

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 1

München, Januar 1959

14. Jahrgang

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

Nachdem das Ergebnis der Wahl der Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer vom 13. Dezember 1958 vom Landeswahlleiter am 10. 1. 1959 im Bayer. Ärzteblatt bekanntgegeben war, wurden zum Samstag, den 17. Jan. 1959, fristgemäß die neuen Delegierten zur Wahl des 1. und 2. Vorsitzenden, des Vorstandes und der Ausschüsse eingeladen.

Im Plenarsaal des Landtags im Maximilianeum in München eröffnete Dr. Sewering 9.50 Uhr die Vollversammlung der Landesärztekammer mit der Begrüßung der Anwesenden und übergab Dr. Diem, als dem Alterspräsidenten, die weitere Leitung der Versammlung.

Nach namentlicher Feststellung der Präsenz, erfolgte die Wahl des Präsidenten. Von den 140 abgegebenen Stimmen entfielen auf

Dr. Hans-Joachim Sewering, Dachau,

93 Stimmen, der damit mit absoluter Mehrheit zum Präsidenten gewählt wurde. Auf den zweiten Kandidaten Dr. Ludwig Schmitt, München, entfielen 33 Stimmen, 14 Delegierte enthielten sich der Stimme. Mit dem Dank für das ihm entgegengebrachte Vertrauen erklärte sich Dr. Sewering zur Annahme der Wahl bereit und übernahm wieder den Vorsitz.

Als einziger Kandidat zum Vicepräsidenten wurde

Dr. Gustav Sondernann, Emskirchen,

vorgeschlagen, der mit 122 Stimmen, bei 17 Enthaltungen und 1 ungültigen Stimme gewählt wurde und die Wahl annahm.

Nach Art. 13 des Bayer. Ärztegesetzes gehören außer dem Präsidenten und dem Vicepräsidenten die ersten Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksvereine dem Vorstand an. Die weiteren 12 Mitglieder der Vorstandschaft wurden aus den anwesenden Delegierten gewählt, so daß der Vorstand außer dem 1. und 2. Präsidenten sich aus folgenden Mitgliedern zusammensetzt:

Dr. Walter Aurnhammer, Neuburg; Dr. Klaus Dehler, M.d.L., Nürnberg; Dr. Ludwig Diem, Marktbreit; Dr. Josef Dörfler, Griesbach/Rottal; Dr. David Forchheimer, Straubing; Senator Dr. Dr. Wolfram v. Gugel, Dürnhhausen; Dr. Hermann Haas, Nürnberg; Priv.-Dozent Dr. Theodor Hellbrügge, München; Dr. Bruno Hering, Bayreuth; Dr. Fritz Keller, Aschaffenburg; Dr. Eduard Kleeberger, München; Dr. Hans-Joachim Lössl, Landshut; Dr. Walther Meider, München; Dr. Armin Schleußner, Wunsiedel; Dr. Ludwig Schmitt, München; Prof. Dr. Albert

Schretzenmayr, Augsburg; Dr. Josef Seidl, Scheyern; Dr. Erwin Stetter, Amberg; Dr. Hermann Stuhlfelder, Altötting; Dr. Ferdinand v. Velasco, Regensburg; Dr. Friedrich Völlinger, Freising; Dr. Dr. Helmut Wendelstein, Ansbach; Priv.-Dozent Dr. Dietrich Vogt, München.

Kooptiert in den Vorstand wurden die Herren Drs. von Gugel, Völlinger und Kleeberger.

Die Ausschüsse wurden nach vorheriger Besprechung der einzelnen Bezirksverbände vorgeschlagen und von der Versammlung gebilligt:

Finanzausschuß:

Dr. Allwein, München; Dr. Blömer, Kelheim; Dr. Götz, Augsburg; Dr. Heisig, München; Dr. Peckert, Grafting.

Verwaltungsausschuß der Kindergeldkasse:

Dr. Allwein, München; Dr. Götz, Augsburg; Dr. Peckert, Grafting.

Hilfsausschuß:

Dr. Allwein, München; Dr. Doerfler, Weißenburg; Dr. Herrmann, Würzburg; Dr. Heß, Coburg; Dr. Kellner, Traunstein; Dr. Kling, Augsburg; Dr. Müller-Platz, Frontenhausen; Dr. Treutinger, Neumarkt.

Ausschuß für ärztliche Nachwuchsfragen und Studienreform:

Dr. Brentano-Hommeyer, München; Dr. Klaus Dehler, Nürnberg; Dr. Dr. v. Gugel, Dürnhhausen; Priv.-Dozent Dr. Hellbrügge, München; Dr. Kleeberger, München; Dr. Riffarth, München; Dr. Weinmann, Augsburg.

Ausschuß für angestellte Ärzte:

Dr. Klaus Dehler, Nürnberg; Priv.-Dozent Dr. Hellbrügge, München; Dr. Hickl, Rosenheim; Dr. Hockerts, Würzburg; Dr. Lins, München; Dr. Lössl, Landshut; Dr. Mühleisen, Amberg; Priv.-Dozent Dr. Vogt, München.

Fortbildungsausschuß:

Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg; Dr. Baluschek, München; Dr. Diem, Würzburg; Dr. Frick, Erlangen; Dr. Michel, Landshut; Dr. Mierlein, Olching; Dr. Puschmann, Lichtenfels; Dr. v. Velasco, Regensburg.

Die Wahl der Mitglieder für den Ausschuß „Krankenhäuserwesen“ und „praeventive Medizin“ wurde zurückgestellt bis zum Bayerischen Ärztetag, ebenso für die übrigen noch zu bezeichnenden Ausschüsse.

Als Ort für den nächsten Bayerischen Ärztetag wurde Bad Reichenhall und als Zeitpunkt der Monat September bestimmt.

Memorandum zur Notlage der Privatkliniken

Bei der Bezirksstelle München der KVB eingereicht von Dr. med. Heinz Breidenbach

Da im Zusammenhang mit dem neuen KV-Gesetz und den durch die Bundes-KV daraus gezogenen Folgerungen wie auch im Hinblick auf die bevorstehende Sozialreform eine Reihe von Problemen spruchreif geworden ist, die die Privatkliniken in ihrer Existenz bedrohen, in der ärztlichen Öffentlichkeit mit Erregung diskutiert werden und in Reihen der Privatklinikbesitzer erhebliche Unruhen hervorrufen, erscheint es angebracht, über die wichtigsten anstehenden Probleme, insbesondere im Hinblick auf die Verhältnisse in München, Stellung zu nehmen:

Es war zu allen Zeiten das Recht von Ärzten, Privatkliniken zur Ausübung ihrer ärztlichen Spezialbranche oder ihrer ärztlichen Lehrmeinung zu errichten, zu halten und zu führen. Speziell in München und in Bayern überhaupt haben Professoren der Fakultät und Spezialärzte hiervon immer wieder ausgiebig Gebrauch gemacht. Das Verdienst um die Betreuung der Kranken und um die medizinische Wissenschaft dieser Ärzte steht mit goldenen Lettern im Buch der Geschichte der Medizin. Ich erinnere nur an die Namen Tappeiner, Brünings, Lebsche, Herzog Carl-Theodor, Schlossers Augenklinik, Krecke, Vollrat usw.

Durch die Entwicklung zum Sozialstaat haben die meisten Privatkliniken von der rein privatärztlichen Linie abgehen müssen. Dies aber auch im Interesse der Kranken zum Teil gerne getan und deshalb vor allem nach dem 1. Weltkrieg kassenärztliche Tätigkeit mit aufgenommen. Unter den heutigen Verhältnissen können sich die ärztlichen Privatkrankeanstalten nur noch erhalten, wenn ihre Leiter als Vollkassenärzte anerkannt sind und über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen können. Es ist allgemein bekannt, daß die Differenz zwischen den Pflegesätzen und den wahren Selbstkosten einer Anstalt nur ausgeglichen werden kann durch große Teile des ärztlichen Honorars. Ein Fortbestehen dieser Anstalten auf die Dauer mit dem großen Verpflegungssatz ist mit Sicherheit unmöglich, da ja auch die staatlichen und städtischen Krankenhäuser mit diesem Verpflegungssatz nicht arbeiten können und riesige Defizite verursachen, die nur aus dem Steuersäckel ausgeglichen werden können. Neben den Privatkliniken in ärztlicher Hand ist auch zweifellos bei der derzeitigen Notlage die Fortexistenz derjenigen Anstalten, die in der Hand karitativer, konfessioneller und sonstiger Vereinigungen sich befinden, aufs äußerste gefährdet. Diese Situation ist allgemein bekannt und braucht nicht weiter erläutert zu werden. Die Hoffnung, daß durch staatliche Maßnahmen eine grundlegende Änderung der Sachlage eintreten wird, ist illusionistisch. Allein die Tatsache der wachsenden Defizite und der nicht ausgleichbaren Haushalte bei den Kommunen beweist, daß der bereits bestehende Mangel an Krankbetten in Großstädten in absehbarer Zeit nicht ausgeglichen werden kann. Ein Zusammenbruch der Krankenhäuser in privaten und karitativen Händen, und damit der Ausfall einer sehr beachtlichen Bettenzahl, speziell auch für RVO-Patienten, müßte eine Katastrophe der Krankenhausbetreuung auslösen (s. Geschäftsbericht der AOK München 1956).

Auf Grund des neuen Kassenarztrechtcs und der Folgerungen, die aus diesem Gesetz von der Bundes-KV und speziell von ihrem 2. Vorsitzenden, Herrn Dr. Biehl, gezogen werden, sind Bestrebungen im Gange, einen Kassenarzt, also auch einen Klinikbesitzer auf 25 stationäre Betten zu beschränken, für die allein er über die KV abrechnen dürfe; für mehr Betten soll er entweder nicht honoriert werden oder gar die Zulassung zu den Krankenkassen verlieren und auf den Vollpauschalsatz abgedrängt werden. Eine solche Maßnahme der KV würde eine ganze Reihe von ärztlichen Privatkliniken geradezu abwürgen. Ich darf hierbei auf eine Fachklinik auf dem Lande verweisen, die durch eine solche Maßnahme zweifellos zur Aufgabe ihres Betriebes gezwungen werden würde, und dazu noch entschädigungslos, da auch kein anderer Arzt unter diesen Umständen die Klinik weiter fortführen könnte. (Die Führung einer internen Klinik

mit 25 Betten ist eine wirtschaftliche Unmöglichkeit, was jeder Wirtschaftsprüfer bestätigen kann.) Eine solche Maßnahme kann von einem Privatklinikbesitzer keinesfalls hingenommen werden. Dabei wäre in einem Rechtsstaat völlig undenkbar, daß die KV obsiegen würde. Allein schon die Bundesverfassung widerspricht eindeutig solchen Bestrebungen, und auch der Bundesarbeitsminister dürfte kaum solchen Geschehnissen seine Hand geben. Eine Folge von äußerst unerquicklichen Prozessen und schweren Kämpfen innerhalb der Ärzteschaft wäre die unausbleibliche Folge solcher Maßnahmen. Darüber hinaus besteht keine Möglichkeit, das Arbeitsmaß eines Menschen zu normieren, solange eine freiheitliche demokratische Verfassung dies verbietet. Es wird dagegen eingewandt, daß Kassenärzte grundsätzlich ihre Tätigkeit selbst ausüben müssen, und zwar grundsätzlich zunächst ohne Assistenten. Diese Forderung ist so absurd, daß darüber an sich auf klinischem Sektor kein Wort zu verlieren wäre, da kein Klinikarzt ohne Assistenten auszukommen in der Lage ist, speziell nicht bei chirurgischen Eingriffen. Ebenso kann auch kein internes Krankenhaus wegen der Notwendigkeit der ständigen Betreuung, besonders bei Schwerstkranken, ohne Assistenten auskommen. Es sei hier nur an die strafrechtlichen Folgen erinnert, z. B. wenn bei Schwerkranken im Notfall kein Arzt erreichbar ist. Wer soll in einer solchen Klinik den Nachtdienst übernehmen? Die Idee, die Narkosen und Assistenzen durch niedergelassene Kassenärzte vornehmen zu lassen, wie das früher üblich war, scheitert am Fortschritt der technischen Entwicklung, die diese Tätigkeit erfordert. Die Narkose ist heute ein so bedeutungsvoller Eingriff, daß geschulte Kräfte hierfür unbedingt gefordert werden müssen. Daß der operierende Arzt diese Tätigkeit nicht selbst ausführen kann, liegt zwar allgemein auf der Hand, wird aber nach der Abrechnungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung nicht anerkannt, so daß eine Abrechnung dieser Leistungen (Assistenz und Narkose) dem Kassenarzt auch dann verwehrt ist, wenn er diese Leistungen durch hoch dotierte Hilfskräfte ausführen läßt. Eine Maßnahme, die im übrigen Berufsleben nirgendwo eine Parallele findet, da jeder Handwerksmeister die Arbeit seiner Gesellen und sonstigen Hilfskräfte verrechnen darf.

Es muß im übrigen darauf verwiesen werden, daß die Honorierung solch hochqualifizierter Leistungen wie Narkose oder Assistenz in Gebührenordnungen so niedrig bewertet wird, daß bei der körperlichen Anstrengung, der Verantwortung und dem Zeitaufwand sowie dem benötigten Können des Kassenarztes diese Leistung wegen des damit verbundenen Verdienstaufalles einem Kassenarzt gar nicht mehr zugemutet werden kann. Ärzte, die solche Leistungen noch erbringen, erhalten dafür nicht einmal ihre Unkosten und tun dies praktisch um Gotteslohn oder aus Gefälligkeit.

Als weitere Begründung der Maßnahmen wird erklärt, daß eine Beschränkung der Privatklinikärzte und ebenso der Kassenärzte an karitativen Krankenanstalten auf 25 Betten die Möglichkeit für die Unterbringung einer größeren Anzahl von Belegfachärzten ergeben würde. Es ist dabei zunächst zu bedenken, daß Belegärzte oft ohne Vertrag, wie z. B. in meinem Hause, Betten nach Möglichkeit erhalten, hier also können die Belegärzte nicht zum Betriebsdefizit herangezogen werden. Auch ist es die Meinung der Münchner Klinikbesitzer, daß den Herren Belegärzten ihr ja auch nicht mehr zeitgemäßes Honorar ungeschmälert zufließen müßte, da sonst ihre Existenzgefährdung eintreten würde. Die alten Privatklinikbesitzer in München haben deshalb auch vor einigen Jahren beschlossen, eine Zuzahlung für belegte oder gar unbelegte Betten nicht zu erheben. Auch die Privatklinikbesitzer stehen an sich auf dem Standpunkt, daß eine Forderung auf Ausgleichszahlung aus ihrem eigenen ärztlichen Honorar auf den reinen Wirtschaftsbetrieb der Anstalt de jure nicht anerkannt werden kann, wenn dies auch wegen der wirtschaftlichen Notlage der Kranken-

kassen und der stets ansteigenden Betriebsunkosten seit Jahrzehnten de facto geschieht. Bei Belegärzten mit Vertrag, den sogenannten Stationsbelegärzten, ist es in karitativen Anstalten üblich, daß diese Ärzte aus ihren Leistungen das Defizit wenigstens teilweise mittragen. Sie müssen das Risiko einer Nichtbelegung von Betten, die, wenn auch nur vorübergehend, den Verlust wesentlich erhöhen, mit übernehmen. Schon aus diesen Gründen können solche Abteilungen nicht zu klein bemessen sein. Es hat in München, wie auch in anderen Orten im Lande Bayern und in der Bundesrepublik, einmal auch Zeiten gegeben, in denen das Belegen der Betten in solchen Anstalten ein schweres Problem war und Belegärzten von der Klinikleitung Vorteile aller Art angeboten werden mußten, um die Ärzte an der Belegung zu interessieren. Der Zeitpunkt für ein solches Verhalten gegen die Belegärzte rückt in München durchaus wieder nah. Von einem Mangel an Belegarztbetten kann nur in Stoßzeiten gesprochen werden, sonst dürfte das Bettenangebot für Belegärzte, die sich einigermaßen in den Rahmen einer Belegartzkrankeanstalt fügen, heute mehr als ausreichend sein, so daß auch hier keinerlei Grund für Maßnahmen bestehen kann, die nur zum Untergang von Kliniken führen müßten. Wenn von einem generellen Bettenmangel in München gesprochen wird, so hat diese Tatsache mit dem Belegarztbettenmangel keinen Zusammenhang, vielmehr ist diese Tatsache nur zu erklären durch das ständige Ansteigen der Verweildauer in öffentlichen Krankenhäusern und die Tatsache der Pauschalhonorierung der Kassenärzte. Werden die frei praktizierenden praktischen Ärzte immer wieder darauf hingewiesen, daß die ärztliche Leistung bei Einweisung in öffentlich-rechtliche Krankenhäuser nicht aus dem Pauschaltopf bezahlt werden müsse? Dies ist auch der Grund, weshalb weite Kreise in der Kassenärztlichen Vereinigung die Klinikärzte und die in den Kliniken belegenden Fachärzte so gern auf den großen Verpflegungssatz abschieben möchten. Das ist eine Politik, die nur als äußerst kurzfristig betrachtet werden kann, da die Errechnung des Pauschales letzten Endes sich bestimmt aus den hochqualifizierten Leistungen der an einer Klinik arbeitenden Ärzte. Eine Herausnahme dieser hochqualifizierten Leistungen würde unzweifelhaft das Pauschale rapide herabsinken lassen, und die Praktiker würden hierdurch keine Mark zusätzlich gewinnen. Auch die Direktoren der Krankenkassen kennen den Stand der Dinge und sind gewiegte und kaltblütige Rechner. In allen Fällen, in denen Krankenhausärzte von der KV ausgeschlossen würden, würde das Kopfpauschale sofort gekürzt.

