

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Südwestdeutsches Ärzteblatt. 1947-1956 1951

6 (1.6.1951)

SÜDWESTDEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgegeben von den Ärztekammern und Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen
in Württemberg und Baden

Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus

unter Mitwirkung von Dr. med. Hans-Ludwig Borck, Pfullingen; Dr. med. Friedrich Kappes, Karlsruhe; Dr. med. Hans Kraske,
Emmendingen. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart-W

HEFT 6

STUTTGART, JUNI 1951

6. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

Ober-Med.Rat Dr. Kreuser:	Was kann eine Tuberkulosefürsorgestelle bei der Beurteilung der intrathorakalen kindlichen Tuberkulose dem behandelnden Arzt vermitteln? . . .	111
Ober-Reg.Rat Cyran:	Gesetzliche Vorschriften für das Verschreiben der Betäubungsmittel	114
Ober-Reg.Rat Dr. Wilde:	Der Arzt und die Gerichte der Sozialversicherung	116
	Nachtrag zum Aufsatz „Reflexzonenmassage“ von Herrn Prof. Dr. Kohlrausch	119
	Buchbesprechungen	119
	Bekanntmachungen	120
	Ärztekammer Nord-Württemberg E. V.	121
	Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern	126
	Ärztekammer Nord-Baden e. V.	128
	Landesärztekammer Baden	129
	Presse- und Informationsstelle der Württ. Ärzteschaft	130
	Verband der Ärzte Deutschlands, Landesverband Württemberg	131
	Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten 17. bis 20. Woche 1951	132

Am Samstag, den 23. Juni 1951 und Samstag, den 14. Juli 1951 findet ein

Ärztlicher Fortbildungstag in Stuttgart statt

Näheres siehe Seite 122

Aus dem Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart, Leiterin: Frau Medizinaldirektor Dr. Maria Schiller

Was kann eine Tuberkulosefürsorgestelle bei der Beurteilung der intrathorakalen kindlichen Tuberkulose dem behandelnden Arzt vermitteln?

Von Obermedizinalrat Dr. F. Kreuser

Die Tuberkulose wird als Infektionskrankheit, die in die sozialen Bindungen der Menschen tief eingreift, mit Recht vorwiegend unter dem Gesichtswinkel der *Familienerkrankheit* betrachtet. Nach dem heutigen Stand der Epidemie und den darüber gewonnenen Erkenntnissen kommen rund 60 % aller Infektionen und Erkrankungen durch intradomiziliäres Zusammenleben zustande, so daß es an sich das richtige wäre, das Thema vor allem unter dem Gesichtswinkel der sozial zusammengehörigen Familien- und Wohngemeinschaft zu behandeln und keinen Strich in Form einer künstlich bestimmten Altersgrenze zu ziehen. Wenn das trotzdem geschieht, so liegt es daran, daß in Stuttgart, in-

folge der Kriegszerstörungen, die räumlichen Verhältnisse beim Gesundheitsamt dazu gezwungen haben, die Diagnostik der Fürsorgestelle nach dem Kindes- und dem Erwachsenenalter zu trennen. Da ferner im Kindesalter der Zeitpunkt der Infektion und der einer etwaigen Erkrankung meist nahe zusammenliegt, und die Verlaufsart der Erkrankung ganz charakteristische Formen zeigt, ist aber die gesonderte Betrachtung von Problemen der Kindertuberkulose, auch außerhalb der Familien- bzw. Wohngemeinschaft, gerechtfertigt.

Der Arzt, der ein Kind an die Tuberkulosefürsorgestelle überweist zum Zwecke der Stellung oder Klärung einer Diagnose, verlangt in erster Linie das Ergebnis

der Röntgenuntersuchung. Es wird daher für erforderlich gehalten, diejenigen Ärzte, die selbst die Möglichkeit zur Röntgenuntersuchung der Brustkorborgane nicht haben, einmal kurz auf die Punkte hinzuweisen, die bei der Durchführung dieser Untersuchungsmethode von Bedeutung sind.

