waren 3305 Drucksachen, 2883 kamen von Firmen der pharmazeutischen Industrie. Von den empfohlenen Präparaten waren dem Arzt

50% unbekannt. An erster Stelle standen Herz- und Kreislaufmittel, dann folgten Antibiotika und Sulfonamide. — Wie bei uns, all das bezahlen die Kranken bzw. deren Kassen! (M. M. Wo. Nr. 10/54)

Australien. Binnen weniger Jahre wird voraussichtlich der Gesamtärztebedarf Australiens von den australischen Ausbildungsstätten selbst gedeckt werden. Jetzt schon nähert sich das Verhältnis Arzt: Einwohner der Zahl 1:800 in den dichtbevölkerten Gegenden, während z. B. 1:1200 vorläufig für Süd- und Westaustralien noch genügt. Nur das ohnehin schon mit Ärzten gesättigte Neusüdwales hat bisher ausländische Ärzte nichtbritischer Herkunft zu Studium und Praxis in nennenswerter Zahl zugelassen. Von 1948 bis 1952 waren es aber doch nur 55, in den übrigen Staaten zusammen sogar nur 23.

Wurde die jährliche Einwanderungsquote nach Kriegsende auf 200 000 Menschen festgesetzt, so ist sie jetzt auf 80 000 herabgesetzt worden, da sich aus der 1950 erreichten Höchstzahl von 175 000 Immigranten große Schwierigkeiten ergeben haben.

Zahlenmäßig kommt demnach der australische Kontinent samt Tasmanien als Auswanderungsland für Ärzte nicht in Betracht.

(Schweiz. Abl. 5/54)

Ärztliche Gruppenpraxis. Gesundheitsminister Macleod hat jetzt den kommunalen Exekutivräten mitgeteilt, daß er nach Konsultation mit dem Ausschuss der britischen Ärztevereinigung für die allgemeine ärztliche Versorgung beschlossen hat, jährlich eine Summe von 100 000 Pfund zur Förderung der ärztlichen Gruppenpraxis bereitzustellen. Dies war die Summe, die der Arbeitsausschuss der Ärztevereinigung empfohlen hatte.

Das Geld soll in Form zinsloser Darlehen zur Beschaffung von Praxisräumen verwandt werden, in denen eine Gruppe von meist drei bis sechs Ärzten arbeitet, nicht unbedingt als Geschäftspartner, aber zweifellos unter gemeinsamer Benutzung von Sekretärinnen und anderem Hilfspersonal. Die neuen Praxisräume können durch Umbau eines vorhandenen Gebäudes beschafft werden, das einem Mitglied der Arztgruppe gehört oder eigens für den Zweck gekauft wird, es kann aber auch ein neues Gebäude errichtet werden. Eine Gruppe von sechs Ärzten in der Grafschaft Berkshire hat eine solche neue gemeinsame Praxis in der letzten Nummer des Arztzeitungsbogenes „Lancel“ beschrieben.

Die anfängliche Begeisterung für „Gesundheitszentren“ hat sich un-zweifelhaft abgekühlt. Die hohen Einrichtungskosten für die kommunale Gesundheitsbehörde, die Abneigung der Ärzte, Praxisräume von einer solchen Behörde zu mieten, und auf jeden Fall das Gefühl, Gesundheitszentren würden sich ohnehin noch für absehbare Zeit nicht durchsetzen — all dies zusammen macht es wünschenswert, den anderen Plan der Gruppenpraxis zu fördern. Diese muß im wesentlichen als freiwilliger Zusammenschluß von Ärzten eines Gebiets beginnen, und wenn sie, wie die Gruppe in Berkshire, von sich aus die Initiative ergreifen und in einem von ihnen selber verwalteten gemeinsamen Haus arbeiten, so wird das viele der Einwände entkräften, die gegen den Gedanken der Gesundheitszentren in seiner ursprünglichen Form vorgebracht worden sind.