Als dritter Vorwurf gegen die privaten und karitativen Anstalten wird uns innerhalb der KV speziell in München das Bestehen von Ambulatorien in diesen Häusern angekreidet. Bei dieser Frage ist zu bedenken, daß dem Zuge der Zeit entsprechend Ambulatorien unbedingt erforderlich sind. Große Häuser, wie in München z. B. der III. Orden, das Rote Kreuz, die Barmherzigen Brüder, Martha-Maria oder auch die Privatklinik Dr. Rinecker und Dr. Müller mit ihrer überaus großen Bettenzahl, können ihren großen Apparat und Wirtschaftsbetrieb nur mit Ambulatorien aufrechterhalten. Wenn aber diese in Fortfall kommen würden, so bin ich restlos davon überzeugt, daß andere Ambulatorien derselben Art entstehen müßten, deren Leistungen in irgendeiner Form auch bezahlt werden würden, gleichgültig, wer die Träger solcher Anstalten sein sollten. Auch ist sicher, daß die Leistungen dieser Ambulatorien das Pauschale der KV beeinflussen werden. Es ist eine absolut kindliche Idee, zu glauben, daß die Leistungen dieser Ambulatorien durch frei praktizierende Ärzte erbracht werden könnten; dies ist schon deswegen nicht möglich, weil diese Ärzte nicht in der Lage sind, die teuren Apparaturen und Hilfskräfte zu halten. Würde also die KV Kassenärzten derartige Ambulatorien zu halten versagen, so würde sie die Führung dieser Institute von Kassen- auf Nichtkassenärzte verlagern und sich selbst des Einflusses auf Art und Umfang dieser Leistungen begeben. Auch würde den Krankenkassen selbst die Möglichkeit, solche Institute einzurichten, gegeben werden, da nach dem Kassenarzt-Vertrag die KV verpflichtet ist, für die ambulante Versorgung der Versicherten die Gewähr zu übernehmen. Dies kann die KV jedoch nur, wenn sie die nötigen Institute und Apparaturen selbst aufzuweisen hat. Ich gebe zu, daß eine Aus-

weitung der Ambulatorien ins uferlose im Interesse der frei praktizierenden Ärzteschaft durch die KV keineswegs geduldet werden kann. Hier die richtige Grenze zu finden, wäre die Sache vernünftiger gemeinschaftlicher Beratungen. Aus meinen eigenen Erfahrungen heraus verweise ich immer wieder die Klinikbesitzer auf die Schwere der Problematik und darum auf allzu hohe Bettenzahl und auf eine allzu weite Ausdehnung der Ambulanz zu verzichten. Inwieweit durch die Genehmigungspflicht von Assistenten durch die KV ein Riegel vorgeschoben werden kann, entzieht sich zur Zeit meiner Kenntnis. Ich möchte jedoch der Meinung sein, daß auf diesem Wege erträgliche Verhältnisse zu schaffen wären. Bei der Schwierigkeit der gesamten Standesproblematik ist aber auch auf jeden Fall vor einem überstürzten Abwürgen der Ambulatorien von Kassenärzten dringend zu warnen.

Es wäre somit lächerlich, wenn die Kassenärzte ihre Leistungen alle selbst ausführen müßten. Dies ist mit Ausnahme einiger weniger Praktiker nirgendwo mehr durchführbar. Der Internist pflegt im allgemeinen seine sehr umfangreichen Laborarbeiten nicht selbst zu machen, sie aber dennoch abzurechnen. Ebenso ist dies der Fall bei allen technischen Leistungen, bei Bestrahlungen, Bädern, Massagen, Anpassungen von orthopädischen Apparaten usw. Kaum ein Röntgenologe wird seine Röntgenaufnahmen, ja selbst seine Röntgenbestrahlungen selbst durchführen, auch er muß sich auf sein technisches Hilfspersonal verlassen. Sollten alle diese Ärzte wegen derartiger Maßnahmen aus der Kassenpraxis ausgeschlossen werden, welcher Kreis von Ärzten bleibt dann für die KV noch übrig?

Das Kardinalproblem all dieser Fragen bleibt bei der Vielgestaltigkeit der Krankenanstalten sowie auch der Ärzte immer die Honorierung nach Einzelleistungen. Die Pauschalabgeltung ist der Erisapfel, der in die Reihen der Kassenärzte geworfen wurde und der zu den ständigen Anfeindungen einer Gruppe gegen die andere führt. Selbst so lächerliche Probleme wie das Verteilen technischer Apparate unter einzelne Arztgruppen — wie oft das EKG und der Grundumsatz durch einen Röntgenarzt oder Internisten ausgeübt werden dürfen und ähnliche Haarspaltereien — entwürden nur unseren Stand. In Wirklichkeit ändert diese oder jene Maßnahme an der Unterbezahlung und dem langsamen Abgleiten der Ärzteschaft in standesunwürdige Verhältnisse nichts, vielmehr soll der Blick der ärztlichen Öffentlichkeit durch derartige Spiegelfechtereien vom Hauptproblem abgelenkt werden und die Ärzteschaft, durch Gruppenkampf beschäftigt, darüber getäuscht werden, daß es nicht gelingt, ordnungsgemäße Regelung der Honorierung zu erreichen. Dieser Weg ist für die gesamte Ärzteschaft wie auch für die KV verhängnisvoll; es müßte der Ärzteschaft klarwerden, daß durch Beschneidung der Rechte einer Gruppe bleibende Vorteile für eine andere Gruppe nicht erzielt werden können. Der berufspolitische Kampf führt aber zu gegenseitiger Feindschaft und zu einem Absinken auch des ethischen Niveaus der Ärzteschaft. Mit der Annahme des angeblich hippokratischen Eides hat die Ärzteschaft unter anderem erklärt, daß sie auch für die Ausbildung der Söhne von Lehrern freiwillig die Verantwortung übernehmen wolle. Dies scheint aber nicht zu bedeuten, daß die Söhne und Enkel von Kassenärzten etwa bevorzugt zur Kassenpraxis zuzulassen sind. Es erscheint mir daher dringend notwendig, daß die KVB meine Bestrebungen unterstützt und Abkömmlinge von Klinikbesitzern wie von jedem anderen Kassenarzt des Ortes bevorzugt zur Kassenpraxis zuläßt. Ich erinnere an den Fall der Privatpraxis Dr. Decker, wo der Sohn und Enkel eines Münchener Kassenarztes mit seiner Klinik in Existenzschwierigkeiten gebracht wird, weil ihm die Kassenzulassung verweigert wird. In vielen Vorträgen und Schriften habe ich darauf verwiesen, daß eine Privatklinik sich nur dann halten kann, wenn ihr Träger als Vollkassenarzt über die KV abrechnen kann. Wenn auch die freie Zulassung zu den Krankenkassen für alle Ärzte erstrebenswert sein mag, so bin ich doch nicht Phantast genug, um nicht einzusehen, daß dies unmöglich ist. Ich fordere auch keineswegs, daß Ärzte, die in Kenntnis der Sachlage neue Privatkliniken eröffnen, deswegen und zum Dank für ihre unternehmerische Initiative, bevorzugt zugelassen werden müßten. Anders ist dies jedoch bei altbestehenden Privatkliniken, bei denen die Verdienste

Ihrer „Lehrer“ anerkannt werden müßten. Bei solchen alten Privatkliniken, wie z. B. im Fall Dr. v. Weidenbach, der, als ärztlicher neuer Träger, finanzielle Opfer für Arzttwitwen und -waisen aus Berufsidealismus auf sich genommen hat, womit er dem hippokratischen Eid für seine Person entsprochen hat, muß dies Grund für Bevorzugung sein. Man hält mir entgegen, daß eine solche Bevorzugung nach dem Zulassungsgesetz nicht möglich sei. Ich bin aber der Meinung, daß Lücken in Gesetzen bei gutem Willen und einer so mächtigen Organisation wie die KV durch Gesetzesnovellen ausgefüllt werden können, und daß menschliche Notwendigkeit über Paragraphen zu stehen hat. Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg.

Im übrigen erfüllt mich als Landesvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankeanstalten in Bay-

ern das Abgleiten von immer mehr Privatkliniken in den Vollpauchsalsatz und damit das Herausbrechen aus der KV mehr und mehr mit Sorgen auch um alle übrigen Anstalten. Das ist das Ziel aller auf Sozialisierung bedachten Kräfte, auch bei den Krankenkassen, damit die letzten Einzelleistungen hochqualifizierter Ärzte in einem nebeilhaften Pauschale untergehen können. Wie die Klinikbesitzer, bedroht das Pauschalschicksal auch die Belegärzte und somit auch alle Fachärzte.

Dies ist der Weg der kalten Sozialisierung der Gesamtärzteschaft. Denn die Privatklinik in ärztlicher Hand ist ein letztes Bollwerk gegen diese Sozialisierungstendenzen.

Die Vorstände aller ärztlichen Organisationen sind deshalb mitverantwortlich für den Bestand aller unserer privaten und karitativen Anstalten.

Voraussetzungen zur Bezeichnung „Heilquelle“

Von Oberregierungs-Chemierat Dr. K.-E. Quentin, Balneologisches Institut bei der Universität München, chemische Abteilung

Der Heilquellen-Begriff hat zwar im Laufe der Jahrhunderte in Einzelheiten Wandlungen durchgemacht, ist aber in seiner grundlegenden Definition doch bis heute unverändert geblieben. Schon der Name „Heilquelle“ bringt dies zum Ausdruck. Sinngemäß sind medizinisch nachgewiesene krankheitshellende, -lindernde oder -verhütende (gesundungsfördernde) Eigenschaften seit jeher Hauptforderungen an ein derartiges Wasser gewesen. Nach den ärztlichen Erfahrungen treten diese Eigenschaften kaum bei den recht mineralarmen Trinkwässern, sondern in erster Linie durch die stärkere Gesamtmineralisation der Tiefenwässer bzw. erschlossenen Quellen oder auch durch bestimmte, besonders wirksame Einzelbestandteile auf. Aus diesen Feststellungen ergibt sich der enge Zusammenhang zwischen Medizin und Chemie bzw. zwischen Wirkung und Inhaltsstoffen der Wasser als unverrückbares balneologisches Fundament. Die Bäderwissenschaft war zu allen Zeiten bemüht, diese Zusammenhänge aufzuklären, und führt die früheren Untersuchungen nunmehr unter Einsatz moderner Forschungsmethoden fort.

Für die Schaffung einer gewissen Ordnung in der Einstufung der Quellen, für die Aufstellung von Beurteilungsgrundsätzen und nicht zuletzt für eine scharfe Abgrenzung der Heilquellen von anderen Wässern bieten sich demzufolge bestimmte Mindestmengen an Minderstoffen und bedeutsamen Einzelbestandteilen im Quellwasser an. Die Auswertung einer großen Anzahl von Quellen-Analysen in Verbindung mit den balneotherapeutischen Erfahrungen führte zur Festlegung sog. Grenzwerte und gleichzeitig zur Auswahl besonders wirksamer Quellenbestandteile. Inhaltsstoffe des Wassers und deren Menge sind also zwei wesentliche Voraussetzungen für die Prägung des Begriffes „Heilquelle“. Als Grenz- bzw. Mindestwert für den Gesamtmineralstoffgehalt gilt die Menge von 1 Gramm in einem Kilogramm Wasser, die ganz wesentlich über der Mineralstoffmenge der Trink- bzw. Oberflächenwässer liegt. Zu den als bedeutsam anerkannten Einzelbestandteilen rechnen Eisen mit mindestens 10 Milligramm, Arsen mit 0,7 Milligramm, Jod und zweiwertiger Schwefel mit 10 Milligramm, Radon (Radium-Emanation) mit 18 Nanocurie/Liter bzw. 50 Mache-Einheiten, Radium mit 10⁻⁷ Milligramm und Säuerlinge oder Sprudel mit 1 Gramm freier gelöster Kohlensäure. Zu erwähnen sind außerdem noch die „Thermen“ mit einer Quellentemperatur von über 20°C.

Sowohl die Liste der genannten Stoffe als auch der verlangte Mindestgehalt sind im Laufe der Jahre in baderwissenschaftlichen Ausschüssen unter Hinzuziehung entsprechender Fachleute überprüft und nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse abgeändert worden. Verschiedene andere, vorstehend nicht aufgezählte Stoffe, befinden sich derzeit noch im Stadium ihrer Überprüfung. Die vorgenannte Aufstellung entspricht dem Stande von 1958 und ist in den „Begriffsbestimmungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbrunnen“ des Deutschen Bäder-

verbandes und des Bundes Deutscher Verkehrsverbände enthalten. Neben Quellen, die einen erhöhten Mineralstoffgehalt oder einen der obigen Stoffe in ausreichender Menge besitzen, gibt es aber auch eine beträchtliche Anzahl von Quellen, die gleichzeitig mit mehreren Inhaltsstoffen diesen Heilquellen-Bedingungen entsprechen. Mineralarme kalte Quellen, die nicht die angegebenen Voraussetzungen erfüllen, müssen vor einer Einreihung in die Heilquellen auf längere Zeit durch exakte klinische Untersuchungen überprüft werden.

Die Bezeichnung „Heilquelle“ gründet sich also nicht auf eine allgemeine gute Meinung von einer Quelle, sondern auf spezielle naturwissenschaftliche und medizinische Begutachtungen, die sich auf bestimmte Mindestanforderungen beziehen. Der Heilquellenbegriff ist darüber hinaus aber auch gesetzlich verankert. So sieht z. B. das Bayer. Wassergesetz in seinem Artikel 20 eine Anerkennung als „Öffentlich benützte Heilquelle“ durch die Regierung vor. Für dieses Anerkennungsverfahren werden verständlicherweise die medizinischen und naturwissenschaftlichen Begutachtungen Voraussetzung und Grundlage sein. Hinzu kommt die einwandfreie technische Beschaffenheit der Quellenfassung. Schließlich müssen auch die hygienischen Anforderungen in gleicher Weise wie beim Trinkwasser erfüllt sein, gleichgültig, ob das Wasser nur zu Bädern oder auch für Trinkkuren verwendet wird. Die Folge einer derartigen Anerkennung ist ein staatlicher Schutz der wertvollen Heilquellensubstanz. Neben dem sanitären Schutzbezirk im engeren Quellenumkreis zur Verhütung einer Wasserverschmutzung wird ein weitergehender Heilquellenschutzbereich festgelegt, der sich nach den geologischen Gegebenheiten im Quellengebiet richtet. Verschiedentlich handelt es sich um gestaffelte Schutzzonen, in denen jeweils nur bestimmte Eingrabbtiefen gestattet sind. Hiedurch wird vermieden, daß durch erhebliche Geländeingriffe eine unerwünschte Änderung im Mineralstoff- bzw. Gasgehalt der Quelle, also ein Substanzverlust oder eine Verminderung der Ergebigkeit eintreten.

Alle diese geschilderten Voraussetzungen und Maßnahmen, angefangen von der umfassenden Begutachtung einer Quelle bis zu ihrer staatlichen Anerkennung sowie ihrem Schutz formen gemeinsam den sich immer mehr festigenden Qualitätsbegriff „Heilquelle“. Sie sollen letzten Endes optimale Kurbedingungen sowohl für den Arzt als auch für den kursorchenden Patienten gewährleisten.

Freies Wochenende

24./25. Januar

akuten Fällen, bei welchen die stationäre Aufnahme sofort erfolgen muß, wird also der Krankenhausarzt die vom frei praktizierenden Arzt eingewiesenen Fälle wohl im allgemeinen erst ambulant durchuntersuchen und sie dann erst stationär aufnehmen. Die Kassen werden als ambulante Leistungen in Rechnung gestellt; sie belasten also dann den pauschalierten Pflegesatz der stationären Behandlung nicht mehr. Ich möchte den Krankenhausträger sehen, der sich nicht begeistert auf solch eine Bestimmung stürzt und seinen Chefärzten im Nacken sitzt, damit auch bestimmt alles ambulant voruntersucht wird. Vielleicht sieht das BMA hier sogar einen Weg zur „Befriedigung“ der Krankenhausträger, die um keinen Preis der Welt einsehen wollen, daß die Unterhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe darstellt und ein Defizit genauso getragen werden muß wie bei einem Theater. Nachdem das „Maß des Notwendigen“ auch in Zukunft nicht überschritten werden darf, könnte im übrigen sehr bald die Frage auftauchen, ab bei Fällen, die voraussichtlich stationärer Behandlung bedürfen, vorherige fachärztliche Untersuchungen durch frei praktizierende Ärzte noch möglich sind oder derartige Fälle nicht stets von vorneherein dem Krankenhausarzt zu übergeben sind. Es muß nicht so kommen, aber die Möglichkeit steckt in den neuen Bestimmungen. Ich glaube, daß sie wenig geeignet sind, doch derzeit normale Verhältnis frei praktizierende Ärzte — hauptamtliche Krankenhausärzte günstig zu beeinflussen.

Die Vergütung der kassenärztlichen Leistungen soll in Zukunft durch die Kasse erfolgen, und zwar noch Einzelleistungen einer vom Bundesminister für Arbeit mit Zustimmung des Bundesrates und noch Beratung mit den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zu erlassenden Gebührenordnung. Der bisherige Modus, wonach Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen eine Gesamtvergütung vereinbarten, die die letzteren dann in eigener Zuständigkeit und Selbstverwaltung verteilen, fiel damit weg. Die Ärzte müssen sich die Zahlung des Versicherten (Inanspruchnahmegebühr) anrechnen lassen. Wie schon vorher dargestellt, bringt der Versicherte bei Beginn einer Behandlung eine Mitgliedsbescheinigung, die für 6 Wochen Gültigkeit hat. Der Arzt trägt seine Leistungen in doppelter Ausfertigung ein, berechnet deren Geldwert nach der Sondergebührenordnung für die Kassenpraxis, welche das BMA erlassen hat, und berechnet außerdem die Höhe der Selbstbeteiligung des Versicherten. Ein Exemplar

schickt er dann an die KV, welche eine Prüfung vornimmt und die Rechnung dann an die Kasse weiterleitet. Diese bezahlt den Betrag (abzüglich der Inanspruchnahmegebühr) über die KV an den Arzt. Das zweite Exemplar genau so ausgefüllt wie das erste — schickt der Arzt an den Versicherten. Dieser muß die Inanspruchnahmegebühr an den Arzt bezahlen und spielt wohl gleichzeitig so eine Art Kontrollorgan des Arztes, weil er ja anhand der Eintragungen sieht, für welche Leistungen Honorar gefordert wird. Bezahlte der Versicherte die Inanspruchnahmegebühr innerhalb einer gewissen Frist nicht an den Arzt, so übergibt dieser die Forderung an die KV, welche dann den Betrag durch Zwangsbeitreibung hereinzubringen hat. Die geschäftsleitenden Angestellten der KV können zu diesem Zwecke als Vollstreckungsbeamte, sonstige Angestellte als Vollziehungsbeamte bestellt werden. Wie sinnvoll und einfach das Ganze sein wird, möchte ich an einem Beispiel zu zeigen versuchen. Versicherte der ärmeren Gruppe kommt zum Arzt. Es folgen 4 Leistungen an, die Selbstbeteiligung beträgt also $4 \times 0,75$ DM, somit 3.— DM. Die Rechnung schickt der Arzt an die KV, Durchschrift der Abrechnung in verschlossenem Brief an den Versicherten mit der Aufforderung, die 3.— DM zu schicken (20 Pf Portol). Wenn der Arzt Glück hat, bekommt er die 3.— DM. Er bucht den Betrag sorgfältig in seinem Einnahmeprotokoll, weil er ja Steuer zahlen muß, und streicht ihn in irgendeinem Rechnungsbuch, denn er muß sich ja schließlich die Menge der kleinen Rechnungsbeträge irgendwie vermerken. Zahlt der Versicherte nicht, was ja schon wegen der Kleinheit der Beträge häufig vergessen wird, so schickt der Arzt die Forderung an die KV. Diese setzt ihren Verwaltungsapparat in Bewegung, um die 3.— DM einzutreiben. Mag durchaus sein, daß auch die Kassen, welche den Betrag zwangsläufig wesentlich übersteigen, dem säumigen Versicherten aufgebremst werden können — soll das sinnvoll und vernünftig sein? Dem Arzt jedenfalls zahlt sicher niemand die ins Ungemessene steigende Mehrbelastung mit Verwaltungsarbeit, Schreibkram und Unkosten. Hält man ein solches System wirklich für durchführbar und vor allem für einen Fortschritt gegenüber dem derzeitigen Zustand? Als Mann der Praxis und Kassenarzt stehen einem die Haare zu Berg, und man denkt mit Schaudern an die Dinge, die da kommen sollen.