Die Fürsorgestelle bittet dabei ihrerseits darum, daß die Ärzte bei den Überweisungen immer eine kurze Vorgeschichte ihres Kranken geben und daß sie nach Möglichkeit die Tuberkulinprobe, auf die es bei Kindern in jedem Falle für die endgültige Beurteilung ankommen kann, schon selbst durchführen. Seit der durch das dänische Rote Kreuz ausgeführten BCG-Schutzimpfung hat sich aus Gründen der Einfachheit und mit ausreichender Sicherheit, namentlich bei Kindern bis etwa 10 Jahren, die Tuberkulinsalbenpflasterprobe eingebürgert: Statt der etwas umständlichen und zeitraubenden Salbeneinreibung wird ein etwa 3:3 cm großes gutes Heftpflasterstück, auf dem sich ein halberbsengroßer Tuberkulinsalbentropfen befindet, auf die Brusthaut, bei kleinen Kindern die Rückenhaut aufgeklebt, nach 24 Stunden wieder entfernt und die Reaktion, ohne daß die Stelle gewaschen bzw. geseift worden ist, vom dritten Tage ab abgelesen. Wenn die Reaktion negativ ist, kann der Arzt natürlich bei dringendem Verdacht auch die intrakutane Stufenprobe nach Mendel-Mantoux durchführen. In der Fürsorge wird die Probe dann vorgenommen, wenn die Vorgeschichte hinsichtlich Infektionsgefährdung, dem bisherigen klinischen Verlauf oder schließlich der Röntgenbefund auf eine spezifische Erkrankung besonders verdächtig sind. Namentlich bei älteren Kindern hat es sich häufig gezeigt, daß die Pflasterprobe allein nicht genügt. Wenn die Tuberkulinreaktion vor der jetzt zu klärenden Erkrankung schon einmal positiv gewesen, d. h. das Kind mit Tuberkulose angesteckt ist, so erübrigt sich natürlich ihre Wiederholung. Inwieweit die Probe bei BCG-schutzgeimpften Kindern noch diagnostischen Wert besitzt, muß erst geklärt werden, in Schleswig-Holstein sind die positiven Reaktionen von 95% bei allen Schutzgeimpften innerhalb Jahresfrist immerhin auf 78,7% gesunken! Die Fürsorgestelle leistet den überweisenden Ärzten gegenüber eine Art Kundendienst, d. h. sie wird darauf Bedacht nehmen, daß der überweisende Arzt den Befund möglichst rasch und in einer Form erhält, mit der er etwas anzufangen weiß. In dieser Hinsicht hat jede Fürsorgestelle ihre eigene Erfahrung und daher auch Methodik. Es hat sich uns wegen der Eigenart der Differentialdiagnose bei der Tuberkulose im Kindesalter bewährt, dem anfragenden Arzt nicht mit einem einfachen „o. B.“ zu antworten, sondern folgende 3 Gesichtspunkte herauszustellen: 1. Handelt es sich um Tuberkulose, so wird dieser Befund nicht nur als Diagnose, sondern mit dem gesamten, die Diagnose sachlich begründenden Befund an den Arzt mitgeteilt. 2. Handelt es sich um eine andere Erkrankung, dann wird, gestützt auf die vom Arzt mitgeteilten anamnestischen Angaben, unter Heranziehung auch anderer diagnostischer Verfahren (klinische Untersuchung, Blutbild, Urinuntersuchung) diese Diagnose ebenfalls mit entsprechender Begründung herausgegeben. In beiden Fällen pflegt die Fürsorgestelle einen gewissen therapeutischen Hinweis zu geben, ohne damit — das soll besonders betont werden — den behandelnden Arzt irgendwie bevormunden zu wollen. 3. Es kann sich um einen tatsächlichen „o. B.-Fall“ handeln,

die Röntgenuntersuchung ist nur zur Sicherung wegen Umgebungsgefährdung oder nach Ablauf akuter Infektionen, insbesondere nach Lungenentzündung, Grippe, Masern und Keuchhusten gewünscht worden. Auch dann wird der erhobene Befund genau mitgeteilt und die Wiederholung der Durchleuchtung im Bedarfsfall empfohlen.

Viele Ärzte mögen sagen: Weshalb sollen wir die lange Beschreibung immer lesen, uns genügt die Diagnose. Abgesehen davon, daß diese Ansicht nur von einem Teil der Ärzte vertreten wird, wird bei der jetzigen Form die Schnelligkeit der Mitteilung, ihre Zuverlässigkeit und die Umgehung zeitraubender Rückfragen am leichtesten vermieden: Der Befund, den der Arzt erhält, steht wortwörtlich in den Akten der Fürsorgestelle, er wird während der Durchleuchtung diktiert und in Maschinenschrift aufgenommen, kann am nächsten Morgen unterschrieben und zur Beförderung gegeben werden. Wenn ein Bericht aber länger ausbleibt, dann wären ergänzende Untersuchungen, wie Aufnahmen, Senkung, Blutbild oder sonstige Erhebungen erforderlich. Es wird dafür Sorge getragen, daß diese Befunde, an deren Erhebung wieder mehrere Instanzen beteiligt sind, künftig ebenfalls ohne jede überflüssige Verzögerung den Ärzten zugestellt werden.