Das neue Haus in Berkshire hat annähernd 10 000 Pfund gekostet, allerdings einschließlich des Grundstücks und der ärztlichen Einrichtung, so daß die jetzt zur Verfügung gestellte Gesamtsumme von 100 000 Pfund nicht weit reichen wird, wenn sich auch das verfügbare Kapital durch Rückzahlungen langsam etwas vergrößert. Es wäre nicht glücklich, wenn finanzielle Hindernisse die wachsende Begeisterung für den Gedanken der Gruppenpraxis dämpfen. Mit finanzieller Hilfe in Form von Darlehen wird diese die Nation weit weniger kosten als von den Kommunalverwaltungen aufzubauende Gesundheitszentren.

(Engl. Rundschau Nr. 5/54 — The Times, 29. Januar 1954)

England. In den letzten 6 Jahren hat die Zahl der Ärzte in Großbritannien und Irland alljährlich um rund 1000 zugenommen. 1953 traf in England und Wales 1 Arzt auf 900, in Schottland 1 Arzt auf 600 Einwohner. In England und Wales stieg die Ärztezahle von 37 429 im Jahre 1959 auf 50 574 im Jahre 1952 an, was einer Zunahme von 35% entspricht, während es für Schottland sogar 50% ausmachte. Die „British Medical Association“ und die Dekane der Medizinschulen beginnen, sich mit dem Problem der Überfüllung zu beschäftigen. Die

ferro sanol

optimal resorbierbar

1 30
DM

30 Dragées

NEUROVEGETALIN

Bei neurovegetativen Störungen
bewährt und wirtschaftlich

VERLA PHARM · Apoth. H. J. v. Ehrlich · TUTZING/Obb.

B. M. A. hat dafür einen besonderen Ausschuß eingesetzt und möchte mit Vertretern des Gesundheitsministeriums eine Arbeitsgruppe zum eingehenden Studium der Frage bilden. Die Studenten werden darauf hingewiesen, daß sie voraussichtlich zunehmenden Schwierigkeiten in der Erlangung eines befriedigenden Arbeitsplatzes begegnen werden. (Schweiz. Xbl. 5/54)

Weibliches Sanitätskorps in der französischen Armee. Der französischen Armee wurde ein weibliches Sanitätskorps angegliedert, und zwar als Danereinrichtung. Erstmals wurden nun auch Frauen zu aktiven Sanitätsoffizieren ernannt. (M.M.Wo. 19/54)

AMTLICHES

Zurücknahme des Verbotes der ärztlichen Berufsausübung

Das gegen Dr. Otto Klich, Lichtenau, mit Bescheid der Regierung von Mittelfranken vom 1. 7. 1953 ausgesprochene Berufsverbot wurde nach Mitteilung der gleichen Regierung vom 15. Mai 1954 zurückgenommen.

Das gegen Dr. Max Koch, Möhrendorf, von der Regierung von Mittelfranken mit Bescheid vom 18. 2. 1951 ausgesprochene Berufsverbot wurde durch Bescheid der gleichen Regierung vom 21. 5. 1954 zurückgenommen.

International gültige Impfzeugnisse bei Pocken- und Choleraimpfungen

(Vgl. Bayer. Ärztebl. Nr. 1/1953 S. 12.)

Das Bundesministerium des Innern hat mit Schreiben vom 24. 5. 1954 Az.: 4206-04-338 I/54 über international gültige Impfzeugnisse mitgeteilt, daß die Welt-Gesundheits-Organisation die Regelung gebilligt hat, wonach Pocken- und Choleraschutzimpfungen im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland von jedem approbierten Arzt ausgeführt werden können und die darüber nach dem vorgeschriebenen Muster ausgefertigten Bescheinigungen als international gültig anerkannt werden, wenn der Unterschrift des Impfarztes das Siegel des Gesundheitsamtes beigelegt ist.