Die Prüfung der Rechnungen wird zuerst von der KV vorgenommen, und die Kasse hat zunächst die sich ergebende Vergütung zu be-

zahlen. Ist die Kasse aber der Auffassung, daß die vom Arzt vorgenommene Leistung nicht erforderlich war, so kann sie einen Prüfungsausschuß anrufen, der gemeinsam von Ärzten und Krankenkassen zu bilden ist. (§ 390 Abs. 3 besagt: „Der Kassenarzt darf Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges oder die Erkennung der Krankheit oder zur Abwendung einer Krankheit nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen. Weicht er von den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen über wirtschaftliche Verordnungsweise ab, so hat er die Abweichung auf Verlangen zu begründen.“)

Aus dieser Bestimmung ergibt sich zwangsläufig, daß auch die Kassen jede einzelne Rechnung des Arztes zu prüfen haben, denn ohne eine solche Prüfung können sie ja niemals diejenigen Fälle ermitteln, in welchen nach ihrer Auffassung der Arzt gegen den § 390 Abs. 3 verstoßen haben soll. Also: Erste Prüfung durch die KV, zweite Prüfung durch die Kasse. Nachdem diese sporen will und die für die Prüfung eingesetzten Kassenbeamten ja schließlich ihre Existenzberechtigung beweisen müssen, in sicher zahlreichen Fällen dritte Prüfung durch den gemeinsamen Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen.

Beratungsärzte: Bisher hießen sie ganz schlicht Vertrauensärzte. Ihre Aufgabe soll offenbar erheblich ausgeweitet werden. Der Entwurf besagt in § 398 Abs. 1 etwas umschrieben nichts anderes, als daß der Beratungsarzt den arbeitsunfähig geschriebenen Kranken noch untersuchen muß, bevor er Krankengeld erhält. Ich erinnere an die Bestimmung, wonach die Arbeitsunfähigkeitsmeldung dem Beratungsarzt innerhalb 48 Stunden vorgelegt werden muß. In Abs. 2 erhält der Beratungsarzt eine neue Aufgabe: Er soll die Kasse bei der Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung beraten (Vorsorgeuntersuchungen, Vorsorgekuren, Schutzimpfungen). Den Abs. 3 liest man mehrfach und weiß sich trotzdem keinen rechten Vers darauf zu machen: „Zur Prüfung und Förderung der Diagnose unterstützt der ärztliche Beratungsdienst die Kassenärzte auf deren Antrag.“ Was soll das heißen? Sollen für den beratungsärztlichen Dienst diagnostische Institute eingerichtet werden, die dem ratlosen Kassenarzt (natürlich nur auf seinen Antrag) eine Diagnose ins Haus liefern? Man denkt unwillkürlich wieder an die Bestimmung, wonach es den Kassen möglich ist, ihre Eigeneinrichtungen nach Zahl und Umfang zu vermehren, wenn „eine Vermehrung erforderlich

VICOL Wohlgeschmeckende Multivitamin-Tropfen für Kleinstkinder, Kinder und Erwachsene.
(Hydrosol-Polyvitamin)

Wichtig zur Erhöhung der Resistenz besonders während der sonnenarmen Jahreszeit.
Zum Schutz und zur Vorbeugung gegen Krankheiten.

Enthält: Vitamin A — Vitamin D₂ — Die Vitamine B₁ — B₂ — B₆ — B₁₂ — Vitamin C — Nikotinsäureamid — Panthenol — in den RICHTIGEN Mengenverhältnissen.

Artikel Nr. 17000
Flasche mit Pipette à 15 ccm DM 6.05 0U

YARON München 2, Weinstraße 9, Tel. 2 43 56



ist, weil anders die ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wäre". Hier bieten sich ungeahnte Möglichkeiten an.

Als Träger des ärztlichen Beratungsdienstes ist für jedes Land eine Anstalt des öffentlichen Rechts vorgesehen, die von einem Vorstand verwaltet wird, in welchen die Landesverbände jeder Kassenart je zwei, die kassenärztliche und die kassenzahnärztliche Vereinigung des Landes insgesamt nur je einen Vertreter entsenden. Während also Ausschüsse wie der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen oder die Prüfungsausschüsse, welche in die innersten Angelegenheiten ärztlichen Wirkens eingreifen, paritätisch besetzt sein sollen, befinden sich die Kassenärzte und Kassenzahnärzte in diesem Vorstand in einer hoffnungslosen Minderheit.

Verhältnis der Kassen zu den Krankenhäusern:

Die Kassen gewähren Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser, welche sich hierzu schriftlich bereit erklärt haben. Mit dieser Erklärung sind die Krankenhäuser an die Vorschriften über das Schiedsverfahren gebunden. Während im Verhältnis Ärzte - Krankenkassen jede Vereinbarung von Vergütungen entfallen soll, werden die Pflegesätze der Kranken-

häuser weiterhin ausgehandelt und - falls keine Einigung zustande kommt - sogar eine Schiedsinstanz gebildet. Der Bundesminister für Arbeit bestimmt, welche Kosten außer den Pflegekosten und den ärztlichen Nebenkosten durch den Pflegesatz abzugelten sind, der im übrigen vom 11. Tage der Krankenhausbehandlung an um 20 v. H. zu ermäßigen ist. Die Bestimmung, wonach der Krankenhausarzt, wenn ein Versicherter in das Krankenhaus zur stationären Behandlung eingewiesen ist, die vor der Behandlung erforderlichen Voruntersuchungen ambulant durchführen kann, wurde schon erwähnt.

Über die Behandlung in den Polikliniken schließen die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit den Universitäten Verträge ab. Dies war bisher ein Recht der kassenärztlichen Vereinigungen. Wie sich die zukünftigen Verträge auf die Tätigkeit der frei praktizierenden Ärzte auswirken würden, bliebe abzuwarten. Auf jeden Fall besagt die Bestimmung nichts darüber, daß die KV an den Verhandlungen auch nur zu beteiligen wäre.

Trotzdem diese Darstellung des Referentenentwurfes die vielen wichtigen Bestimmungen nur kurz streifen konnte und sich darauf beschränkt, einige be-

sonders gefährliche und bedenkliche Aspekte aufzuzeigen, ist sie recht umfangreich geworden. Die Kolleginnen und Kollegen müssen aber unterrichtet sein, worum es geht. Vielleicht glaubt sogar mancher, etwas herauslesen zu können, was ihm für seine Person günstig zu sein scheint. Er möge sich überlegen, ob es möglich ist, das eigene Zimmer neu zu tapezieren, wenn das ganze Haus in Flammen steht! Fortschritte, die in Jahrzehnten errungen wurden, sind in Gefahr, wieder verlorenzugehen. Wenn die Einheit und Geschlossenheit der deutschen Ärzte jemals erforderlich war, dann in dieser Stunde. Im Dezember-Heft des Bayerischen Ärzteblattes, das wegen der Veröffentlichung des Ergebnisses der Delegiertenwahlen erst Anfang Januar erscheinen konnte, berichtete ich über die 10 Grundsatzforderungen, hinter die sich die Mitglieder der Vertreterversammlung der kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen gestellt haben, gleich welcher Arztgruppe und welchem Verband sie angehörten. In dieser Geschlossenheit müssen wir in die weitere Auseinandersetzung um die Reform der sozialen Krankenversicherung hineingehen. Dann wird auch diese Gefahr überwunden werden.

Dr. Sewering

MITTEILUNGEN

„Kollegialität unter Ärzten...“

Die Bayerische Landesärztekammer gibt bekannt:

Unter diesem Titel bringt die „Abendzeitung“ vom 17. Dezember 1958 folgende Behauptung:

„Mit Einmütigkeit, mit Beredsamkeit und mit einem Scharfsinn ohnegleichen haben in den letzten Jahren Mediziner, darunter Kapazitäten von internationalem Ruf, sich schützend vor Ärzte gestellt, die unter der Anklage standen, bei der Ausübung ihres Berufes gefehlt und dadurch den Tod von Patienten verschuldet zu haben. Eine wahre Phalanx von Verteidigern stellte sich jedesmal vor den angeklagten Kollegen. Lieber schoben sie die Schuld auf die geplagten Schwestern, denen sie einen Arbeitstag von zwölf und mehr Stunden zumuten — ohne dabei medizinische Bedenken zu haben...“

Dazu ist seitens der Ärzteschaft folgendes zu erklären:

1. Die Unterstellung, daß sich die Ärzte verteidigend gegen Kollegen stellen, die sich Verfehlungen in Ausübung ihres Berufes zuschulden kommen ließen, muß auf das Schärfste zurückgewiesen werden. Diese Pauschalbeschuldigung betrifft in erster Reihe die ärztlichen Sachverständigen, die nach der Strafprozeßord-

nung verpflichtet sind, ihr Urteil unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten. Damit wird gleichzeitig ein Vorwurf gegen die Justiz selbst erhoben.

2. Insbesondere muß der schwerwiegende und durch nichts zu rechtfertigende Anwurf zurückgewiesen werden, daß die Ärzte lieber die Schuld auf die Schwestern schieben.
3. Nachweislich hat die Ärzteschaft wiederholt ihre warnende Stimme gegen die Überbeanspruchung der Schwestern erhoben, die vor allem dem von den Ärzten selbst nicht verschuldeten Schwesternmangel zuzuschreiben ist.
4. Nach dem Bayer. Kammergesetz vom 15. Juli 1957 ist auch jetzt wie früher die ärztliche Berufsvertretung verpflichtet, bei Verfehlungen ihrer Mitglieder einzuschreiten, gegebenenfalls sie der Berufsgerichtsbarkeit zuzuführen.
5. Die Ärzteschaft verwahrt sich mit aller Entschiedenheit dagegen, daß sie in der Öffentlichkeit, der sie ständig mit Aufopferung dient, in einer solchen Weise herabgesetzt wird.

upha
HAMBURG

Khellicor

20 ccm DM 2,30

zur digitalisfreien Herztherapie

„Ärzte sind keine Übermenschen“

Ein Aufsatz in der „Abendzeitung“ (29. 12. 58), der weniger von Sachlichkeit als von Haß diktiert zu sein scheint, gibt Anlaß dazu, zu diesem neuesten der vielen, in der letzten Zeit gegen die Ärzte gerichteten Artikel Stellung zu nehmen. Man wird dem Skribenten ohne weiteres zustimmen müssen, daß Ärzte keine Übermenschen sind. Als solche werden sie aber von der von einem Teil der Presse in diesem Sinne beeinflussten öffentlichen Meinung angesehen, wenn man ihnen zumutet, einen Dauerdienst von 24 Stunden bei einer oft genug unwürdigen Bezahlung zu machen und jederzeit zu jeglicher Hilfeleistung bereit zu sein. Dies zu einer Zeit, in der man auf anderen Gebieten mit immer größerem Nachdruck bestrebt ist, jegliche Arbeitszeit immer mehr zu reduzieren, ohne jedoch die Entlohnung für die nunmehr verminderte Arbeitsleistung herabzusetzen. Man darf hier nur daran erinnern, welche Proteste es auslöste, als auch die Ärzte — keine Übermenschen — für sich einen freien Samstag und Sonntag zu erreichen suchten, wobei jedoch durch einen entsprechenden Bereitschaftsdienst dafür Sorge getragen wurde, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Der erwähnte Artikel befaßte sich allerdings nicht mit diesem menschlichen Problem, sondern damit, daß die Wahl eines Chefarztes für ein Münchner Krankenhaus in der Öffentlichkeit Protestaktionen scheinbar mittelbar betroffener Professoren auslöste. Es sei nicht verschwiegen, daß diese Aktion nicht nur bei dem Schreiber des erwähnten Artikels wenig Verständnis fand. Allerdings ist es eine durchaus zu begrüßende, leider nicht immer von allen Professoren gehandhabte Übung, gut ausgebildeten und wertvollen Mitarbeitern eine ihrem Können gemäße Stellung, dies nicht zuletzt im Interesse der Volksgesundheit, zu verschaffen.

Die Vorschläge, die zur Besetzung von Chefarztstellen u. a. von ärztlichen Gremien gemacht werden, werden von rein sachlichen Erwägungen getragen. Dies ist schon durch die Zusammensetzung des Auswahlgremiums gewährleistet. Leider richten sich die über die Besetzung entscheidenden Stellen oft genug nicht nach diesen Vorschlägen. Ihre Entscheidungen werden vielfach, was man leicht erkennen kann, durch verwandtschaftliche, freundschaftliche, konfessionelle und politische Beziehungen beeinflusst. Es muß daher mit aller Deutlichkeit die das Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit herabsetzende Anschuldigung zurückgewiesen werden, daß bei den Vorschlägen für freiwerdende Stellen durch das Arztgremium niedrige Gesichtspunkte maßgebend sein sollen.

Herr Georg Michael Kahn-Ackermann ist Journalist und Mitglied eines Kreistages, in der vorletzten Legislaturperiode war er auch Mitglied des Bundestags. Es dürfen ihm daher grundlegende Dinge, die die bayerische Landesgesetzgebung betreffen, nicht in allen Fällen bekannt sein. Wenn er die geltenden Bestimmungen des Kassenarzteswesens kritisiert, so ist ihm wohl unbekannt, daß die bis 1957 in Kraft gewesene bayerische Zulassungsordnung einstimmig im Bayer. Landtag angenommen wurde. Sein Vorwurf gilt daher nicht minder seinen eigenen Parteifreunden, die einhellig ihre Zustimmung zu diesem Gesetz gegeben haben. (Das neue Bundesgesetz ist in dieser Hinsicht nur unwesentlich verändert.) Er weiß offenbar auch nicht, daß gesetzlich den sich benachteiligt fühlenden Ärzten ein Rechtsweg offen steht, bei dem Richter maßgeblich beteiligt sind. So bereits im Berufungsausschuß und später im Sozial- und Landessozialgericht, gegebenenfalls, wenn es sich um Grundsatzfragen handelt, auch im Bundessozialgericht. Von Vetterleswirtschaft kann hier wohl nicht die Rede sein.

Ist damit schon aufgezeigt, mit wie wenig Sachkenntnis der Artikel „Ärzte sind keine Übermenschen“ geschrieben

ist, so ist es wohl nicht notwendig, die ausfälligen Pauschalbeschuldigungen gegen die „Ärztliche Standesbürokratie“ besonders zurückzuweisen. Auch hier muß erwähnt werden, daß staatliche Stellen, teils die Regierungspräsidenten, teils das Bayer. Staatsministerium des Innern, als Aufsichtsbehörde eingeschaltet werden können.

Die Mentalität des Schreibers geht aus keinem anderen Satz so deutlich hervor wie aus der Äußerung: „Nicht daß hier offenes Unrecht geschähe, aber Recht und faustdicke Subjektivität gehen zuweilen eine Ehe ein.“

Wenn Herr Kahn-Ackermann beklagt, „daß es in unserem gastlichen Land für einen Nichtbayerin nahezu unmöglich ist, eine Chefarztstelle zu bekommen“, so scheint ihm auch hier jegliche Kenntnis der tatsächlichen Verhältnisse abzugehen. Im übrigen muß darauf verwiesen werden, daß zwar sehr viele Nichtbayerin als Ärzte, auch in leitender Stellung in Bayern tätig sind, daß es aber für einen bayerischen Arzt außerordentlich schwer ist, in einem anderen Lande der Bundesrepublik in leitender oder anderer Stellung tätig zu werden. Und was die angeblich verlorengegangene akademische Freizügigkeit betrifft, so braucht nur darauf hingewiesen zu werden, daß gerade Professoren der medizinischen Fakultät mit bis zu 20 nichtbayerischen Assistenten nach Bayern kommen, obwohl es hier an klinisch gut ausgebildeten Ärzten keinen Mangel gibt.

Der Aufsatz des Herrn Kahn-Ackermann ist betitelt: „Die Stimme der Opposition.“ Es geht daraus nicht hervor, für welche Opposition Herr Kahn-Ackermann spricht, außer für jene, die grundsätzlich alles verneinen zu müssen glaubt.

Herr Kahn-Ackermann, nach amtlichen Mitteilungen seit 1946 Mitglied der SPD, scheint die Tendenzen seiner eigenen Partei nicht zu kennen. Einer der beiden Professoren, die gegen die Ernennung des neuen Chefarztes am Schwabinger Krankenhaus Stellung genommen haben, ist prominentes Mitglied seiner eigenen Partei. Und was die von ihm so arg angegriffene Zulassungsordnung betrifft, kann ihm nur empfohlen werden, die seinen Anschauungen vollkommen gegensätzlichen Äußerungen seiner Parteifreunde zur Kenntnis zu nehmen, nachzulesen im Wortbericht über die 112. Sitzung des Bayer. Landtags vom 1. Juni 1949.