Um mit den übersandten Röntgenbefunden vertraut zu werden, bedarf es einer gewissen Erläuterung der Nomenklatur dieser Beschreibungen. Es wäre u. E. zweckmäßig, wenn jeder Arzt, der sich mit Röntgen der Brustorgane beschäftigt, früher einmal pathologisch anatomisch tätig gewesen wäre, und sich an die in dieser Disziplin übliche Methodik gewöhnt hätte, er würde dann einen großen Fehler vermeiden, nämlich bei Ausdeutung der Röntgenbefunde Diagnosen zu sehen, wo nur Schatten bzw. Licht ist. Man sieht keine Herde, Stränge und Kavernen, sondern man sieht Flecken, Streifen und Ringschatten an Stellen, an denen im Regelbild nur die Schatten der Körperorgane erkannt werden können. Neben der Schattenform spielt deren Größe eine Rolle: Man vergleicht die Schatten mit bekannten Gegenständen, wie Geldstücken, wenn man mehr in die Fläche betrachtet oder mit Früchten usw., wenn man körperlich denkt. Beides kann Mißverständnisse geben: Die Größe wird subjektiv sehr verschieden geschätzt und die Körperlichkeit wird mitunter in das nur zweidimensionale Bild hineingesehen. Der letztgenannte Mißstand kann bei der Durchleuchtung durch Drehung ausgeschieden werden. Korrekt wäre die Messung der Schatten nach ihrer größten Länge und ihren größten Durchmesser in mm bzw. cm. Als Mittelding bleibt ein Vergleich mit Organshatten möglich, die auf demselben Bilde zu sehen sind, z. B. der Rippenbreite. Neben der Schattengröße ist die Schattendichte zu beschreiben, sie ist matt, mitteldicht oder hart, wobei man in Vergleich mit anderen Schattendichten vergleichen kann, am bekanntesten ist die Bezeichnung kalkdicht oder metallhart. Ferner ist die Lage der Schatten, namentlich für spätere vergleichende Röntgenuntersuchungen, von großer Bedeutung. Ein Schatten kann im Lungenfeld oben, Mitte oder unten liegen, er kann medial bzw. lateral zu sehen sein. Die Projektion in die einzelnen Lappen oder gar in die Segmente, die heute mit Recht für die Diagnostik von krankhaften Lungenveränderungen herangezogen werden, ist im allgemeinen im Rahmen einer einmaligen Durchleuchtung nicht gleichbedeutend mit der anatomi-

schen Lage und daher in der Beschreibung besser zu vermeiden. Die Angabe der Projektion im Verhältnis zu bestimmten benachbarten Organschatten ist beliebt und wird häufig benützt, z. B. der Schatten ist in einem bestimmten Interkostalraum, im Rektrokardialraum oder in einer bestimmten Entfernung von Anteilen des Herzgefäßschattens erkennbar. Recht häufig werden Veränderungen an der Pleura festgestellt, entweder Adhäsionen, Hochziehungen oder abnormer Verlauf an den Untergrenzen, nicht ganz selten ein bandförmiger Begleitschatten am Gefäßstamm als Folge einer mediastinalen Pleuritis, namentlich rechts, eine feine Begleitlinie am äußeren Lungenrand als Überrest einer Pleuritis aus der Primär- oder Sekundärphase und schließlich interlobäre häufig haarfeine Schatten. — Erst auf Grund dieser gesehenen und beschriebenen Schatten, die ein zweiter Untersucher unabhängig genau so feststellen müßte, wird die Diagnose gestellt.

Es ist bekannt, daß die Feststellung der intrathorakalen kindlichen Tuberkulose fast ausschließlich eine Röntgendiagnose ist und daß es dem Diagnostiker gelingen muß, aus Krankheitsverlauf, Röntgenbefund, ergänzt durch den klinischen und gewisse Laboratoriumsbefunde, dem anfragenden Arzt zu sagen, liegt Tuberkulose vor, in welchem Stadium befindet sich die Krankheit, liegt eine andere Erkrankung an Organen des Brustkorbes vor oder aber handelt es sich um ein gesundes Kind.