Dem Dienstsiegel des Gesundheitsamtes ist der Namenszug des Amtsarztes oder seines Stellvertreters beizusetzen.

Der letzte Absatz der Min. Entschließung v. 19. 12. 1952 Nr. III 8-5165 a 82 (veröffentl. StAnz. Nr. 1 v. 3. 1. 1953 und MABl. 1953 S. 10) hinsichtlich der Durchführung von Pockenschutzimpfungen wird demnach aufgehoben.

I. A. Platz, Ministerialdirektor

BUCHBESPRECHUNGEN

Praktische Geburtshilfe. Von Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Pedyrembel. 3. vollst. überarbeitete Aufl. 1953. Verlag W. de Gruyter & Cie., Berlin. 656 Seiten, 458 Abb., Ganzleinen DM 28,—.

Das in kurzer Zeit bereits in 5. Auflage erschienene Buch ist für die Medizinstudierenden, Hebammen, aber auch für den praktischen Arzt ein wichtiges in seiner Eigenart kaum erreichtes Hilfsmittel für das Studium wie als Nachschlagwerk. Die drucktechnische Anordnung des Werkes, eine übersichtliche einprägsame Darstellung, die zahlreichen den Text anschaulich ergänzenden Zeichnungen sind ausgezeichnet. Einer besonderen Empfehlung bedarf dieses Buch nicht. K-g.

Das Zulassungsrecht. Von Dr. Ferdinand Sievers. 2. Aufl., 1953. Ärzte-Verlag, Köln a. Rh., 102 S., brosch., DM 6,30.

Das geschätzte Buch von Dr. Ferd. Sievers, einem der besten Kenner des gesamten Arztrechtes, ist vor kurzem in 2., wesentliche Ergänzungen enthaltender Auflage erschienen. Es enthält den Wortlaut der Zulassungsordnungen der einzelnen Länder, grundsätzliche Entscheidungen der Berufungsausschüsse, Urteile von Verwaltungs- und Obergerichtsgerichten. Ein Kommentar zu den nicht klaren oder strittigen Punkten der Zulassungsordnungen erhöht den Wert des für jeden mit Zulassungsfragen befaßten Arztes kaum entbehrlichen Werkes. Im Hinblick auf die geplante Änderung des Zulassungswesens kommt den Änderungsvorschlägen des erfahrenen Verfassers besondere Bedeutung zu. K-g.

Was gibt es Neues in der Medizin? Von D. Brück, W. Ackermann, Chr. Scharfbillig. Band 4, 1952/53. 1396 S. Leinen, 19,— DM.

Das bestens eingeführte Werk liegt nun in seinem 4. Jahrgang vor, der eine Referatensammlung aus der ärztlichen Literatur des letzten Jahres umfaßt (aus über 80 deutschsprachigen Zeitschriften).

Das Werk soll keine vollständige Biographie sein, sondern will als Spiegelbild der medizinischen Presse alle Themen referieren, die im letzten Jahr behandelt wurden. Dem praktisch tätigen Arzt ermöglicht es einen raschen Überblick über jedes ihn interessierende aktuelle Thema und erleichtert ihm das eingehende Studium der einschlägigen Fragen durch genaue Hinweise auf die Behandlung des gleichen Themas in den vorausgehenden Jahrgängen. Die ausgezeichnete und streng objektive Behandlung der Referate aus einem riesigen Literaturmaterial und der erstaunlich billige Preis rechtfertigen die Beliebtheit, wie sie in den steigenden Auflageziffern zum Ausdruck kommt. Wa.

Statistisches Taschenbuch für Bayern 1954. Herausgegeben vom Bayerischen Statistischen Landesamt, 136 S., kart. mit Leinenrücken, Preis 3,80 DM.

Das Taschenbuch bringt wichtige Zahlen für die Praxis nach dem neuesten Stand über alle Gebiete des sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Lebens, es vergleicht, wo angängig, mit den entsprechenden Ergebnissen des Bundesgebiets und denen einzelner Bundesländer und enthält zahlreiche Angaben über die bayerischen Stadt- und Landkreise.