Dr. Walther Koerting

„Dr. Eisele einmal von anderer Warte“

Bekanntlich wurde in dem Prozeß gegen den ehemaligen KZ-Aufseher Sommer der früher in München-Pasing ansässige Arzt Dr. Eisele durch eidlich festgestellte Tatsachen so schwer belastet, daß er es vorgezogen hat, den Boden Deutschlands zu verlassen und sich damit einer gerichtlichen Verfolgung zu entziehen.

Den Fall Eisele „von der anderen Warte“ behandelt die Monatszeitschrift „Der praktische Arzt heute“, das Mitteilungsblatt des Verbandes der Praktischen Ärzte e. V. in ihrem Oktoberheft 1958. Die Stellungnahme wird noch unterstrichen durch die Placierung des Artikels an zweiter Stelle, unmittelbar nach dem Leitartikel. Wir lassen sie im Wortlaut folgen:

„Seit Monaten geht in der Presse eine Kampagne gegen Dr. Eisele und einige andere Ärzte, die in Konzentrationslagern tätig waren. Die Forderung der Auslieferung Eiseles wurde zu einem Staatsproblem, Herr Eugen Kogon, Journalist, verlangt einen schnelleren Einsatz gegen ehemalige KZ-Ärzte, und die Presseinformationen der Bundesärztekammer haben eine scharfe Erklärung abgegeben, in der sie sich von Eisele, Plaza und Oberhäuser distanzieren und sie verurteilen. Und da auch dies in der Presse teilweise gegen die Ärzteschaft Deutschlands ausgenutzt wurde, halten wir es für angebracht, auch unsere Meinung darüber zu äußern.“

INSPIROL

freie
Atemwege



KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL



Pernicionin-Salbe

durchblutungssteigernde
u. gewebsregenerierende
Frstsalbe
Krewel-Werke, Eisorf b. Köln

Daß wir Unmenschlichkeit, von wem sie auch verübt sein mag, verurteilen, wollen wir sofort hier betonen. Wenn dies von den Ärzten der Fall sein soll, noch besonders, weil wir Ärzte berufen sind, Helfer zu sein und ethischen Prinzipien zu dienen, die ihre Formulierung im Eid des Hippokrates fanden. Wir verurteilen für alle Zeiten die Euthanasie aus tiefster menschlicher und ärztlicher moralischer Auffassung.

Wenn dies auch so, sind wir dennoch nicht begeistert von der Art, wie man von verschiedenen Kreisen gegen die angeblichen Täter vorgehen will. Um über jemand ein objektives Urteil zu fällen, ist es notwendig, die Verhältnisse und die Motive jedes einzelnen zu kennen. Es ist deswegen falsch, zu generalisieren und summarisch Urteile zu fällen, wie dies in solchen Fällen bis jetzt geschah. Es ist hier noch zu betonen, daß niemand als schuldig bezeichnet werden darf, bis er nicht Gelegenheit hatte, seinen Standpunkt darzulegen und Erklärungen abzugeben, und bis ein kompetentes Gericht ihn danach verurteilt. Es sollten deswegen manche Äußerungen und Bezeichnungen nicht ausgesprochen werden, bis dies nicht geschehen ist. Wer die nationalsozialistischen Mitglieder, in welcher Aufgabe sie auch tätig waren, heute verurteilt, muß sich in Gedanken hineinversetzen in die Begeisterung, mit der diese Leute sich den verschiedenen Aufgaben widmeten, in der Überzeugung, sie würden mit ihrer Tätigkeit dem deutschen Volke das höchste Glück erreichen. Ob das mit der Wirklichkeit zu tun hatte oder nur ein Phantom der Betroffenen war, ist gleichgültig. Die Leute waren bereit, ihr Höchstes, das Leben, jederzeit einzusetzen, wie dies millionenfach der Fall war. So muß man, wo sie auch ein Unrecht oder eine Unmenschlichkeit taten, das immer von dieser Warte aus betrachten. Mag sein, daß einige auch aus angeborenem Sadismus gehandelt haben, aber auch das unterliegt der Nachprüfung. Millionen von ehemals Begeisterten waren jedenfalls enttäuscht darüber, und der beste Beweis dafür ist, daß heute niemand da ist, der Unmenschlichkeiten, die unter Ausschluß der Öffentlichkeit begangen wurden, gutheißt. Diejenigen, die in ihrem Fanatismus sich schuldig gemacht haben, haben schwerste Strafe durch ihr Gewissen erleiden müssen.

Unserer Meinung nach wird das Gewissen dieser Menschen der schärfste Richter für sie selbst sein. Deswegen meinen wir, daß es nicht richtig ist, daß man 13 Jahre nach Kriegsende, nachdem die Alliierten diese Leute begnadigt haben, gegen sie in der Öffentlichkeit mit solcher Kampagne anfängt, und daß ärztliche Organisationen selbst zum Teil ihre Hand dazu gaben. Bei der katholischen Weltärztetagung sprach der New Yorker Bischof Sheen und sagte u. a. folgendes: „Wir hassen die Sünde, aber wir lieben die Sünder.“ Dieser Standpunkt ist der Standpunkt des Christentums, der angeblich für uns alle als Prinzip gelten sollte. Was man heute als eine Aktion gegen die Ärzte, die in KZ's tätig waren, verlangt, scheint uns als Gebot Jehovas, des Gottes Rache, die unserer Meinung nach nie zur Befriedigung dienen konnte, weil Rache Gegenrache verlangt.“

Im Novemberheft der gleichen Zeitschrift äußert sich dazu Dr. R. Pötter:

„Noch einmal: Zum Fall Eisele“

Im vorigen Heft stand zu lesen, daß endlich Schluß mit altem Haß gemacht werden müsse. Jeder wird das begrüßen. Aber ich meine, daß unabhängig von Haß und Gefühlen eine gerechte Justiz erforderlich ist. Verbrecher müssen bestraft werden. Verbrechen sind unabhängig von politischen oder sonstigen Standpunkten. Als Ärzte haben wir keinen Grund, uns auch nur andeutungsweise vor oder neben Kollegen zu stellen, die solche Verbrechen begangen haben. Wir dürfen, genauso wie wir die Kollektiv-Schuld ablehnen, auch keine General-Amnestie fordern. Es liegt mir persönlich fern, hier wieder einmal auf den Opfereingang vieler Kollegen in der Zeit hinzuweisen, in der die Konzentrationslager grauenhafte Zeitzeichen waren. Ich möchte aber einmal, gerade um eventuellem Haß vorzubeugen, auch darauf hinweisen, daß nach 1945 jeder kleine Mitläufer der genauesten Durchleuchtung und Bestrafung ausgesetzt war. Zusammen mit den Verfolgten kann auch diesen Gerechtigkeit nur dann geworden sein, wenn die wirklich Schuldigen auch noch nach Jahren gefunden werden.

Dr. R. Pötter

50 Jahre staatliche gewerbeärztliche Betreuung der Werkstätten in Bayern

Am 1. Januar 1909 ist in Bayern ein Landesgewerbearzt als hygienischer Berater der Gewerbeaufsichtsamter und Bergämter aufgestellt worden. In der staatlichen Aufsicht über den Arbeiterschutz war eine derartige hauptamtliche Anstellung eines Arztes für arbeitsmedizinische Aufgaben mit einem das ganze Land umfassenden Tätigkeitsgebiet eine Neuerung. Bayern hat diese Institution erstmals in Deutschland geschaffen und den gewerbeärztlichen Dienst auch in den folgenden Jahren wirksam ausgestaltet. Die Dienststelle des Landesgewerbearztes ist am 1. April 1953 in das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin in München, Winzererstraße 9, überführt worden, dem später Zweigstellen in Nürnberg und Bayreuth angegliedert wurden.

ID bay.

(Prof. Dr. Franz Koelsch, ein international anerkannter Fachgelehrter, war der erste bayerische Landesgewerbearzt und hauptamtliche Gewerbearzt in Deutschland. Das von ihm eingerichtete bayerische Institut war das erste Institut dieser Art in Deutschland.)

Zentraler Blutspendendienst nicht zweckmäßig

Das Bayerische Rote Kreuz hat einen Organisationsplan für das Blutspendewesen in Bayern ausgearbeitet, der vorsieht, daß Bayern von zwei großen Blutspendezentralen aus mit Blutspenden versorgt wird. Gegen diesen Plan haben sich nun Bedenken ergeben, wie einer Mitteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern an den Bayer. Landtag zu entnehmen ist. Zahlreiche bereits seit Jahren bestehende und einwandfrei arbeitende Blutspendeeinrichtungen müßten ihre Tätigkeit einstellen, da-

Stas

Tube zu 18 g
DM 1.45 o. U.

Das percutane Expectorans

Stada

mit die geplanten Spendezentralen sich in einigen Jahren finanziell selbst tragen könnten. Der Freistaat Bayern hätte nicht nur erhebliche Mittel zur Errichtung der beiden großen Blutbanken beizusteuern, sondern auch sämtliche Defizite zu decken. Nach den Erhebungen des Innenministeriums reicht die Zahl der in Bayern zur Verfügung stehenden Blutspenden, abgesehen von kaum vermeidbaren örtlichen Engpässen, für den laufenden Bedarf aus. Es wird weder für zweckmäßig noch für erforderlich gehalten und wäre auch nicht ohne weiteres möglich, die Träger der vorhandenen Blutbanken zu veranlassen, ihre gut funktionierenden Einrichtungen aufzugeben. Das Ministerium hat beim BRK angeregt, den Plan den jetzt gegebenen Verhältnissen und Notwendigkeiten anzupassen und auf eine Organisation abzustellen, die im wesentlichen zum Ziele haben sollte, die Wirksamkeit der bestehenden Blutspendeeinrichtungen durch ergänzende Maßnahmen noch zu steigern, Blutreserven für Katastrophenfälle zu schaffen und einen serologischen Dienst einzurichten, der gezielte Blutgruppenbestimmungen durchführt. Die Frage der Einrichtung eines wirksamen Blutspendedienstes war durch einen Landtagsbeschluß aufgerollt worden, der auf einen von der CSU-Fraktion unterstützten Antrag Dr. Soenning zurückging.

ID bay.

38% der Ärzte sind Spezialärzte

Wie wir einer Notiz des „Bremer Ärzteblattes“ entnehmen, haben sich mehr als 40% aller Ärzte als Fachärzte niedergelassen, und zwar in Hamburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen. In Bayern beträgt der Anteil der Fachärzte 28%, in Baden-Württemberg etwa 36%; im ganzen Bundesgebiet sind durchschnittlich 38 von hundert Ärzten Spezialärzte.

Sowjetzone hat genügend Ärzte

Auf einem Ärzteforum in Cottbus behauptete der sowjetzonale Gesundheitsminister Steidle, daß die Sowjetzone genügend Mediziner als Ersatz für die „republikflüchtigen Ärzte“ ausbilde. Mit 1300 Absolventen, die in diesem Jahr die medizinischen Fakultäten verlassen, könne man die geflüchteten Ärzte ersetzen und auch die Plätze von verstorbenen oder aus Altersgründen ausgeschiedenen Ärzten neu besetzen. Die einzige Schwierigkeit bestehe nur darin, Ärzte für die Arbeit auf dem Lande zu gewinnen. Im übrigen komme augenblicklich in der Zone auf 1300 Einwohner ein Arzt.

Gesetz zur Bekämpfung von Abtreibungen in Norwegen

Eine erhebliche Einschränkung des Berufsgeheimnisses bedeutet ein jüngst in Norwegen erlassenes Gesetz zur Bekämpfung von Abtreibungen: Ärzte und Hebammen sind künftig verpflichtet, jede Schwangerschaft von ledigen dem Gesundheitsamt anzuzeigen. Dabei ist es sicher von Interesse, zu hören, daß in Frankreich, wo die Schweigepflicht des Arztes besonders hohen Schutz genießt, alle Laboratorien, welche biologische Schwangerschaftsteste durchführen, sich von der Identität der Einsenderin überzeugen und Listen führen müssen, die dem Polizeikommissariat zugänglich gemacht werden müssen, so daß bei Abtreibungsverdacht die Polizei Beweismittel suchen kann.

Gemeinsamer Pressedienst der Krankenkassen

Der GPK, an dem die Verbände der Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen sowie die Verbände der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen beteiligt sind, trat am 1. 1. 1959 in sein zehntes Lebensjahr.

Der nach Form und Inhalt ausgezeichnet geleitete Informationsdienst war uns stets eine wichtige Nachrichtenquelle für alle aktuellen Probleme der Sozialpolitik. In ihrer Zielsetzung haben die genannten Verbände mit den Ärzten sehr vieles gemeinsam, wenn auch begrifflicherweise materielle Gegensätze nicht zu vermeiden sind. In der letzten Nummer des GPK wird die Einstellung der genannten Verbände zur bevorstehenden Reform kurz dahin gehend skizziert, daß sie den Versorgungsstaat und die Einheitsversicherung ablehnen, sich gegen die Schematisierung der Krankenhilfe wenden und eine volle Wirksamkeit der deutschen sozialen Krankenversicherung nur dann erwarten, wenn sie auf genossenschaftlicher Grundlage beruht und wenn der Gesetzgeber der Gestaltungskraft der Selbstverwaltung einen weiten Raum läßt und den staatlichen Einfluß auf die Beachtung von Gesetz und Satzung beschränkt. Jedes Mehr an staatlicher Einflußnahme und Reglementierung würde auf den Weg zur Einheitsversicherung führen.

Wir wünschen dem GPK auch weiterhin ein erfolgreiches Wirken!
Die Schriftleitung

Zum Entwurf des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes

nimmt Ministerialdirektor Dr. Kurt Jantz vom Bundesarbeitsministerium im „Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung“ vom 19. Dezember 1958 Stellung. Dort heißt es wörtlich:

„Der Bundesarbeitsminister hat den Bundes- und Länderministerien sowie den beteiligten Verbänden und Organisationen den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Krankenversicherung nebst einer vorläufigen Begründung übersandt. Der Entwurf entspricht den Grundsätzen, die von Bundesarbeitsminister Theodor Blank vorgeschlagen, vom Ministerausschuß für die Sozialreform empfohlen und vom Kabinett gebilligt worden sind. Diese Grundsätze sind naturgemäß so allgemein gehalten, daß sie zwar bestimmte prinzipielle Tendenzen aufzeigen, aber noch einen weiten Raum für verschiedene Lösungsmöglichkeiten bieten. Auch der jetzt herausgegebene Entwurf ist als ein vorläufiger anzusehen. Bundesarbeitsminister Blank und seine Mitarbeiter haben von vornherein auf eine möglichst ausgearbeitete öffentliche Diskussion Wert gelegt. Ein solches Verfahren brachte den Vorteil, daß dem Ministerium zahlreiche Anregungen zugegangen sind. Eine Reihe dieser Anregungen ist in den Entwurf aufgenommen worden. Als Beispiele dürfen genannt werden: die Einführung einer Einkommensgrenze für das Erlöschen der Versicherung, Befreiung der Versicherten mit geringem Einkommen von der Zahlung bei der ärztlichen Behandlung, Befreiung von der Arzneikostenbeteiligung bei chronischen Krankheiten, Schaffung einer neuen Krankengeldformel, für die eine Umfrage bei Krankenkassen und Betrieben verwertet worden ist. Die Aussprache soll durch den nunmehr vorgelegten Entwurf offengehalten und vertieft werden. Es ist selbstverständlich, daß jede der einzelnen Normen, die der Gesetzentwurf enthält, durchgesprochen werden kann und soll. Darüber hinaus hat aber der Bundesminister für Arbeit in Abweichung von den Gepflogenheiten das Bestreben nach einer weiteren Aussprache dadurch betont, daß in dem Entwurf bei besonders wichtigen Problemen nicht nur Vorschläge für Rechtsnormen enthalten sind, sondern Fragen grundsätzlicher Art angefügt wurden. Damit wird die besondere Bereitschaft zum Ausdruck gebracht, über andere Lösungsvorschläge weiter zu diskutieren und zu prüfen, ob und welche solcher Vorschläge dann in den endgültigen Entwurf aufzunehmen sind. Solche Alternativfragen sind ins-



PRURIDERM H

Pruriginöse Ekzeme

25 g Tube 4.95 lt. AT.

HYDROCORTISONSALBE MIT SCHIEFERÖLEN

besondere gestellt worden hinsichtlich der Frage der Selbstbeteiligung, bei der Honorierung der Ärzte, bei der Gebührenordnung sowie bei den Aufgaben und der Organisation des ärztlichen Betreuungsdienstes. Der Entwurf strebt an, das gesamte Recht der Krankenversicherung, das zur Zeit in verschiedenen Gesetzen, z. B. auch im Reichsknappschaftsgesetz und im Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung enthalten ist, einheitlich im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung zu regeln. ...

Die Besprechungen mit den Beteiligten über den Entwurf sollen im Laufe des Monats Februar 1959 durchgeführt werden. Sodann wird der Entwurf zur Neuregelung der Krankenversicherung nochmals überarbeitet und die Kabinettsvorlage gefertigt werden.“

ID bay.

Nur noch auf Krankenschein

— Bundesversicherungsamt nahm seine Genehmigung für die Satzungsänderung der Barmer Ersatzkasse zurück —

Das Experiment der Barmer Ersatzkasse, ihren Versicherten voll das Recht der freien Arztwahl zukommen zu lassen, ist gescheitert. Nicht, weil es sich nicht bewährt hätte, sondern weil die Aufsichtsbehörde die Genehmigung, die sie im Sommer für die entsprechende Satzungsänderung erteilt hatte, zurückgezogen hat. Die Barmer Ersatzkasse muß sich nun darauf beschränken, nur in Sonderfällen ihr vorgelegte Rechnungen von nicht am Ersatzkassenvertrag beteiligten Ärzten an den Versicherten direkt zu bezahlen: bei Notfällen, in denen ein Kassenarzt nicht rechtzeitig zu erreichen war, bei Krankheitsfällen im Ausland (in diesen beiden Fällen war die direkte Bezahlung schon immer möglich) und bei freiwillig Versicherten mit einem Monateinkommen von mehr als 1250 DM, die theoretisch keinen Anspruch auf Krankenscheinbehandlung haben (was jedoch praktisch undurchführbar ist, weil weder Kasse noch Arzt in die Einkommensverhältnisse der freiwillig versicherten Ersatzkassenmitglieder Einblick haben).