Jeder Arzt hat in erster Linie die Sorge, daß er keine frische tuberkulöse Erkrankung, die unter Umständen Ursprung einer Meningitis oder Miliartuberkulose sein kann, übersieht und schickt daher seinen Patienten lieber einmal zu oft als einmal zu spät zur Röntgenuntersuchung. Die am leichtesten mit Röntgenstrahlen erkennbaren Formen sind die exsudativen, deren Schattenbilder am auffälligsten sind. Sie sind in allen 3 R a n k e schen Stadien darstellbar, sie fallen dem Untersucher in ihrer charakteristischen Form der bipolaren Primärfiltrierung, der sekundären Bronchialdrüseninfiltrierung bzw. den Streuungsformen und des tertiären Frühinfiltrats sofort in die Augen. Ferner gehört zu den einfach zu bestimmenden Erscheinungsformen der intrathorakalen tuberkulösen Veränderungen die tumorartige Hilusdrüsentuberkulose. Das Gros der spezifischen Veränderungen aber erfordert eine sorgfältige Beobachtung von Vorgängen, die vor allem im Längsschnitt und unter Heranziehung des bisherigen Krankheitsverlaufes zu beurteilen sind. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, daß sehr ähnliche Krankheitsbilder entstehen bei in der Entwicklung und in der Rückbildung befindlichen Prozessen. Die Fürsorgestelle bemüht sich durch ihr Urteil: „In Rückbildung befindlich“ oder eine ähnliche Ausdrucksweise, dem behandelnden Arzte die Verantwortung teilweise abzunehmen, ganz kann sie es nicht tun, da der Arzt am Krankenbett steht und die unmittelbare Fühlung mit den Erziehungsberechtigten und dem Kranken selbst hat. Es steht ihm somit frei, nach seinem Ermessen die erforderliche Kontrolldurchleuchtung vornehmen zu lassen, während die Fürsorge ihrerseits einen Termin festsetzt, der aber vielleicht nicht immer mit den Erfordernissen der Praxis übereinstimmt, so daß der behandelnde Arzt eine frühere Kontrolle für erforderlich hält. Dieser Weg steht ihm jederzeit offen. Die Fürsorge selbst setzt unter den Arztbericht den Stempel „Wird zur Kontrolle in ... wieder bestellt“, so daß der behan-

delnde Arzt den vom Fürsorgearzt vertretenen Standpunkt kennt.

Es ist natürlich, daß Fälle, in denen keine endgültige Entscheidung getroffen wird, hinsichtlich der Diagnose, der Prognose und der Therapie, die kritischsten sind. Nur das Wissen um die im allgemeinen günstige Prognose der kindlichen intrathorakalen Tuberkulose erleichtert die Arbeit in der Praxis, Fälle, in denen große Eile geboten ist, sind selten. In solchen Fällen wird versucht, den behandelnden Arzt fernmündlich zu verständigen, um die notwendigen Maßnahmen in Form eines Eilheilverfahrens sofort nicht nur in die Wege zu leiten, sondern auch wirklich durchzuführen. Die vielhäufigere Wiederbestellung zu einer Kontrolldurchleuchtung dient der Beobachtung wenigstens eines Teilstückes im Längsverlauf der Krankheit. Das soll aber nicht besagen, daß in der Zwischenzeit nichts zu geschehen hat. Häufig kann die Diagnose gestützt werden, durch Beobachtung der Temperaturen, des Gewichts, des Appetits und des sonstigen Verhaltens der Patienten. Es bleibt also dem Arzt eine ganze Menge diagnostischer Arbeit und dann die dazugehörige Therapie! Kürzlich kam die Anfrage eines behandelnden Arztes, was es heißt, wenn die Fürsorgestelle schreibt: „Es genügt symptomatische Therapie“? Dieser Satz wird beigefügt, wenn nach Angabe des behandelnden Arztes eine Krankheit vorliegt, aber eine spezifische auf die Tuberkulose gerichtete Maßnahme, insbesondere ein auswärtiges Heilverfahren, vorläufig nicht notwendig ist. Eine begreifliche Besorgtheit der Eltern versucht, den Arzt gerne auf die Bahn zu drängen, die Feststellung jeder tuberkulösen Infektion oder Erkrankung reflektorisch mit einem Heilverfahrens Antrag zu beantworten. Davor kann nicht dringend genug gewarnt werden, da die Infektionen mit Tuberkelbazillen und die Beantwortung der Infektion durch den Körper häufig nichts anderes darstellt als eine etwas grobe Impfreaktion, die nach wenigen Monaten vollkommen abgeklungen ist. Wenn ein solches Kind Gelegenheit hat, seine Ferien einmal in anderer Umgebung (bei uns werden Schwarzwald und das Allgäu bevorzugt) bei Verwandten zuzubringen, so wird in der Regel der durch die Infektion zugefügte Schock ohne weiteres überwunden. Eine Ausnahme machen Kinder unter 4 Jahren, bei denen die Bereitschaft zu infiltrativen Reaktionen erfahrungsgemäß wesentlich höher ist. Frisch infiltrative Erkrankungen einschließlich der Pleuritiden in verschiedenen Lokalisationen gehören, wenn die häuslichen Verhältnisse nicht ausnahmsweise günstig sind, in klinische Behandlung. Die Tatsache, daß es bei diesen Formen gar nicht so selten gelingt, Tuberkelbazillen im Magennüchternsaft nachzuweisen, läßt es ratsam erscheinen, ein derartiges Kind aus der Familie, in der mitunter jüngere Geschwister vorhanden sind, herauszunehmen. In die Reihe dieser Erkrankungen gehören zweifellos auch Fälle von Erythema nodosum, einer Erscheinung, die stets ein Cave hinsichtlich der Gefährdung durch Tuberkulose bedeutet. Ferner schenkt man heute besondere Sorgfalt der Bronchustuberkulose, deren Entstehung auf den Durchbruch einer erweichten verkästen Bronchialdrüse in das Bronchialsystem zurückzuführen ist. Es ist natürlich, daß gerade diese Form mit Ansteckungsgefahr verbunden und daher klinisch zu behandeln ist.