Eine Weltübersicht mit Globalzahlen über Bevölkerung der Erde, der Weltstädte und der wichtigsten Länder, über Ernteerträge, Viehbestände, tierische Produkte und industrielle Rohstoffe vervollständigen das Bild.

Um rasch eine Vorstellung von Stand und Entwicklung der verschiedenen Bereiche zu vermitteln, wurde, wie schon in früheren Ausgaben, besonderer Wert auf einführende Texte zu den einzelnen Abschnitten gelegt.

Mutterschutzgesetz und Frauenarbeitsrecht. Kommentar von Dr. Gustav Adolf Bulla (= Beck'sche Kommentare zum Arbeitsrecht, Band IV), 1954. Verlag C. H. Beck, München und Berlin, 837 S., Leinen 26,50 DM.

Das Frauenarbeitsrecht gehört zu den sozialpolitisch bedeutsamsten Gesetzesmaterien. Es besteht aus zahlreichen unübersichtlich und weit verstreuten Gesetzen, Verordnungen, Anordnungen, Bekanntmachungen und Erlassen über Arbeitsschutz, Betriebs- und Gefahrenschutz, Beschäftigungsverbote usw. und bietet bei der Auslegung und Anwendung erhebliche Schwierigkeiten. Alle wichtigen Vorschriften sind nun in dem neuen Kommentar von Prof. Bulla, einem hervorragenden Kenner des Arbeitsrechts, in übersichtlicher Ordnung zusammengefaßt worden. Die Bestimmungen über den gesetzlichen Mutterschutz für erwerbstätige Frauen und das Recht des Hausarbeitstages sind eingehend er-

Bei
RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig
wirkende Einreibung
50 ccm DM 1.25 o.U.



Uro-Med

schmerzstillendes
Harnantisepticum

MED

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

läutert. In dem Kommentar zum Mutterschutzgesetz wurden vor allem die Grundgedanken des Gesetzes und seine Beziehung zum allgemeinen Arbeitsvertragsrecht und zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (Wochenhilfe) klargestellt und alle Zweifelsfragen behandelt. Als Anhang dazu sind auch die internationalen Übereinkommen und Empfehlungen für einen gesetzlichen Mutterschutz aufgenommen worden. Der Kommentar zum Recht des Hausarbeitstages, das in fünf verschiedenen und in manchen umstrittenen Gesetzen enthalten ist, bietet eine kritische Darstellung der zahlreichen hier auftauchenden Probleme unter gerechter Abwägung der Interessen von Arbeitnehmerin und Arbeitgeber. Die zahlreichen übrigen Gesetze und Verordnungen zum Frauenarbeitsrecht sind teils im vollen Wortlaut abgedruckt, teils in ihrem wesentlichen Inhalt unter Angabe der Fundstellen wiedergegeben.

Taschenbuch der Vitamintherapie in der Frauenheilkunde. Von Prof. Dr. med. H. O. Kleine, Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart, 1953, 152 S., Leinen 8,— DM.

Nicht jedes Compendium kann für sich in Anspruch nehmen, dem praktisch tätigen Arzt und Facharzt ein so zuverlässiger Wegweiser zu sein, wie dies von dem „Taschenbuch der Vitamintherapie in der Frauenheilkunde“ von Prof. H. O. Kleine gesagt werden darf. Handlich in der Form, klar im Aufbau wie in der Herausstellung des Wesentlichen und ergiebig in seinen therapeutischen Hinweisen, ist das Büchlein vorzüglich geeignet, in die häufig recht vagen Vorstellungen von der Wirkung der Vitamine im Organismus übersichtliche Ordnung zu bringen und dem therapeutischen Handeln mehr Sicherheit zu geben.