Zwei Gründe haben offenbar dazu geführt, daß der Schritt zur völlig freien Arztwahl, den die Barmer Ersatzkasse (eine der größten Ersatzkassen des Bundesgebietes) gewagt hätte, zurückgenommen werden mußte. Die Aufsichtsbehörde, das Bundesversicherungsamt in Berlin, untersteht als obere Bundesbehörde dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Im Ministerium rechtfertigt man diesen rigorosen Eingriff in die Selbstverwaltung der Kasse heute mit dem Hinweis darauf, daß im Zuge der Vorbereitungen zur Krankenversicherungsreform ein solcher Schritt, der die Entwicklung in eine bestimmte Richtung zu leiten geeignet gewesen sei, nicht erwünscht ist. Eine widerspruchsfreie Billigung hätte in einigen umstrittenen Fragen der Krankenversicherungsreform gleichsam als eine Vorentscheidung angesehen werden können: in der Frage, ob man das Naturalleistungsprinzip durch das Sachleistungsprinzip ersetzen soll, in der Frage der freien Arztwahl unter allen niedergelassenen Ärzten, in der Entscheidung zwischen Pauschal- und Einzelleistungshonorierung der ärztlichen Leistungen. Die Barmer Ersatzkasse hatte sozusagen ein Stück Krankenversicherungsreform vorweg vollzogen.

Auf diese Haltung des Arbeitsministeriums haben darüber hinaus verschiedene Kräfte eingewirkt, die zum Teil mit handfesten Interessen verbunden waren. Bereits unmittelbar nach dem Bekanntwerden der Maßnahme der BEK hörte man verschiedentlich den Hinweis, daß das Verfahren der völlig freien Arztwahl, wie es die BEK praktizierte, mit dem geltenden Ersatzkassenvertrag zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Ersatzkassen nicht in Einklang stehe; ja es war sogar die Rede von gerichtlichen Schritten gegen diesen Bruch des Ersatzkassenvertrages. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen, der einen der Partner dieses Vertragsverhältnisses vertritt, hat selbst Vorschläge zur Krankenversicherungsreform entwickelt, die nicht vollständig mit dem Verhalten der BEK harmonisieren. Betroffen waren aber vor allem die Kassenärzte, vertreten durch die kassenärztlichen Vereinigungen, die bei der von der BEK eingeführten Abrechnungsweise für Nichtkassenärzte nicht mehr beteiligt waren.

Entscheidend für die Stellungnahme dieser Ärzvertretung war aber weniger die Tatsache, daß naturgemäß durch die Beteiligung von Nichtkassenärzten der Patientenkreis der Kassenärzte beeinträchtigt werden könnte. Der geringe Umfang, in dem — wie vorausgesehen — diese Vergünstigung von den Versicherten der BEK wahrgenommen wurde, zeigt bereits, daß eine solche Gefahr für die Rentabilität der Ersatzkassenpraxen kaum bestand. Die Ärzteorganisationen sind vielmehr daran interessiert, daß die Krankenversicherungsreform in eine ganz andere Richtung gelenkt wird, von der hinwiederum die Ersatzkassen nicht sehr begeistert sind: Die Ärzte hoffen, daß wieder eine obere Grenze für die Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wird, wie sie bis in den zweiten Weltkrieg hinein in Gestalt des Paragraphen 178 der Reichsversicherungsordnung bestand. Damit würden diejenigen, die beispielsweise 1000 oder 1250 DM im Monat verdienen, aus der gesetzlichen Krankenversicherung austreten und sich der privaten Krankenversicherung bedienen müssen. Der vielberedete „Generaldirektor mit dem Krankenschein“ soll wieder zum Privatpatienten werden. Die Satzungsänderung der BEK zielte genau in die entgegengesetzte Richtung: Sie glied den Status der Ersatzkassenmitglieder weitgehend dem des Privatversicherten an, beließ ihm aber darüber hinaus auch das Recht, den Krankenschein zu benutzen.

Auf der anderen Seite hat aber die Bundesregierung ihrerseits die Wiedereinführung des § 178 RVO bereits präjudiziert: Das Bundesaufsichtsamt für das private Versicherungswesen in Köln hat grundsätzlich angeknüpft, daß es Geschäftspläne von privaten Krankenversicherungen billigen würde, die die Übernahme von bisherigen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Gesundheitsprüfung und ohne Ausschluß von alten Leiden vorsehen. Das Fehlen solcher Geschäftspläne hält noch heute viele Ersatzkassenmitglieder vom Übergang in die private Krankenversicherung ab. Ihre Einführung hatte der Verband der privaten Krankenversicherungen im Sommer dieses Jahres auf seiner Konferenz in Bad Schachen grundsätzlich beschlossen. Auf ärztlicher Seite erklärt man jetzt, daß die Ärzteschaft mehr an den „Schachener Beschlüssen“ interessiert sei als an dem „Barmer Versuch“, auch wenn der letztere für die Ärzteschaft keineswegs von Nachteil war.

Die immer wieder laut gewordene Kritik am Zulassungssystem für die Kassenärzte, das überdies inzwischen auch auf seine Verfassungsmäßigkeit durch das Bundesverfassungsgesetz überprüft wird, wird nun auch im Bereich der Barmer Ersatzkasse und der ihr gefolgt Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) wieder aufleben. Die Barmer Ersatzkasse kann darauf hinweisen, daß vom rein geschäftlichen Standpunkt her gesehen die sommerliche Satzungsänderung keineswegs ein Mißerfolg war. Zwar reicht die Zeit, in der die nun zurückgepfiffene Satzungsänderung in Kraft war, nicht aus, um mit statistisch hieb- und stichfestem Material für die Diskussion der Krankenversicherungsreform aufzuwarten. In der genannten Zeit ist bei insgesamt 2,4 Millionen Versicherungsfällen nur sechstausend Mal das Recht, einen Nichtkassenarzt aufzusuchen, in Anspruch genommen worden. Im allgemeinen lagen die Kosten, die die Versicherung in diesen Fällen ersetzen mußte, für die Kasse nicht höher, als wenn die entsprechende Behandlung auf Krankenschein erfolgt wäre — sie lagen sogar in zahlreichen Fällen mehr oder weniger erheblich unter den sonst üblichen Aufwendungen. Es zeigt sich also, wenn nicht als statistisch erweisbare Feststellung, dann doch immerhin als bezeichnendes Symptom, daß die Notwendigkeit, für die Arztrechnung und die Medikamente zunächst einmal selbst zu bezahlen, ehe die Rechnung der Kasse vorgelegt werden kann, den Patienten dazu anregt, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise mit zu berücksichtigen. Die Zahlen, die die Barmer Ersatzkasse über die Ausnutzung dieser Satzungsänderung ermittelt hat, könnten also denen Auftrieb geben, die für die Einführung des französischen oder schwedischen Systems in der gesetzlichen Krankenversicherung eintreten. Systeme, in denen der Versicherte alle Kosten zunächst selbst vorzulegen hat, ehe die Kasse sie ersetzt.

WB.

15 700 Ausländer zum Studium in Deutschland

Im Sommersemester 1958 studierten 15 700 Ausländer an den deutschen Universitäten und Hochschulen. Wie der Deutsche Akademische Austauschdienst dazu mitteilte, studieren die meisten der ausländischen Studenten Medizin.

Die Studentenlawine

Verdoppelung und Verdreifachung der Hörerzahlen

Der Andrang zu den deutschen Hochschulen ist von Jahr zu Jahr stärker geworden. Das Mißverhältnis zwischen Lehrern und Hörern ist das Problem der Gegenwart, das zwischen Hörern und Arbeitsplätzen wahrscheinlich das Problem der Zukunft.

186 000 Studenten wurden im Sommersemester 1958 an 74 Hochschulen der Bundesrepublik und West-Berlins gezählt, 11 Prozent mehr als im Sommer des Vorjahres. In dieser Zahl sind weder die 35 000 Studierenden an den Ingenieurschulen eingeschlossen noch die Lehrerstudenten an den Pädagogischen Hochschulen und selbständigen Lehrerbildungsanstalten.

Wie eine Lawine ist der Andrang zu den deutschen Hochschulen von Jahr zu Jahr gewachsen, vor allem zu den 35 wissenschaftlichen Hochschulen im engeren Sinne, den 18 Volluniversitäten einschließlich Saarbrücken und West-Berlin, der Medizinischen Akademie Düsseldorf, den acht Technischen Hochschulen, einer Bergakademie, einer Tierärztlichen Hochschule, einer Landwirtschaftlichen Hochschule, zwei Wirtschaftshochschulen und drei Hochschulen für Politik und Verwaltungswissenschaften. Die 17 Philosophisch-Theologischen Hochschulen, darunter einige evangelisch-kirchliche, die 11 Hochschulen für Musik, die 10 für bildende Künste und andere Hochschulen gleichen oder ähnlichen Charakters sollen hier außer Betracht bleiben, obwohl auch sie mit fast 9 000 Studierenden stärker besucht werden als früher.

Noch im Sommersemester 1949 betrug die Zahl der Studierenden an den 16 westdeutschen Universitäten 75 130.

Im Sommer 1957 dagegen hatten die jetzt 18 Volluniversitäten (Gießen ist wieder dazu erhoben worden) und die Medizinische Akademie zusammen 116 180. Zum Vergleich seien Zahlen aus dem früheren Deutschen Reich angeführt. Im Sommer 1932 waren an allen 24 reichsdeutschen Universitäten 98 757 Studenten eingeschrieben, im Jahre 1938 sogar nur 54 973.

Die inzwischen eingetretene Vervielfachung der Zahl der Universitätsstudenten hat nicht nur jede räumliche Unterbringungsmöglichkeit überschritten, sondern auch den Unterrichtsbetrieb vor nicht zu bewältigende Schwierigkeiten gestellt. Obwohl seit 1950 bis 1955 schon 250 neue Lehrstühle und 556 neue Dozentenstellen geschaffen worden waren, dazu noch 400 Assistentenstellen, erweisen sich die Lehrkörper der Hochschulen bei diesem Ansturm von Hörern als hoffnungslos zu klein. Was sind 2 000 ordentliche und 3 000 außerordentliche Professoren und Dozenten bei 168 000 Studenten an den wissenschaftlichen Hochschulen? Manche Universitäten haben geradezu eine Verdoppelung bis Verdreifachung der Hörerzahlen zu verzeichnen. Hamburg z. B., das vor dem Kriege auf Grund der vom Reichswissenschaftsministerium festgesetzten Höchstzahl nicht mehr als 1 900 Studenten aufnehmen durfte und auch eigentlich nicht für mehr eingerichtet war, zählte 1949 4 347 und zählt heute 11 000. In München stieg die Zahl inzwischen auf 15 000 an, die Freie Universität Berlin erreichte 11 000, auch Köln blieb nicht darunter. Tübingen, das 1949 4 175 Studenten zählte, hat heute über 7 500, Bonn stieg von 5 560 auf 8 000.

Die Technischen Hochschulen, im Jahr 1949 insgesamt von 23 105 Studierenden besucht, konnten schon 1957 36 756 aufweisen. Unter ihnen liegen die Technische Universität Berlin und die TH Aachen mit heute 6 200 an der Spitze, Braunschweig hat 3 600 an Stelle von 1 707 im Jahre 1949, München 5 000. Schon im letzten Jahr mußten die Technischen Hochschulen 2 500 Bewerber wegen Platzmangels abweisen, jetzt gehen weitere, wie z. B. die TH Hannover, zu einem beschränkten numerus elausus über, der den Zugang für manche Gebiete zahlenmäßig beschränkt.

Die allgemeine Zunahme des Hochschulstudiums betrifft zwar fast alle Studiengebiete, aber in einigen wirkt sich ein besonderer Sog und damit auch eine besonders starke Überfüllung aus. Die Rechts- und Wirtschaftswissenschaften haben mit 38 000 Studierenden den größten Zuspruch. Der große Bereich der Geisteswissenschaften, unter den ja zahlreiche Studienfächer fallen, steht mit 30 000 an zweiter Stelle. Medizin und Heilmittelkunde zeigen mit 22 000 Studierenden eine immer noch ungewöhnliche Anziehungskraft. Die allgemeinen Naturwissenschaften entsprechen mit 20 000 eingeschriebenen Studenten dem wachsenden Interesse für diese Disziplinen. In den technischen Studien stehen Schiffs- und Maschinenbau mit 8 000 zukünftigen Diplomingenieuren an erster Stelle. Es folgen Elektrotechnik mit 5 000 und Architektur und Bauwesen mit 4 500. Die Studentenzahlen für Theologie dagegen liegen mit je 3 000 für evangelische und katholische Theologie noch unter den früheren Ziffern und vor allem weit unter dem Bedarf an Nachwuchs.

Die Studentenlawine wirft aber auch die Frage auf, ob die gegenwärtige Heranbildung an akademischen Nachwuchskräften nicht zum mindesten in einigen Sparten allen absehbaren zukünftigen Bedarf weit überschreitet. Selbst, wenn man von den genannten Zahlen die 14 000 ausländischen Studenten abzieht, ergeben sich für einige Gebiete noch astronomische Zahlen, die zu den in der Bundesrepublik vorhandenen Arbeitsplätzen in einem grandiosen Mißverhältnis stehen. Und das dürfte selbst geiten, wenn man einen großen Abgang wegen Überalterung in Rechnung stellt. 38 000 Rechts- und Wirtschaftswissenschaftsstudenten sind bald beruflich nicht mehr unterzubringen. Schon jetzt stehen hinter jedem im Staatsdienst festangestellten Juristen zwei Referendare als Anwärter. Hinter jedem praktizierenden Arzt aber stehen sogar schon drei Jungärzte. Auch der Bedarf an Lehrern für höhere Schulen muß in wenigen Jahren gedeckt sein, zumal die Schülerzahlen dann erheblich sinken werden. Wieweit aber die Wirtschaft noch auf lange Zeit hin in der Lage ist, akademisch gebildete Kräfte aufzunehmen, wird nicht nur von der Konjunktur, sondern auch von weltpolitischen Entwicklungen abhängen.

(Hochschuldienst) Dr. Werner Knuth

Numerus elausus

Wir wir der letzten Nummer des „Hochschuldienstes“ entnehmen, hat die Technische Hochschule Hannover in diesem Wintersemester infolge der ständig steigenden Anzahl der Studierenden und der begrenzten Arbeitsmöglichkeiten einen Numerus elausus eingeführt. Wie der derzeitige, Rektor Prof. Dr. Nicolaisen, bei der Immatrikulationsfeier mitteilte, überstieg die Zahl der abgewiesenen Studienbewerber die Zahl der zugelassenen.

Der Niedersächsische Kultusminister Langeheine vertrat die Meinung, daß die Beschränkung der Zulassung zum Studium nicht in Widerspruch zum Grundgesetz stehe, in dem das Recht auf Freiheit der Berufswahl zugesichert ist. Ein numerus elausus habe auch früher schon bestanden, er war nur unter den damals gegebenen Verhältnissen ohne Bedeutung. Der Minister wies in diesem Zusammenhang auch auf die Verpflichtung der Hochschule hin, jedem Studierenden eine ordnungsgemäße wissenschaftliche Ausbildung zu garantieren.

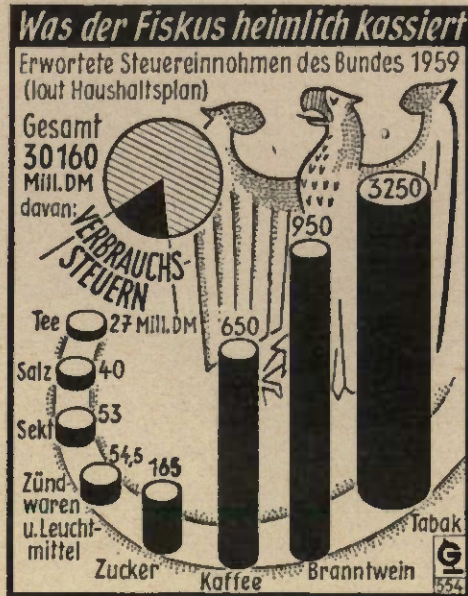
Insektizidresistenz, ein noch ungenügend erforschtes Problem

Die Weltgesundheitsorganisation hat festgestellt, daß im Laufe einiger Generationen viele der krankheitsübertragenden Insekten sich weitgehendst an die Schädlingsbekämpfungsmittel gewöhnt haben, mit denen man sie vertreiben wollte. Manche Arten haben geradezu an den chemischen Substanzen, die zu ihrer Vernichtung gedacht sind, sozusagen Geschmack gefunden und sie — z. B. DDT — zur „Lieblingsspeise“ erwählt, ohne irgendwelchen Schaden zu nehmen. Seit 1946 ist die Zahl der epidemiologisch wichtigen Insektenarten, die gegenüber Insektiziden immun geworden sind, von 2 auf 38 angewachsen. Zu diesen resistent gewordenen Insekten zählen gefährliche Seuchenüberträger wie z. B. Moskitos, die die Malaria verbreiten, Flöhe, die die Pest, und Kleiderläuse, die den Flecktyphus verschleppen. Die WHO hat wieder-

holt auf diese Gefahren hingewiesen, ohne daß aber bis jetzt diesem Appell in angemessener Weise Rechnung getragen worden wäre.

Verbraucht, der auch den Fiskus freut

Einen beträchtlichen Teil der Steuern, mit denen der Bund seine Ausgaben finanziert, holt er aus den Taschen des Staatsbürgers, ohne daß dieser es merkt; er zahlt sie, wenn er sich jene angenehmen Dinge leistet, an denen



auch der Staat seine Freude hat, weil sie Verbrauchssteuern einbringen. Ein Familienvater mit Frau und zwei Kindern, der monatlich 500 DM verdient, ist zwar lohnsteuerfrei, Raucht er aber täglich zehn Zigaretten, so zahlt er damit rund 15 DM Tabaksteuer im Monat.

Ist die Parapsychologie eine Wissenschaft?