Der Verlauf der Tuberkulose wird mit Recht als abhängig von der Konstitution des befallenen Kindes und von der sozialen Umgebung bezeichnet. Es ist daher eine

individualärztliche Kunst, die Konstitutionen herauszufinden, die hinsichtlich ihres Tuberkuloseablaufes als ungünstig zu gelten haben und ihnen besondere Sorgfalt zuzuwenden, es ist eine sozialärztliche Aufgabe, Kinder aus einem Milieu, das die Infektion und die fortlaufende Wiederansteckung mit Tuberkulose in jeder Hinsicht begünstigt, besonders zu überwachen. Auf beiden Gebieten treffen sich die Aufgaben des praktischen behandelnden Arztes und die des für die Tuberkulosebekämpfung verantwortlichen Fürsorgearztes un- ausgesetzt, es liegt im wesentlichen an der Methodik und

an dem guten Willen beider Seiten, die Lösung dieser Aufgaben zum Wohle der Kranken zu finden.

Stuttgart, Herdweg 79*

* Die Darlegungen vom Kollegen Kreuser bringen wir gerne, wenn auch nicht ganz ohne Bedenken. Wir möchten nämlich — und müssen dies als Standesblatt — betonen, daß es in der freien Praxis Röntgenologen, Kinder- und Lungenärzte genug gibt, die dem Praktiker ebenfalls gerne dienstbar sind. (Siehe auch Prof. Scholz: „Zusammenarbeit bei der Tuberkulosebekämpfung“ Heft 3, 1951.)

Schriftlgt.

Gesetzliche Vorschriften für das Verschreiben der Betäubungsmittel

Von Oberregierungsrat C y r a n, Tübingen

Die Rechtsvorschriften über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien werden heute nicht immer genügend beachtet. So sind es leider keine Einzelfälle, mit denen sich in der letzten Zeit Berufsgerichte und Staatsanwaltschaften befassen müssen. Es ist daher angebracht, Ärzte und Apotheker eindringlich zu ermahnen, die Verschreibe- und Abgabevorschriften genau zu beachten und der Strafbestimmungen des Opiumgesetzes (bis zu 3 Jahren Gefängnis und Geldstrafe oder eine dieser Strafen) eingedenk zu sein. Die wichtigsten der gesetzlichen Bestimmungen sind nachstehend angeführt und nötigenfalls erläutert. Den Ärzten wird dringend geraten, sich mit den Vorschriften vertraut zu machen. Außerdem ist aber von ihnen zu beachten, daß ein Apotheker sich bei Anfertigung einer unrichtigen oder unvollständigen Verschreibung strafbar macht und daher verpflichtet ist, von dem verordnenden Arzt eine Berichtigung solcher unvorschriftsmäßigen Rezepte zu fordern. Solche Mitteilungen des Apothekers sind als eine dem Arzt geleistete Hilfe anzusehen. Sie schützen den Arzt vor etwaigen Nachteilen. Ärzte und Apotheker müssen sich gegenseitig helfen und beraten. Unsicherheit, Ärger, Zeitverlust und unliebsame Auswirkungen werden sich dann vermeiden lassen.

Die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. Dezember 1930 (RGBl. I S. 635) i. d. F. der Verordnung vom 31. Juli 1943 (RGBl. I S. 453) ist auf Grund des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dezember 1929 (RGBl. I S. 215) erlassen. Wollte die frühere Opiumgesetzgebung nur den Verkehr mit Betäubungsmitteln überwachen, so schaltet das heute gültige Opiumgesetz außerdem (mindestens in gewissen Grenzen) die suchtmäßige Verwendung der Betäubungsmittel aus. Dieser Absicht des Gesetzgebers dient die Verschreibungsverordnung, indem sie die ärztliche Ordinerfreiheit beschränkt.