Ein allgemeiner Teil befaßt sich in knapper Darstellung mit dem Wesen der Vitamine, ihren Beziehungen zu den Mineralstoffen und Hormonen und den Störungen, welche eine Vitaminverarmung im Körper bewirkt. Eingebender Betrachtung der einzelnen Vitamine, ihrem natürlichen Vorkommen und physiologischen Wirken und ihrer zweckmäßigen Verwendung, insbesondere bei zahlreichen Erkrankungen und Mangelzuständen des weiblichen Organismus, wendet sich der spezielle Teil zu. Wir empfinden dabei als wertvolle Hilfe die Angabe der gebräuchlichen Vitaminpräparate und ihrer Herstellerfirmen mit den entsprechenden Dosishinweisen. Schließlich rundet ein Kapitel über die jahreszeitlichen Schwankungen in der natürlichen Vitaminversorgung die Darlegungen des Verf. zu einem wohl gelungenen Ganzen ab. Man möchte das Büchlein in die Hand eines jeden Arztes wünschen!

Dr. Ries.

Nanga Parbat 1953. Von Dr. Karl M. Herrligkoffer, J. F. Lehmanns Verlag, München. 192 S. Text, 84 Abb., 9 Vierfarbtafeln, Ganzleinen DM 16.80.

Der Münchner Arzt Dr. Karl Herrligkoffer, der organisatorische Leiter der Expedition des Jahres 1953 zum Nanga Parbat, bat in diesem

schön ausgestatteten Buch einen eindrucksvollen Bericht gegeben. Bilder und Text zeigen die Schönheiten und Schwierigkeiten der erfolgreichen Fahrt auf. Jeder Bergsteiger, aber auch jeder Arzt wird mit Interesse von der kaum vorstellbaren Leistung von Hermann Buhl, dem Gipfelbewinger, lesen, der nicht nur ohne Sauerstoffgerät den 8125 m hohen Nanga Parbat besiegte, sondern auch in einer unerhörten psychischen und physischen Anstrengung, ohne Nahrung, ohne Biwak-ausrüstung, durch Pervitin und Cocatex Auftrieb erhaltend, an einem wackeligen Felsblock gelehnt, in einer Höhe von fast 8000 m ein Biwak überstand. Der Erfolg dieses Unternehmens ist dem Zusammenwirken aller Expeditionsteilnehmer und den Erfahrungen ihrer Vorgänger zu danken. Ein wissenschaftlicher Teil behandelt die biologischen Gefahrenmomente in derartigen Höhen. — Ein Überblick gibt Aufschluß über die Geschichte der vorangegangenen Angriffe auf diesen Bergriesen, bei denen so viele der besten deutschen Bergsteiger ihr Leben ließen.

Dr. Koerting.

„Was kann der Arzt bei der Einkommensteuer abziehen?“ Sonderdruck aus „Die Medizinische“, 70 S., Preis 3,90 DM. Bezug durch den Verfasser, Steuerinspektor Linden, Koblenz, in der Spitz 6.

Die Broschüre bringt in mehr als 260 Stichwörtern ein A-bc aller Betriebsausgaben, Werbungskosten, Sonderausgaben und Steuervergünstigungen, die für den Arzt in Betracht kommen. Jeder Arzt wird der leicht verständlichen Darstellung wertvolle Hinweise entnehmen können und bei der jetzt fälligen Steuererklärung die erforderlichen Anträge stellen.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Adolf Klinge GmbH, München 23.
Upha Chem.-Pharm. Präparate GmbH, Hamburg.
J. R. Geigy A.G., Basel, Pharma-Herstellung und Vertrieb für Deutschland: Dr. Karl Thomae GmbH, Biberach a. d. Riß.



„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königinstr. 23, Schriftleiter Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarusstraße 2-6, Telefon 6 31 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25/27, Telefon 25133. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 159 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 4, Theaterstr. 49. Tel. Sammel-Nr. 2 86 86, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

*) = Anzeige außerhalb der Verantwortung der Redaktion.

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