Mit dieser Frage beschäftigt sich ein Rundschreiben, welches die Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe jetzt an die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft Schutz vor Aberglauben, Sitz Berlin-Nikolassee, Potsdamer Straße 52, gerichtet hat mit dem Ziele der

Stellungnahme zu dieser Frage, da ein jetzt entstandener Rechtsstreit hierzu Veranlassung gab. Gewiß wird ein noch weiterer Personenkreis, als ihn diese Gesellschaft umfaßt, an einer solchen gewiß aktuellen Frage interessiert sein in einer Zeit, wo Spuk, Astrologie und gewisse okkulte Dinge immer wieder Gegenstand unserer Zeitschriften sind und die Öffentlichkeit bewegen könnten.

Dieser umfangreiche Schriftsatz kann auch von Nichtmitgliedern durch den unterzeichneten Sachbearbeiter der Zentrale gegen Vergütung der Schreibgebühren (2,50 DM inkl. Porto gegen Briefmarken) bezogen werden, soweit noch Vorrat vorhanden ist.

Obermedizinalrat i. R. Dr. Schüppert
Mainz, Frauenlobstr. 2

PERSONALIA

Prof. Dr. Dr. Gustav Bodechtel (Direktor der II. Med. Klinik) wurde von der französischen Gesellschaft für Neurologie (la Société Française de Neurologie) zum Ehrenmitglied ernannt.

Die Medizinische Fakultät der Universität München hat Prof. Dr. Paul Buchner, Porto d'Ischia, (ehem. o. ö. Professor der Zoologie und Direktor des Zoologischen Instituts der Univ. Leipzig) zum Ehrendoktor (Dr. med. h. c.) ernannt.

Anlässlich seines 70. Geburtstages am 22. 12. 58, wurde Dr. med. Ferdinand Epple zum Ehrenbürger seiner Heimatgemeinde Wasserburg/Bodensee ernannt.

Schon der Vater von Kollegen Epple war in Wasserburg (B) als Arzt tätig. Dr. Epple selbst übt seit 1919 in Wasserburg seine Praxis aus und übergab am 1. Januar 1959 seinem Sohn die ärztliche Tätigkeit.

Prof. Dr. Fikentscher (Direktor der II. Univ.-Frauenklinik) ist von der „Türkischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Dem Vorsitzenden des Ärztl. Kreisverbandes Niederbayern und 1. Vorsitzenden der KV, Bezirksstelle Niederbayern, Dr. David Forehheimer, wurde vom Bundespräsidenten das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

IN MEMORIAM

Dr. med. Martin Natterer, Ehrenpräsident des 58. Deutschen Ärztetages 1955, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, ist im 86. Lebensjahr verstorben.

GESETZES-, RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Abschreibung auf den Praxiswert

Zu diesem Thema brachten wir in Heft 11/1958 einen Hinweis auf ein Urteil des Bundesfinanzhofs. Bei der Angabe von Datum und Aktenzeichen ist leider eine Verwechslung unterlaufen. Es muß richtig heißen: Urteil des Bundesfinanzhofs vom 15. 4. 1958 (I 61/57 U).

Um Irrtümern zu begegnen, sei noch darauf hingewiesen, daß eine Abschreibung auf den Praxiswert nur bei einer von einem Kollegen bzw. dessen Erben übernommenen Praxis in Frage kommen kann.

Auf der Standspur der Autobahn darf nicht gerastet werden

Jeder Autofahrer weiß, daß auf Autobahnen nur auf den mit einem „P“ besonders gekennzeichneten Parkplätzen geparkt und gerastet werden darf. Außerhalb der Parkplätze ist sowohl das Rasten als auch das freiwillige Halten verboten. Nun heißt es in § 15 Abs. 3 StVO, daß auf Randstreifen gehalten werden darf, wenn sie befestigt und über zwei Meter breit sind. Diese Randstreifen werden im Volksmund als Standspur bezeichnet, was unzutreffend ist und den Eindrücke erwecken könnte,

als ob ohne jeden Grund auf dem Randstreifen gehalten werden dürfe. So liegen aber die Dinge, wie die Juristische Zentrale des ADAC feststellt, nicht. Auch auf den über zwei Meter breiten Randstreifen darf nur aus zwingenden Gründen gehalten werden, z. B. zur Behebung einer Panne. Der Randstreifen soll ermöglichen, daß das Fahrzeug in Notfällen außerhalb der Fahrbahn abgestellt werden kann und damit eine Gefährdung des fließenden Verkehrs vermieden wird. Jedes freiwillige Halten ohne zwingenden Grund ist aber auch auf den über zwei Meter breiten Randstreifen verboten. Die neue Autobahn Hamburg—Hannover z. B. ist auf weiten Strecken mit solchen breiten Randstreifen versehen, die viele Autofahrer zum Halten verlocken. Der ADAC weist ausdrücklich darauf hin, daß auch auf den neuen Autobahnstrecken das Halten und Rasten nach Belieben auf den breiten Randstreifen verboten ist. Wer die Landschaft bewundern will, darf dies nicht von der Standspur aus tun, sondern muß einen besonders gekennzeichneten Parkplatz aufsuchen. Das gleiche gilt natürlich auch für den Randstreifen am Flughafen Frankfurt a. M. Auch hier darf nicht — wie es leider immer wieder beobachtet wird — das Fahrzeug auf dem Randstreifen abgestellt werden, um dem Start und der Landung der Maschinen zuzuschauen.

Befangenheit eines medizinischen Sachverständigen

Der Arzt, in dessen Behandlung der Verletzte stand oder steht, setzt sich als Sachverständiger im Rechtsstreit der Ablehnung wegen Befangenheit aus, wenn er sich bereit erklärt hatte, für den Haftpflichtversicherer des Schädigers ein Gutachten — und sei es auch nur ein Formulgutachten — zu erstatten, ohne daß das Einverständnis des Verletzten ihm gegenüber ausdrücklich erklärt war. Dies gilt auch dann, wenn die Erstattung des Gutachtens infolge Verweigerung des Einverständnisses des Verletzten unterblieben ist.

(Oberlandesgericht Stuttgart, Beschluß vom 10. 6. 1953 — 2W 32/58).

Auch Bausparkassenbeiträge, die zur Mitfinanzierung von Praxisräumen dienen, können Sonderausgaben sein

(C.) Diese bemerkenswerte Entscheidung fällt jetzt der Bundesfinanzhof in seinem Urteil vom 26. 9. 1958 (VI 153/56 U).

Das Finanzgericht wollte, da die von der Bausparkasse bereitgestellten Mittel für die Errichtung eines Gebäudes verwendet wurden, das gleichzeitig eigenbetrieblichen Zwecken und Wohnzwecken des Bauherrn diene, den einheitlichen Vorgang des Abschlusses des Bausparvertrages und der Beitragszahlungen im Wege der Schätzung in einen betrieblichen und außerbetrieblichen Teil zerlegen. Diese Betrachtung bei sogenannten gemischten Grundstücken entsprach bisher der überwiegenden Verwaltungsübung.

Der Bundesfinanzhof hat diese Rechtsauffassung abgelehnt und dazu u. a. ausgeführt: Wenn auch, wie sich aus dem Antrag auf Abschluß des Bausparvertrages ergibt, von vornherein die Absicht bestanden haben mag, einen Teil des Gebäudes für den Betrieb zu nutzen, so konnte doch der Steuerpflichtige seinen Plan jederzeit noch ändern.

Will ein Steuerpflichtiger ein Gebäude unter Zuhilfenahme von Bausparkasmitteln errichten, so kann er grundsätzlich frei entscheiden, ob er den Bausparvertrag im Rahmen des Betriebs oder privat abschließen will. Das gilt mindestens für die Fälle, in denen das Gebäude ganz überwiegend Wohnzwecken dient. Der Steuerpflichtige kann die Beiträge aktivieren und damit zum Ausdruck bringen, daß er den Vorgang als betrieblich ansieht. Er kann die Beiträge aber auch dem Betrieb über Privatkonto entnehmen und außerhalb des Betriebs ansammeln. Dann gehören der Abschluß und die Erfüllung des Bausparvertrages in den privaten Bereich.

Es kann dahingestellt bleiben, wie zu entscheiden ist, wenn mit den Mitteln der Bausparkasse ein Gebäude finanziert werden soll, das nach Plan und Anlage von vornherein ausschließlich oder ganz überwiegend nur dem Betrieb (Beruf) des Steuerpflichtigen dienen kann. Wird aber ein Gebäude errichtet, das ganz überwiegend Wohnzwecken dient, und übersteigen die von der Bausparkasse

bereitgestellten Mittel nicht die Baukosten für den Wohnzwecken dienenden Teil des Gebäudes, so besteht kein Bedenken, davon auszugehen, daß der Steuerpflichtige den Bausparvertrag von vornherein mit dem Willen abgeschlossen hat, auf diese Weise den Wohnteil des Gebäudes zu finanzieren.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß Bausparkassenbeiträge, die zur Finanzierung eines gemischten Gebäudes dienen, im Rahmen der Höchstbeträge als Sonderausgaben berücksichtigt werden können, wenn der Steuerpflichtige den Abschluß und die Erfüllung des Bausparvertrages nicht als Betriebsvorgang behandelt hat, der Wohnzwecken dienende Gebäudeteil erheblich überwiegt und die von der Bausparkasse bereitgestellten Mittel die Baukosten für den Wohnzwecken dienenden Gebäudeteil nicht übersteigen.

Wenn sich der Steuerpflichtige eines Steuerbevollmächtigten bedient — muß er für dessen Verschulden gerade stehen?

Eine bemerkenswerte Entscheidung für alle Steuerpflichtigen, die sich der Hilfe eines Steuerbevollmächtigten bedienen, hat das Finanzgericht Kassel gefällt. Aus dem rechtskräftigen Urteil vom 20. 3. 1958 (V 158/55) verdienen folgende Ausführungen besondere Beachtung:

Der Berufungsführer (Bf.) war durch einen Helfer in Steuersachen vertreten. Es kann erwartet werden, daß sich eine im Steuerrecht erfahrene Persönlichkeit mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung befaßt. Die Behauptung des Bf., daß es nur auf des Bf. persönliche Kenntnis ankommt, trifft nicht zu. Nach § 86 Satz 2 Abgabenordnung (AO) steht das Verschulden eines Bevollmächtigten dem eigenen Verschulden gleich.

Das gilt nicht nur, wenn etwa durch Nachlässigkeit eine Frist versäumt wird, sondern auch dann, wenn sie auf Unkenntnis des Gesetzes beruht. Die Unkenntnis von dem Vorhandensein eines Rechtsmittelbehelfes durch einen Steuerbevollmächtigten oder das Übersehen einer solchen Möglichkeit durch ihn ist nämlich der Unkenntnis bzw. dem Übersehen des Steuerpflichtigen (Stpfl.) gleichzusetzen.

Wenn sich ein Stpfl. zur Wahrnehmung seiner Interessen eines Steuerbevollmächtigten bedient, dann geschieht dies ja gerade, weil dieser auf Grund seiner umfassenderen Kenntnisse, die nach dem Gesetz gegebenen Möglichkeiten ausschöpft. So wenig wie einem Stpfl. bei einer durch einen Steuerbevollmächtigten verschuldeten Versäumung der Rechtsmittelfrist des § 245 AO Nachsicht gewährt werden kann, so wenig ist dies unter den hier obwaltenden Umständen bei der Versäumung der rechtzeitigen Einlegung eines rechtsmittelähnlichen Behelfs der Fall.

Dr. jur. Cordes, Vechta, Falkenrotterstr. 30

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 krampfartige
 Herzbeschwerden



Zusammensetzung:

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg¹/₁₀₀, Tinct. Adonid. 7¹/₁₀₀, Tinct. Bellad. 4¹/₁₀₀, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B₁ u. C

K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60
 O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60

ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · ESTING 6/MÜNCHEN

Tabletten
Ampullen
Suppositorien

TOXIMER

Antineuralgicum
Analgeticum
Antirheumaticum



L. MERCKLE G.m.b.H. Blaubeuren

1 Tablette enthält: Dimethylaminophenylidimethylpyrazolon 0,2; Phenacetin 0,2; Coffein 0,05; Codein phosphoricum 0,01.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

23. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage f. prakt. Medizin“ am 20./21./22. März 1959 in Augsburg veranstaltet von der Bayer. Landesärztekammer — Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg

Tagungsort: Neuer Großbau der National-Registrier-Kassen, Augsburg, Augsburg, Ulmer Straße 160a.

Samstag, den 21. März 1959:
8.30—10.30 Uhr:

Prof. Dr. E. Letterer, Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Tübingen:

Antibiotica- und Cortisontherapie aus der Sicht der Pathologie

Prof. Dr. J. Kühnau, Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Hamburg:

Angriffspunkt der Sulfonamide und Antibiotica

Dr. Hanns Kaiser, Trautheim:
Grundlagen der Cortisontherapie

10.30—11.00 Uhr:

Pause: Besuch der Ausstellung

11.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. Bohn, Direktor der Medizinischen und Nerven-
klinik der Justus-Liebig-Universität Gießen:

Behandlung akut bedrohlicher Zustände

O. A. Doz. Dr. E. Koch, Medizinische und Nerven-
klinik der Justus-Liebig-Universität Gießen:

Neues aus dem Gebiet der Antibiotica

— Referent wird noch benannt:

Kombinations- und Depotsulfonamide

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause: Besuch der Ausstellung

14.00—15.00 Uhr:

Filmstunde: im Vortragssaal

C. H. Boehrlinger, Ingelheim:

Entzündungen des Auges

E. Merck, Darmstadt:

Thema steht noch nicht fest

15.00—18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in allen Augsbu-
rger Krankenhäusern.

Sonntag, den 22. März 1959

8.30—10.30 Uhr:

Prof. Dr. Ernst Lauda, Direktor der I. Medizinischen Univer-
sitätsklinik Wien:

Der Wandel der Medizin durch Antibiotica und Cortison

Primarius Prof. Dr. Fleischhacker, Direktor der Medizinischen
Abteilung des Hanusch-Krankenhauses Wien:

Standardbehandlung innerer Krankheiten mit Sulfonamiden,
Antibiotica und Cortison

Prof. Dr. Karl Klinke, Direktor der Kinderklinik der Medi-
zinischen Akademie Düsseldorf:

Antibiotica- und Cortisontherapie bei Kinderkrankheiten

10.30—11.00 Uhr:

Pause: Besuch der Ausstellung

11.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Pillat, Vorstand der I. Augenklinik der Univer-
sität Wien:

Örtliche Chemotherapie der Carcinome am äußeren Ange

Prof. Dr. J. Vonkennel, Direktor der Universitäts-Hautklinik
Köln:

Antibiotica und Cortisone bei Hautkrankheiten

Prof. Dr. Karl-Julius Anselmino, Direktor der Rheinischen
Landes-Frauenklinik, Wuppertal-E.:

Cortisonbehandlung in der Geburtshilfe und Gynäkologie

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause: Besuch der Ausstellung

14.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. K. Fleischer, Direktor d. H-N-O-Klinik der Medi-
zinischen Akademie Erfurt:

Die therapeutischen Möglichkeiten in der H-N-O-Heilkunde.

Chefarzt Dr. Gamp, Klinik für Rheumakranke, Bad Kreuznach:
Rationelle Therapie der rheumatischen Erkrankungen.

Dr. Bäumer, Medizinische Univ.-Klinik, Münster/Westf.:

Erfahrungen mit der Resochin-Dauerbehandlung.

Prim.Doz. Dr. W. Birkmayer, Vorstand der Neurologischen
Abtlg. des A. H. d. Stadt Wien-Laenz:

Antibiotica und Cortisonbehandlung.

7. Bayerischer Internisten-Kongreß

Vom 13. bis 15. März 1959 findet im Messehaus der Stadt
Nürnberg der 7. Bayerische Internisten-Kongreß statt.

Vortragsanmeldungen und Anfragen sind zu richten an
den Leiter der Tagung: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg,
städtische Krankenanstalten, Flurstraße 17.

upha
HAMBURG

Khellicor

20 ccm DM 2,30

zur digitalisfreien Herztherapie



Mallebrin

Chlor u. Sauerstoff abspaltendes
Adstringens u. Antisepticum
Gurgeln - Spülungen
Wundbehandlung
KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

IV. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Deutschen Bundesärztekammer in Bad Gastein 1959 8. bis 21. März

Das endgültige Programm wird jedem bis dahin angemeldeten Teilnehmer voraussichtlich 14 Tage vor Beginn des Kurses zugeschickt.

Gesamthema:

Störungen vitaler Bewegungsabläufe

Festvortrag: „PANTA RHEI“

I. Störungen der Innervation des Bewegungsapparates:

- 1) Die Erregungsübermittlung im Nervensystem
 - 1a) Colloquium zum Thema
- 2) Klinik und Therapie der Dyskinesien
- 3) Neurochirurgische Behandlung der Hyper- und Dyskinesien
- 4) Psychogene Bewegungsstörungen
 - 4a) Colloquium: Die Lebensangst
- 5) Dyskinesien im Kindesalter
- 6) Seminar: Autogenes Training

II. Erkrankungen des Skelettsystems als Ursache der Bewegungsstörungen:

- 1) Differentialdiagnose und Therapie der Gelenkkrankheiten
 - 1a) Seminar: Technik der intraartikulären Injektion
- 2) Erkrankungen der Wirbelsäule
 - 2a) Colloquium: Chiropraktik
- 3) Seminar: Physikalische Therapie

Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten

Der Bund der Deutschen Medizinalbeamten veranstaltet seine nächste Fortbildungstagung vom 4. bis 6. 3. 1959 in Lübeck.

Die Vorträge befassen sich mit aktuellen Problemen der Infektionskrankheiten, der Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung und der Sozialgerichtsbarkeit. Außerdem findet eine Besichtigung des Atomreaktors und der Staustufe in Geesthacht statt.

Weitere Auskunft: Med.-Dir. Dr. Glawatz, Lübeck, Schildstraße 12.