1. Die Verschreibung von Betäubungsmitteln muß ärztlich (zahnärztlich) begründet sein (§ 6).

Die Anwendung eines Betäubungsmittels ist nur begründet, „wenn der Arzt nach strenger Prüfung der Besonderheiten des einzelnen Krankheitsfalles mit anderen Mitteln nicht auskommen kann“ (Danziger Ärztetag).

Die Verschreibung in nicht begründeten Fällen ist strafbar.

Mißtrauen und größte Festigkeit sind nötig, wenn eine unbekannt Person unter irgendeiner Begründung (vogefäuschte Nieren- oder Gallensteinkoliken!) eine Anweisung über ein Betäubungsmittel zu erhalten sucht. Unter keinen Umständen dürfen Betäubungsmittel — wie dies in der letzten Zeit leider mehrfach vorgekommen ist — verschrieben werden, wenn Personen solche für einen angeblich Kranken, den der Arzt nicht kennt, verlangen. Gegebenenfalls Personalausweis zeigen lassen, um nicht süchtigen Betrügnern zum Opfer zu fallen, u. U. sogar fahrlässig zu handeln!

2. Betäubungsmittel dürfen nicht in Substanz, sondern nur in einer Arzneizubereitung verschrieben werden (§ 8 Abs. 1).

3. Eine Arznei darf nur ein Betäubungsmittel enthalten (§ 7 Abs. 1).

4. Die meisten Betäubungsmittel dürfen nur bis zu einem bestimmten %-Gehalt in einer Arznei enthalten sein (§ 8 Abs. 2). Siehe Übersichtstabelle unter Ziffer 5.

5. Für den gleichen Kranken oder für den Praxisbedarf darf an einem Tag nur ein Betäubungsmittel und dieses nur in begrenzter Menge verschrieben werden (§ 9 Abs. 1 und 3).

Sieht sich ein Arzt in besonderen Fällen gezwungen, am gleichen Tag noch ein zweites Betäubungsmittel bei dem Kranken anzuwenden, so muß er auf den für seine Praxis verschriebenen Vorrat zurückgreifen. Einen solchen Vorrat kann sich der Arzt nur dadurch anlegen, daß er die gewünschten Betäubungsmittel einzeln (der Zahnarzt nur Kokain) an verschiedenen Tagen aufschreibt.

Bemerkung zu nachstehender Tabelle: Der Verschreibungsverordnung unterstehen u. a. folgende Zubereitungen, aus deren Namen nicht ohne weiteres hervorgeht, daß sie eines der in der Tabelle genannten Betäubungsmittel enthalten: Isophen (Phenylmethylaminopropan); Mydrialaugen- salbe und -augentropfen (u. a. Phenylaminopropan); Neuro- phylinpillen (0,05 g Opium u. a. in jeder Pille); Scophedal (in jeder Ampulle 0,01 Eukodal); Spasmalgin-Dragees und -Ampullen (jede Dragee und jede Ampulle enthält 0,005 g Morphin. pur.); Trivalin (jede Ampulle enthält 0,01936 g Morph. isovalerian).

Übersichtstabelle

Der Verschreibungs- und Abgabeverordnung unterliegende Mittel	Für einen Tag zulässige Verschreibungsmenge für den gleichen Kranken oder für die ärztliche Praxis	Zulässiger Höchstgehalt	
		in Tabletten	in den abrei- gen Arznei- formen
Aedicon	bis 0,2 g	30 ‰	15 ‰
Diacetylmorphin (Heroin) (inzw. a. d. Verkehr gezogen)	bis 0,03 g	15 ‰	15 ‰
Dicodid	bis 0,2 g	30 ‰	15 ‰
Dilaudid	bis 0,03 g	30 ‰	15 ‰
Dolantin	bis 1,0 g	nicht vorgesehen	nicht vorgesehen
Eukodal	bis 0,2 g	30 ‰	15 ‰
Kokain	siehe Nr. 7, Buchstaben a) und b)		
Laudanon und diesem ähnl. Zubereitungen	bis 0,4 g	30 ‰	15 ‰
Morphin	bis 0,2 g; als „Eingetragene Verschreibung“ (siehe Nr. 6) auch mehr als 0,2 g	15 ‰	15 ‰
Morphin-Aminoxyd	bis 0,2 g	30 ‰	15 ‰
Narcephin	bis 0,4 g	30 ‰	15 ‰
Opium	bis 2,0 g		
Opiumzubereitungen:			
Extractum Opii	bis 1,0 g	} nicht vorge- gesehen	}
Tinct. Opii simpl.	bis 20,0 g		
Pulvis Ipecac. opiatum (Pulv. Doveri)	bis 20,0 g		
Pantopon und diesem ähnliche Zubereitungen (Opium conc. DAB 6)	bis 0,4 g		
Paramorfan	bis 0,2 g	30 ‰	15 ‰
Phenylaminopropan (Aktebron, Benzedrin, Elastonon)	bis 0,2 g; zur Anwendung am Auge bis 0,5 g	nicht vorgesehen	nicht vorgesehen
Phenylmethylaminopropan (Pervitin)	bis 0,1 g	nicht vorgesehen	nicht vorgesehen

6. Als „Eingetragene Verschreibung“ darf die Tagesmenge von Morphin, Opium oder einer Opiumzubereitung für einen Kranken, jedoch nicht für den Praxisbedarf, vom Arzt (nicht vom Zahnarzt) überschritten werden (§ 9 Abs. 2).

Eine solche Verschreibung hat der Arzt in einem besonderen mit fortlaufenden Seitenzahlen versehenen Buch (Morphinbuch) zu begründen und einzutragen: Aufzeichnungen über den Krankheitsfall (Name, Wohnung, Alter des Kranken, die vom Arzt festgestellte Erkrankung, die das Überschreiten der für Morphin und Opium festgesetzten Tages-Höchstmengen nötig macht); anschließend an diese Angaben sind jeweils der Tag des Verschreibens, die in der Arznei enthaltene Menge des Morphins, des Opiums oder der Opiumzubereitung sowie der Zeitraum, für den die Arznei verschrieben wird, einzutragen.

Ist die Arznei für einen Betäubungsmittelsüchtigen bestimmt, so hat der Arzt in dem Morphinbuch außerdem nachstehende Fragen zu beantworten:

- Welche Betäubungsmittelsucht liegt vor?
- Seit wann?
- Haben Entziehungskuren stattgefunden?
- Wenn ja: wann, in welcher Anstalt oder bei welchem Arzt, mit welchem Erfolg?
- Welche Menge des Betäubungsmittels wird angeblich täglich gebraucht?
- Welche Menge des Betäubungsmittels wird zu diesem Zeitpunkt, an dem diese Aufzeichnungen gemacht werden, für ärztlich begründet gehalten?
- Warum wird zur Zeit keine Entziehungskur eingeleitet?
- Wann soll sie eingeleitet werden?

Das Morphinbuch muß der Arzt mindestens fünf Jahre, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufbewahren und dem zuständigen Amtsarzt auf Verlangen vorlegen.

Auf der Anweisung hat der Arzt vor der Namensunterschrift den eigenhändigen Vermerk „Eingetragene Verschreibung“ anzubringen.

7. a) Kokain darf vom Arzt (nicht vom Zahnarzt) für einen Kranken nur zu dessen eigenem Gebrauch und nur in bestimmten Arzneiformen verordnet werden. Zulässige Tagesmenge: 0,1 g Kokain (§ 13).

Kokain, das nicht ein Kranker an sich selbst anwenden soll, sondern das der Arzt in der Praxis am Kranken anwenden will, darf nur für den Praxisbedarf verschrieben werden. Ein Rezept, das z. B. für N. N. mit dem Zusatz „Für den Gebrauch in der Praxis“ ausgestellt ist, darf demnach von der Apotheke nicht beliefert werden.

Zulässige Arzneiformen:

Wässrige Lösung mit einem Gehalt von höchstens 2% Kokain **nur als Augentropfen**. Von einer 2%igen Lösung können demnach nicht mehr als 5 g — von einer Lösung mit niedrigerem Kokaingehalt als 2% entsprechend mehr — verschrieben werden. Solche zur Verwendung am Auge bestimmten Lösungen können neben Kokain auch andere Stoffe, z. B. Zinksulfat, enthalten.

Salbe mit einem Gehalt von höchstens 2% Kokain **nur als Augensalbe**. Auch hier gilt sinngemäß das vorstehend Gesagte.