III. Störungen der Blutbewegung:

- 1) Pathologie der Blutbewegung
- 2) Engpässe im arteriellen System und ihre Behandlung
 - 2a) Colloquium zum Thema
- 3) Thrombose, Thrombophlebitis und Embolie
 - 3a) Colloquium zur Thromboseprophylaxe

IV. Störungen der Kinetik im Verdauungstrakt:

- 1) Störungen der Gallenwegs- und Gallenblasenkinetik
 - 1a) Colloquium: Die chronische Obstipation
- 2) Chirurgische Behandlung der Stenosen im Bereich des Verdauungstraktes
 - 2a) Colloquium: Rectumerkrankungen
- 3) Funktionsstörungen des Pankreas
 - 3a) Colloquium: Pankreaserkrankungen

V. Entleerungsstörungen der Harnwege:

- 1) Entleerungsstörungen der Harnwege
 - 1a) Colloquium: Katheterismus

VI. Stenosefolgen am weiblichen Genitalsystem:

- 1) Stenosefolgen am weiblichen Genitalsystem
 - 1a) Colloquium: Geburtshilfe in der Praxis

VII. Sprachstörungen:

- 1) Stimmeln und Stottern
 - 1a) HNO-Colloquium

VIII. Sportmedizin:

- 1) } Themen werden später bekanntgegeben
- 2) }
- 3) }

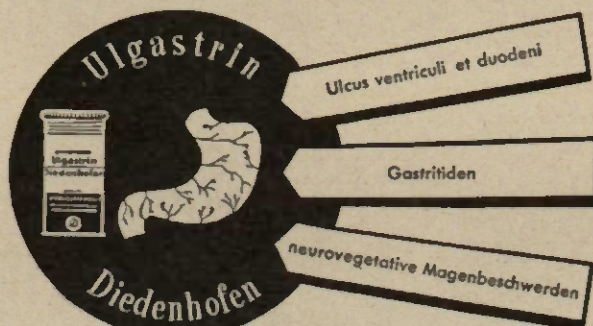
IX. Das aktuelle Problem

X. Sonstiges:

- 1) Die Gasteiner Kur

XI. Örtliches Programm der Bad-Gasteiner Ärzteschaft:

Täglich klinische Visiten und Demonstrationen im Badehospiz Badgastein der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck. Quellenführungen, Besichtigungen des Thermalstollens Bockstein und Vorträge über die Indikationen des Heilbades Badgastein.



- Schnelle Beseitigung der subjektiven Beschwerden
- Sichere Heilung durch direkte Wirkung auf die entzündete Magenschleimhaut
- Normalisierung der gestörten Säureverhältnisse
- Ambulante Behandlungsmöglichkeit ohne strenge Diät
- Gute Verträglichkeit
- Keine unerwünschten Nebenerscheinungen

O. P. 42 Tabletten DM 3,80 a. U., Kurpackung B4 Tabletten DM 7,20 a. U. und Klinikpackungen

Verlangen Sie bitte Ärztemuster und Literatur von:
Apotheker A. Diedenhofen KG., Bad Godesberg/Rhein

Ulgastrin Diedenhofen

Bei alterungsbedingtem Leistungsabfall

RUTICAIN®(Rutin, Vit. B₁₂, Procain)

Ruticain ist ein Geriatrikum, das an den entscheidenden Punkten der Alterungsprozesse (Kapillaren, Nerven, Gewebstrophik) wirksam wird.

(Ampullen à 2 ml, Packungen zu 5 u. 25 Amp.)

**RHEIN-CHEMIE GmbH., PHARM. ABT., HEIDELBERG**

Ferner: Vorführungen wissenschaftlicher Filme; Diskussionen über Einzelfragen aus der Praxis; Besichtigungen, Demonstrationen.

Die wissenschaftliche Leitung liegt in den Händen von Herrn Prof. Dr. med. A. Schretzenmayr, Vorsitzender des Deutschen

Senats für ärztliche Fortbildung, Augsburg, Schärerstraße 19. Anfragen hinsichtlich der Durchführung des Lehrgangs sind an das Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, zu richten, dem die technische Durchführung des Kurses obliegt.

Referenten:

Prof. Dr. Alken, Homburg/Saar
 Chefarzt Dr. Beckmann, Ohlstadt
 Prof. Dr. Berendes, Marburg/Lahn
 Prof. Dr. Berg, Hamburg
 Prof. Dr. Böhler, Wien
 Prof. Dr. Bürger-Prinz, Hamburg
 Prof. Dr. Bürkle de la Camp, Bochum
 Prof. Dr. Dick, Tübingen
 Dr. Gamp, Bad Kreuznach
 Doz. Dr. Gardemann, Hamburg-Eppendorf
 Dr. Günther, Innsbruck

Dr. Härtig, Frankfurt/Main
 Doz. Dr. Henn, Innsbruck
 Prof. Dr. Hittmair, Innsbruck
 Prof. Dr. Kühnau, Hamburg
 Prof. Dr. Limburg, Homburg/Saar
 Dr. Lippross, Dortmund
 Prof. Dr. Lüdeke, Homburg/Saar
 Prof. Dr. Maßhoff, Stuttgart
 Dr. Matis, Tübingen
 Doz. Dr. Pilgerstorfer, Linz/Do.
 Prof. Dr. Reissner, Wien
 Prim. Dr. Rett, Wien

Prof. Dr. Riechert, Freiburg/Br.
 Dr. Ringl, Badgastein
 Prof. Dr. Sarre, Freiburg/Br.
 Prof. Dr. Siede, Darmstadt
 Dr. Siegert, Frankfurt/Main
 Dr. Schätzing, Berlin
 Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg
 Prof. Dr. Schultz, Berlin
 Prof. Dr. Stämpfl, Homburg/Saar
 Prof. Dr. Stransky, Wien
 Prim. Prof. Dr. Übelhör, Wien
 Dr. Wechselberger, Linz/Do.

VII. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Deutschen Bundesärztekammer in Davos 1959

9. bis 21. März 1959

Das endgültige Programm wird jedem bis dahin angemeldeten Teilnehmer voraussichtlich 14 Tage vor Beginn des Kurses zugeschickt.

Gesamthema:**Störungen vitaler Bewegungsabläufe**

Festvortrag: „Die Unruhe des Menschen unserer Tage“

I. Störungen der Innervation des Bewegungsapparates:

- 1) Die Erregungsübermittlung im Nervensystem
 - 1a) Colloquium zum Thema
- 2) Klinik und Therapie der Dyskinesien
- 3) Neurochirurgische Behandlung der Hyper- und Dyskinesien
- 4) Psychogene Bewegungsstörungen
 - 4a) Colloquium: Die Lebensangst
- 5) Dyskinesien im Kindesalter
- 6) Seminar: Autogenes Training

II. Erkrankungen des Skelettsystems als Ursache der Bewegungsstörungen:

- 1) Differentialdiagnose und Therapie der Gelenkkrankheiten
 - 1a) Seminar: Technik der Intraartikulären Injektion
- 2) Erkrankungen der Wirbelsäule
 - 2a) Colloquium: Chiropraktik
- 3) Seminar: Physikalische Therapie

III. Störungen der Blutbewegung:

- 1) Pathologie der Blutbewegung
- 2) Engpässe im arteriellen System und ihre Behandlung
 - 2a) Colloquium zum Thema
- 3) Thrombose, Thrombophlebitis und Embolie
 - 3a) Colloquium zur Thromboseprophylaxe

IV. Störungen der Kinetik im Verdauungstrakt:

- 1) Störungen der Gallenwegs- und Gallenblasenkinetik
 - 1a) Colloquium: Die chronische Obstipation
- 2) Chirurgische Behandlung der Stenosen im Bereich des Verdauungstraktes
 - 2a) Colloquium: Rectumerkrankungen
- 3) Funktionsstörungen des Pankreas
 - 3a) Colloquium: Pankreaserkrankungen

V. Entleerungsstörungen der Harnwege:

- 1) Entleerungsstörungen der Harnwege
 - 1a) Colloquium: Katheterismus

VI. Stenosefolgen am weiblichen Genitalsystem:

- 1) Stenosefolgen am weiblichen Genitalsystem
 - 1a) Colloquium: Geburtshilfe in der Praxis

VII. Sprachstörungen:

- 1) Stammeln und Stottern
 - 1a) HNO-Colloquium

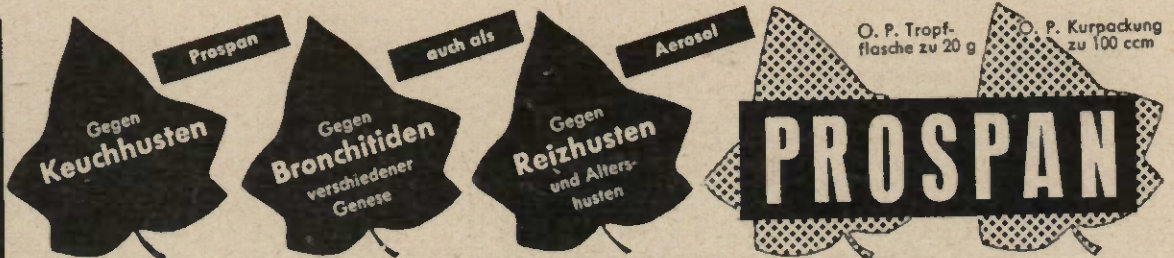
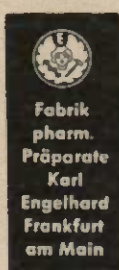
VIII. Sportmedizin:

- 1) } Themen werden später bekanntgegeben
- 2) }
- 3) }
- 4) Sportärztliches Seminar

IX. Das aktuelle Problem**X. Sonstiges:**

- 1) Vorträge aus dem Gesamtgebiet der Tuberkulose
- 2) Der Sportunfall
- 3) Klinische Visiten und Operationsassistenzen in den Davoser Heilstätten

Ferner: Vorführungen wissenschaftlicher Filme; Diskussionen über Einzelfragen aus der Praxis; Besichtigungen; De-



Bei
RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig
wirkende Einreibung

monstrationen; Operationsassistenzen; Bronchographische Demonstrationen.

Die wissenschaftliche Leitung liegt in den Händen von Herrn Prof. Dr. med. A. Schretzenmayr, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, Augsburg, Schälzerstr. 19.

Referenten:

Chefarzt Dr. Beckmann, Ohlstadt
 Prof. Dr. Berendes, Marburg (Lahn)
 Prof. Dr. Berg, Hamburg
 Prof. Dr. Böhler, Wien
 Prof. Dr. Bürkle de la Camp, Bochum
 Prof. Dr. Dick, Tübingen
 Dr. Gamp, Bad Kreuznach
 Doz. Dr. Gardemann, Hamburg-Eppendorf
 Dr. Härtig, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. Heilmeyer, Freiburg/Br.
 Prof. Dr. Kühnau, Hamburg
 Prof. Dr. Limburg, Homburg/Saar
 Prof. Dr. Lüdeke, Homburg/Saar
 Prof. Dr. Maßhoff, Stuttgart
 Dr. Matis, Tübingen
 Prof. Dr. Ratschow, Darmstadt
 Prof. Dr. Reisner, Wien
 Prim. Dr. Rett, Wien
 Prof. Dr. Riechert, Freiburg/Br.

Prof. Dr. Sarre, Freiburg/Br.
 Prof. Dr. Siede, Darmstadt
 Dr. Siegert, Frankfurt/M.
 Dr. Schätzing, Berlin
 Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg
 Prof. Dr. Schulte, Gütersloh
 Prof. Dr. Schultz, Berlin
 Prof. Dr. Stämpfli, Homburg/Saar
 Prof. Dr. Stransky, Wien
 Chefarzt Dr. Teichmann, Bad Wörishofen
 Prim. Prof. Dr. Übelhör, Wien
 Dr. Wechselberger, Linz/Do.
 Chefarzt Dr. Arnold, Davos
 Chefarzt Dr. Gelger, Davos
 Chefarzt Dr. Iselin, Davos
 Chefarzt Dr. Jakob, Davos
 Chefarzt Dr. Meyer, Davos
 Chefarzt Dr. Rubin, Davos
 Chefarzt Dr. Studer, Davos
 Chefarzt Dr. Trendelenburg, Davos
 Chefarzt Dr. Wehrlin, Davos
 Chefarzt Dr. Werner, Davos
 Chefarzt Dr. Zuldema, Davos

Anfragen hinsichtlich der Durchführung des Lehrgangs sind an das Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, zu richten, dem die technische Durchführung des Kurses obliegt.

KONGRESSKALENDER

Ba die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

INLAND:**Januar:**

26.—31. 1. in Freudenstadt: 4. Wissenschaftliche Arbeitswoche zu Fragen der Jugendgesundheit. Auskunft: Deutscher Jugend-Gesundheitsdienst e. V., Köln-Lindenthal, Mommstraße 121.

März:

- 2.—25. 3. in Gießen: Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahelkunde. Auskunft: Prof. Dr. G. Herzog, Gießen, Pathol. Institut, Klinikstraße 32 g.
 4.— 6. 3. in Lübeck: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Glawatz, Lübeck, Schildstraße 12.
 7.— 8. 3. in Heidelberg: Tagung der Südwestdeutschen Dermatologischen Vereinigung. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Hautklinik, Heidelberg, Voßstraße 2.
 12.—14. 3. in Berlin: 6. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. (Deutscher Krebskongreß 1959). Auskunft: Prof. Dr. H. Hartl, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, Göttingen, Kirchweg 3.
 13.—15. 3. in Nürnberg: 7. Bayerischer Internisten-Kongreß. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Städt. Krankenanstalten, Flurstraße 17.
 14.—21. 3. in Bad Pyrmont: 16. Kurs für Naturheilverfahren des Zentralverbandes für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
 20.—22. 3. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Gesamtthema: „Neue Entwicklungen der Sulfonamid-, Antibiotica- und Cortisontherapie in Praxis und Klinik“. Auskunft: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schälzerstraße 19.
 21.—25. 3. in Bad Pyrmont: 12. Psychotherapie-Seminar in Verbindung mit dem 15. Kurs des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstraße 101.

April:

- 1.— 2. 4. in Bad Nauheim: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung. Auskunft: Prof. Dr. Hattemer, Gau Algesheim, Ingelheimer Straße 75.
 1.— 2. 4. in Mainz: Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Dr. H. Rausch, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Frankfurt a. Main, Börsenplatz 1.
 1.— 4. 4. in München: 76. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. A. Hübner, Berlin-Charlottenburg 9, Preußenallee 42.
 3.— 5. 4. in München: 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Dozent Dr. H. C. Friedrich, Tübingen, Schellingstraße 7.
 3.— 5. 4. in Bad Nauheim: Deutsche Gesellschaft für Kreislauforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Bad Nauheim, William-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft.

Bei allen
Erkrankungen
der Atmungs-
organe

ANTIBEX

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN

- 6.—9. 4. in Wiesbaden: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Fr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.
- 9.—12. 4. in Mannheim: 46. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. C. Krauspe, Pathologisches Institut der Universität Hamburg, Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52.
- 21.—24. 4. in Hamburg: 4. Europäische Konferenz der Psychosomatischen Forschung. Auskunft: Dr. H. Freyberger, II. Med. Univ.-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52.
- 22.—25. 4. in Essen: 27. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Wüstenberg, Geisenkirchen, Rothhauser Straße 19.
- 28.—30. 4. in Kiel: 6. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Dozent Dr. H. Nowakowski, II. Med. Univ.-Klinik Hamburg-Eppendorf.

Mai:

- 3.—9. 5. in Bad Wörishofen: 12. Ärztlicher Fortbildungslehrgang Physikalische Medizin und Kneipp-Therapie in Lehre und praktischer Anwendung. Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes e. V., Bad Wörishofen, Postfach 6.
- 3.—9. 5. in Düsseldorf: 4. Konferenz der Internationalen Union für Gesundheitserziehung. Auskunft Geschäftsstelle des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung, Bad Godesberg, Plittersdorfer Straße 17.
- 4.—9. 5. in Lindau: 9. Lindauer Psychotherapiewoche. Leitung: Dr. Helmuth Stolze. Auskunft: Dr. Helmuth Stolze, München 2, Dienenstraße 17.
- 8.—7. 5. in Düsseldorf: 4. Kongreß für Pathologie, Therapie und Begutachtung der Heimkehrerkrankheiten. Auskunft: Kongreßbüro des Verbandes der Heimkehrer, Kriegsgefangenen und Vermissten-Angehörigen Deutschlands e. V., Bad Godesberg, Heerstraße 17.
- 7.—8. 5. in Berlin: 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin. Auskunft: Berliner Gesellschaft für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, Berlin-Charlottenburg 9, Brixplatz 4.
- 8.—10. 5. in Essen: Deutscher Sportärztekongreß 1959. Auskunft: Prof. Dr. F. Kuhlmann, Essen-Werden.
- 20.—23. 5. in Bad Nauheim: 25. Tagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Bad Nauheim, Willam-G.-Kerckhoff-Herzforschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft.
- 20.—24. 5. in Berlin: 8. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 21.
- 22.—24. 5. in Passau: 9. Tagung der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: OMR Dr. Liebknecht, Augsburg-Stadtbergen, Südstraße 5.

Juni:

- 10.—13. 6. in Bad Nauheim: 9. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: OMR Dr. Kläß, Fürth i. B., Blumenstraße 22.
- 23.—27. 6. in Gießen: Hochschulkurs für Ärzte „Arzneitherapie und ihre pharmakologischen Grundlagen“. Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Leiter der ärztlichen Fortbildungskurse der Medizinischen Fakultät Gießen, Patholog. Institut, Klinikstraße 32g.

AUSLAND:

März:

- 8.—21. 3. in Badgastein: 4. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Deutschen Bundesärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 9.—21. 3. in Davos: 7. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Deutschen Bundesärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—15. 3. in Innsbruck: 2. Klinisches Wochenende der Chirurgischen Universitäts-Klinik. Auskunft: Dr. H. Steiner, Oberarzt der Chirurg. Univ.-Klinik Innsbruck.
- 14.—23. 3. in Sella-Wolkenstein/Dolomiten: 2. Skikurs des Deutschen Sportärztebundes e. V. Auskunft: DER, Frankfurt a. Main, Mainzer Landstraße 42.

- 21.—23. 3. in Bad Hofgastein: 4. Fortbildungskurs für Geriatrie der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie. Auskunft: Primarius Dr. Walter Doberauer, Wien XIV, Hütteldorfer Straße 188.

Mai:

- 8.—10. 5. in Mailand: 2. Internationaler Kongreß für parasitäre Infektionskrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. C. Zanussi, Via Francesco Sforza 35, Mailand.

Mai/Juni:

28. 5.—7. 6. in Terme Montecatini: 2. Europäischer Fortbildungskongreß für deutschsprechende praktische Ärzte. Auskunft: Europäischer Fortbildungskongreß für deutschsprechende praktische Ärzte, Organisationsausschuß, München 15, Schwanthalerstraße 49.

Juni:

- 1.—6. 6. in Edinburg: 11. Internationaler Krankenhauskongreß. Auskunft: Gen.-Sekr. Capt. J. E. Stone, King Street, London E. C. 2.
- 1.—13. 6. in Grado: Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 7.—13. 6. in Amsterdam: 3. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Fertilität. Auskunft: Prof. B. S. ten Berge, Academisch Ziekenhuis, Groningen/Holland.

AMTLICHES

Beitrag zur Bayer. Landesärztekammer

Die Bayer. Landesärztekammer hat gemäß Art. 16 Abs. 3 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 (GVBl. S. 162) durch Beschluß vom 14. 9. 1958 folgende Ergänzung der Beitragsordnung für 1958 (genehmigt mit Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 27. 2. 1958 Nr. III 8 — 5022/13 — 2), veröffentlicht im Bayer. Ärzteblatt 1958, S. 72, beschlossen:

Der Jahresbeitrag für 1958 beträgt für beamtete Ärzte ohne Nebentätigkeit 36 DM.

Dieser Beschluß wurde gemäß Art. 16 Abs. 3 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 durch Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 29. 12. 1958 Nr. III 8 — 5022/13 — 15 genehmigt.

Der Beschluß wird mit dieser Veröffentlichung rechts-gültig.

Die Bayer. Landesärztekammer hat gemäß Art. 18 Abs. 3 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 (GVBl. S. 162) durch Beschluß vom 14. 9. 1958 folgende Beitragsordnung für 1959/60 beschlossen:

A) Beitrag zur Landesärztekammer:

Gruppe I:	Kammer:	Hilfsfonds:
a) Ärzte, die länger als drei Jahre niedergelassen sind; Chefärzte, leitende Ärzte; beamtete Ärzte mit Bruttoeinnahmen über DM 8 000.— aus ärztl. Nebentätigkeit.	DM 90.—	DM 30.—
b) Ärzte, die weniger als drei Jahre niedergelassen sind.	DM 20.—	DM —.—
Gruppe II:		
Beamtete Ärzte, San.-Offiziere, wissenschaftl. Assistenten, angestellte Ärzte, Praxisassistenten, wissenschaftl. Mitarbeiter, Ärzte als freie Mitarbeiter, soweit sie nicht unter Gruppe I und III fallen.	DM 36.—	DM 14.—
Gruppe III:		
Volontärärzte, Pflicht- und Med. Assistenten, doppelt appr. Ärzte, die den Beruf als Zahnarzt ausschließlich oder überwiegend ausüben und nicht beruflich tätige Ärzte.	DM 10.—	DM —.—

Expectal

TROPFEN

Intensiv wirkendes Expectorans

sekretolytisch,
sekretomotorisch
und sedativ
wirksam

25 g Expectal-Tropfen:
0,05 g Mol. Verb. aus
Codelin- und Diäpropyl-
barbitursäure,
Kal. sulfoguajectol.
Extr. Thym. fluid.
Aromatika

O. P. 25 g Expectal-Tropfen

TROPON

TROPONWERKE
KÖLN-MÜLHEIM

- Der Beitrag zur Bayer. Landesärztekammer wird in den Gruppen I, II und III aufgrund einer Veranlagung (schriftlicher Bescheid) erhoben.
- Innerhalb von vier Wochen nach Erhalt der Veranlagung ist der Beitrag an die Kammer einzuzahlen. Wird innerhalb dieser Frist der Beitrag nicht bezahlt, so erfolgt einmalige Mahnung mit Fristsetzung von 14 Tagen. Hält der Beitragspflichtige auch diese Frist nicht ein, so wird der Beitrag durch die Kammer zusammen mit den Mahngebühren gem. Art. 20 des Kammergesetzes im Wege der Zwangsvollstreckung beigetrieben.
- Ärzten, welche über die KVB abrechnen, wird der Beitrag von ihrem Kassenhonorar einbehalten, sofern sie ihr Einverständnis hiefür erklären.
- Einsprüche gegen die Beitragsveranlagung sind innerhalb von vier Wochen nach Erhalt des Bescheides schriftlich mit Begründung bei der Kammer einzureichen. Über die Anträge entscheidet die Geschäftsführung; die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.
- Bei Vorliegen besonderer Umstände kann der Beitrag auf schriftlich begründeten und mit den notwendigen Unterlagen versehenen Antrag hin gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Der Antrag ist innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Beitragsveranlagung über den zuständigen Ärztlichen Kreisverband einzureichen. Der Ärztliche Kreisverband ist verpflichtet (Art. 16, Abs. 1 KaG), den Antrag innerhalb zwei Wochen nach Eingang mit seiner Stellungnahme der Kammer vorzulegen. Über die Anträge entscheidet der Vorsitzende des Finanzausschusses zusammen mit der Geschäftsführung der Kammer. Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.
- Nachgeordnete angestellte Ärzte und Ärzte, die Widerrufsbeamte sind, erhalten auf Antrag eine Beitragsermäßigung auf ca. 33 1/3 Prozent, wenn sie Mitglieder einer tariffähigen Ärztevereinigung sind. Voraussetzung für die Ermäßigung ist die Bestätigung der tariffähigen Ärztevereinigung über die Begleichung der dort bestehenden Beitragsverpflichtungen. Der Antrag ist mit Unterlagen innerhalb von vier Wochen nach Erhalt der Beitragsveranlagung unmittelbar an die Kammer einzureichen. Über den Antrag entscheidet der Vorsitzende des Finanzausschusses zusammen mit der Geschäftsführung der Kammer.
- Für die Bezahlung ermäßigter Beiträge gelten die Bestimmungen unter Abs. 2.
- Das Beitragsjahr ist das laufende Kalenderjahr.
- Für die Zugehörigkeit zu den Beitragsgruppen I bis III ist die am 1. Februar ausgeübte Tätigkeit maßgebend. Bei Ärzten, die erst nach dem 1. Februar ihre ärztliche Tätigkeit in Bayern aufgenommen oder ihren Wohnsitz bzw. dauernden Aufenthalt in Bayern genommen haben, richtet sich die Veran-

lagung zum Kammerbeitrag, soweit dieser nicht bereits an eine andere Landesärztekammer entrichtet wurde, danach, ob und welche ärztliche Tätigkeit ausgeübt wurde.

- B) Beitrag zur Landesärztekammer — Kindergeldkasse:
Beitragspflichtig sind alle im Kammerbereich selbstständig ärztlich tätigen Ärzte, auch wenn sie daneben eine unselbstständige Tätigkeit ausüben.
Von der Pflicht der Zahlung des Beitrags sind befreit:
a) Ärzte, die wegen der Untersagung der Ausübung ärztlicher Tätigkeit nach Abs. IV Ziff. 3a der Verwaltungsanordnung vom 1. 6. 1958 (Bayer. Ärzteblatt 1958, Heft 6, S. 143 ff.) keinen Anspruch auf Kindergeld an die KGK haben.
b) Ärzte, deren Bruttoeinnahmen DM 6 000 im Jahr nicht überschreiten.
c) Ärzte, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, sofern sie keinen Assistenten beschäftigen.

Es werden folgende Beiträge erhoben:

Gruppe:	Bruttoeinnahmen:	Jahresbeitrag:
I	von 6 001.— bis 12 000.— DM	DM 30.—
II	von 12 001.— bis 20 000.— DM	DM 85.—
III	von 20 001.— bis 30 000.— DM	DM 140.—
IV	von 30 001.— bis 50 000.— DM	DM 200.—
V	von 50 001.— bis 80 000.— DM	DM 225.—
VI	über 80 000.— DM	DM 250.—

Die Beiträge werden auf dem Wege der Selbstveranlagung der Pflichtigen erhoben. Die Selbstveranlagung hat innerhalb einer Frist von 14 Tagen zu erfolgen. Wird diese Frist nicht eingehalten, so wird der Pflichtige von der Geschäftsführung der KGK in die höchste Beitragsgruppe eingestuft. Die aufgrund der Selbstveranlagung oder der Einstufung festgestellten Beiträge sind innerhalb einer Frist von vier Wochen zu bezahlen; diese Frist gilt nicht für Ärzte, die sich mit dem Abzug des Betrages von ihrem Kassenhonorar einverstanden erklärt haben. Nichtbezahlte Beiträge werden gemäß Art. 20 des Kammergesetzes im Wege der Zwangsvollstreckung eingezogen.

Geschuldete Beiträge können bis zur Hälfte des Anspruches auf Kindergeld aufgerechnet werden.

In besonderen Ausnahmefällen können die Beiträge auf Antrag des Zahlungspflichtigen vom Verwaltungsausschuß herabgesetzt oder erlassen werden. Ein Rechtsanspruch auf Ermäßigung oder Erlaß der Beiträge besteht nicht. Für das Einspruchsverfahren gilt Ziff. IX der Verwaltungsanordnung vom 1. 6. 1958.

- C) Beitrag zur Landesärztekammer-Pflichtversicherung des Praxispersonals bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg:

Beitragspflichtig sind alle unter die Beitragsgruppe A, I fallenden Ärzte für die in der Praxis mithelfenden Personen, es sei denn, der Beitrag wird bereits von anderer Stelle bezahlt (z. B. Personal an Krankenanstalten, das von Krankenhausärzten bei der Ausübung von Nebentätigkeiten herangezogen wird).

Die Beitragserhebung erfolgt durch Selbsteinstufung (mittels vorgedruckter Erklärung nach der Zahl der in der Praxis mithelfenden Personen, d. s. mithelfende Ehefrauen, Assistenten, technische Assistentinnen, Arzthelferinnen, Hausgehilfinnen und Zugehfrauen — soweit die beiden letzteren zu Verrichtungen in den ärztlichen Praxisräumen verwendet werden — ohne Rücksicht auf die Zeitdauer ihrer Beschäftigung).

Der Beitrag für jede mithelfende Person beträgt DM 13.—.

Die Veranlagung durch die Kammer im Falle der Unterlassung der Selbstveranlagung, die Bezahlung des Beitrages sowie die Beitreibung rückständiger Beiträge bestimmen sich nach den Vorschriften unter A dieser Beitragsordnung.

Eine Ermäßigung oder ein Erlaß dieses Beitrages ist unzulässig.

Diese Beitragsordnung wurde gemäß Art. 16 Abs. 3 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 mit Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 29. 12. 1958 Nr. III 8 — 5022/13 — 15 genehmigt. Sie wird mit dieser Veröffentlichung rechtsgültig.

Ungültigkeitserklärung eines Personalausweises

Bei einem Einbruchdiebstahl am 10. Dezember 1958 in Würzburg wurde der Arzteausweis von Frau Dr. med. Liutbirg Baehr, geb. Pretscher, geb. am 18. 2. 1915 in Detzelbach, wohnhaft in Kempten, gestohlen.

Dieser Ausweis wird hiermit für ungültig erklärt.

Zurücknahme der Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Mit rechtskräftigem Beschluß der Regierung der Oberpfalz vom 30. 12. 1958 wird die gegen die praktische Ärztin Dr. med. Annemarie Brodacz in Regensburg mit Beschluß der gleichen Regierung vom 22. 9. 1954 ausgesprochene Untersagung der Ausübung der ärztlichen Berufstätigkeit zurückgenommen.

Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Dem Arzt Dr. med. Karl Becker, geb. 25. 5. 1917 in Berlin, früher Garmisch-Partenkirchen, jetzt Berchtesgaden, wurde mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 14. 2. 1958 die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

RUNDSCHAU

SPD: Prof. Schellenberg spricht von dem „innenpolitischen Thema des Jahres 1959“. (Stuttg. Ztg., 23. 12. 58): Prof. Schellenberg hat am 22. 12. vor der Berliner Pressekonferenz scharfe Kritik an dem Referentenentwurf des BMA für die Krankenvers.Reform geübt. Prof. Schellenberg bezeichnete die im Referentenentwurf vorgesehene Kostenbeteiligung der Versicherten an den ärztlichen Gebühren und den Arzneimitteln als „das innenpolitische Thema des Jahres 1959“ und kündigte dazu noch lange Auseinandersetzungen in der breiten Öffentlichkeit an. Prof. Schellenberg, der als Experte seiner Partei zugleich die Auffassung der SPD-Bundestagsfraktion zum neuen Gesetzentwurf ausgedrückt haben dürfte, warnte vor allen Dingen vor der noch nicht zu übersehenden Erhöhung des Verwaltungsaufwandes, die nach seinen vorsichtigen Schätzungen „mehrere hundert Millionen DM“ betragen würde. — In seiner ersten Stellungnahme zu dem Referentenentwurf, der nach seinen Angaben im Februar zur Debatte stehen werde, kritisierte Schellenberg besonders die Einführung der Kostenbeteiligung für jede einzelne ärztliche Leistung, die nach seiner Auffassung dazu führen werde, daß die Bevölkerung anfangs weniger zum Arzt gehen werde, dann aber in einer stetigen Behandlung bleiben werde, weil nach den ersten sechs Wochen der Behandlung die Kostenbeteiligung wieder wegfällt, auch wenn inzwischen eine neue Krankheit behandelt werde. Die geplante Kostenbeteiligung bei den Arzneimitteln werde dazu führen, daß die Patienten in Zukunft mehr und im Preis höhere Arzneimittel fordern werden, weil sie für jede Arznei bis zu fünf Mark eine Selbstbeteiligung von einer Mark zu tragen hätten. Die Durchschnittskosten für eine Arzneimittelverordnung lägen gegenwärtig bei zwei Mark und würden nach seiner Auffassung

zwangsläufig auf das Doppelte steigen. Die Verbesserung der Sterbegeldsätze auf 400 bis 600 DM wurde von Prof. Schellenberg begrüßt, jedoch übte er aufs neue scharfe Kritik an der 50%igen Kürzung der Wochenhilfe, von der die Mehrzahl der jungen Mütter betroffen würde. Prof. Schellenberg sprach die Erwartung aus, daß der vorläufige Entwurf des BMA nach einer ausführlichen Diskussion in der breitesten Öffentlichkeit noch einmal überarbeitet und in wesentlichen Punkten korrigiert werde.

Ärzte sollten keine Mindestforderungen, sondern Optimalforderungen aufstellen, weil man es sonst Planungs- und Verwaltungsbehörden zu leicht mache, alle darüber hinausgehenden Vorschläge als gesundheitlich nicht notwendig abzulehnen. Die Maßstäbe aus den Zeiten der „Armenfürsorge“ seien überholt, schrieb der „Deutsche Medizinische Informationsdienst“ (DMI) am 22. 12. Amtsärzte und im Sozialwesen tätige Menschen seien unter dem Eindruck ihres täglichen Umgangs mit Bedürftigen oder Minderbemittelten schnell versucht, Mindestforderungen aufzustellen, um „schlimmste Mißstände“ zu beseitigen. Man müsse aber im Interesse der Volksgesundheit umdenken. Es sei z. B. sinnvoller, den Bau ausreichend großer Dreizimmerwohnungen für Jungvermählte zu erschwügelichen Preisen anzustreben, als nur eine Sanierung von Elendsvierteln zu fordern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat, wie WID meldet, alle zwischen ihr und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Verträge zum bevorstehenden Jahreswechsel gekündigt. Für die Angestelltenkrankenkassen bedeutet dies für die Zeit vom 1. Januar 1959 an einen vertragslosen Zustand, weil sie den Forderungen der Zahnärzte, alle Tarifikationen um ein Fünftel zu erhöhen, als unannehmbar bezeichnen. Die Ortskrankenkassen sind in einer angenehmeren Lage. Zwar sind auch die mit ihnen bestehenden Verträge gekündigt worden, jedoch enthalten diese einen Passus, dem zufolge sie so lange in Kraft bleiben, bis eine neue vertragliche Übereinkunft geschlossen wurde.

„Ich habe die Arbeiter nicht beleidigt.“ — Turbulente Debatte in Bonn über Blanks Staatssekretär (Die Welt, Hamburg, 13. 12. 1958): Mit einer turbulenten Stunde beendete der Bundestag am 12. Dezember seine Plenarsitzungen des Jahres 1958. — Die sozialdemokratische Opposition hatte die Entlassung des Staatssekretärs Claussen vom Bundesarbeitsministerium beantragt. Alle übrigen Fraktionen lehnten den Antrag am Schluß der stürmischen Debatte ab. — Minister Blank hatte sich schon vorher schützend vor den höchsten Beamten seines Ministeriums gestellt, indem er mit erhobener Stimme den Sozialdemokraten zurief: „Dr. Claussen genießt mein volles Vertrauen, und er wird mein Staatssekretär bleiben.“

Ausgangspunkt der Debatte und des SPD-Antrages war eine angebliche Äußerung Claussens, die das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ in der Form veröffentlicht hatte: „Der deutsche Arbeiter“, sagte Claussen, „werde von Sozialromantikern und Gewerkschaften über Gebühr idealisiert. In Wirklichkeit gehöre der Arbeiter zur indifferenten labilen Masse, die darauf spekuliere, jeden Vorteil auszunutzen.“

Der sozialdemokratische Abgeordnete Frehsee, Vorsitzender der Gewerkschaft Gartenbau, Land- und Forstwirtschaft, zeigte sich „zutiefst betroffen über diese unglaubliche Äußerung“. Voller Empörung rief er aus: „Der deutsche Arbeiter hat bei allen Wahlen bewiesen, daß er politisches Verantwortungsgefühl hat. In vielen Krisen und Notzeiten hat sich die deutsche Arbeiterschaft stabiler erwiesen als andere Schichten.“

Die Sozialdemokraten gaben sich nicht damit zufrieden, als Claussen sagte: „Ich habe diese Äußerung weder in dieser Form noch in dieser herabsetzenden Tendenz getan. Ich habe mein ganzes Leben lang für den deutschen Arbeiter und die Gewerkschaften gearbeitet. Der Artikel steckt voller Halbwahrheiten und Unrichtigkeiten. Ich habe damit nichts zu tun.“

Der CDU-Fraktionsgeschäftsführer Rasner verlangte den Abbruch der Debatte mit den Worten: „Wir sind nicht gewillt, dieses makabre Spiel auch nur zehn Minuten länger mitzumachen. Hier hat ein Ehrenmann gesprochen. Wir glauben seinem Wort.“ — Außer den Sozialdemokraten hatten die Abgeordneten jedoch keine Lust, die Debatte fortzuführen. Sie stimmten geschlossen für Rasners Antrag.