Wässrige Lösung mit einem Gehalt von höchstens 1% Kokain **und** mit einem Zusatz von mindestens 0,1% Atropinsulfat ohne Beschränkung des Verwendungszweckes, also sowohl für äußerlichen als auch für innerlichen Gebrauch. Es können demnach also höchstens 10 g 1%ige Kokainlösung mit 0,1% Atropinsulfat — von einer Lösung mit niedrigerem Kokaingehalt als 1% entsprechend mehr — verschrieben werden.

b) Für den Praxisbedarf darf der Arzt Kokain nur in bestimmten Arzneiformen und nur zu Eingriffen am Auge, am Kehlkopf, an der Nase, am Ohr und zu chirurgischen Eingriffen am Rachen und Kiefer (der Zahnarzt nur als wässrige Lösung zu chirurgischen Eingriffen am Rachen und Kiefer) verschreiben, und zwar nur dann, wenn die beabsichtigte Schmerzbetäubung auf andere Weise nicht möglich ist und die Arznei zum Aufbringen auf das Auge oder auf die Schleimhäute der genannten Körperteile bestimmt ist. Zulässige Tagesmenge: 1 g Kokain (§ 14).

Zulässige Arzneiformen:

Wässrige Lösung mit einem Gehalt von höchstens 20% Kokain. Von einer 20%igen Lösung können demnach nicht mehr als 5 g — von einer Lösung mit niedrigerem Kokaingehalt als 20% entsprechend mehr — verschrieben werden.

Salbe mit einem Gehalt von höchstens 2% Kokain. Von einer 2%igen Salbe können demnach nicht mehr als 50 g — von einer Salbe mit niedrigerem Kokaingehalt als 2% entsprechend mehr — verschrieben werden.

Augentablette.

c) Kokain darf nur als „Eingetragene Verschreibung“ verschrieben werden (§§ 13, 14, 15, 18).

Jede Kokainverschreibung hat der Arzt (Zahnarzt) in einem besonderen, mit fortlaufenden Seitenzahlen ver-

sehenen Buch (Kokainbuch) zu begründen und einzutragen.

Bei Verschreibungen für einen Kranken zu dessen eigenem Gebrauch sind anzugeben: Name des Kranken; die vom Arzt festgestellte Erkrankung, die das Verschreiben einer Kokain enthaltenden Arznei nötig macht; der Tag des Verschreibens und die Menge des in der Arznei enthaltenen Kokains einzutragen.

Bei Verschreibungen für den Praxisbedarf hat der Arzt (Zahnarzt) den Tag des Verschreibens und die Menge des in der Arznei enthaltenen Kokains einzutragen.

Das Kokainbuch ist mindestens fünf Jahre, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren und dem zuständigen Amtsarzt auf Verlangen vorzulegen.

8. Form und Inhalt einer Betäubungsmittelverschreibung (§ 19)

Anweisungen (Rezepte) über Betäubungsmittel enthaltende Arzneien müssen außer Art und Menge der Arznei folgende Angaben enthalten:

a) Name des Arztes, seine Berufsbezeichnung (z. B. prakt. Arzt, Facharzt für innere Krankheiten, Zahnarzt, Tierarzt) und seine Anschrift (Ort der Praxis oder Wohnung).

b) Tag des Ausstellens. Vor- oder Zurückdatieren ist nicht gestattet!

c) Eine ausdrückliche Gebrauchsanweisung; aus ihr muß, soweit die Arznei für eine Einzelperson bestimmt ist, entweder die Häufigkeit der Anwendung oder die jeweils anzuwendende Einzelgabe ersichtlich sein (z. B. „2mal täglich 1 Zäpfchen einführen“, „bei starken Schmerzen 20 Tropfen“). Unzulässig sind Vermerke allgemeiner Art (z. B. „Nach Vorschrift“, „Zur Injektion“, „Im Anfall“).

Verschreibungen Kokain oder Phenylaminopropan (Akedron, Benzedrin, Elastonon) enthaltender Arzneien für einen Kranken zur Anwendung am Auge müssen in der Gebrauchsanweisung diesen Verwendungszweck angeben.

Für den Praxisbedarf bestimmte Verschreibungen müssen ebenfalls mit eindeutigen Angaben versehen sein (z. B. „Für den Gebrauch in meiner Praxis“, „Für den Praxisbedarf“). Unzulässig sind unklare Angaben über den Zweck der Verschreibung (z. B. „ad usum proprium“, „ad usum medici“). Gebraucht ein Arzt für sich selbst ein Betäubungsmittel, so muß er das Rezept auf seinen eigenen Namen ausstellen.

d) Name und Wohnung des Kranken, für den die Arznei bestimmt ist.

e) Eigenhändige, ungekürzte Namensunterschrift.

f) In den Fällen, wo dies vorgeschrieben ist (Nr. 6 und Nr. 7 Buchstabe c), vor der Namensunterschrift den eigenhändigen Vermerk „Eingetragene Verschreibung“.

g) Alle Angaben auf der Verschreibung müssen mit Tinte oder Tintenstift gemacht werden, ausgenommen die nach obigem Buchstaben a), welche auch aufgedruckt oder aufgestempelt sein dürfen.

9. Betäubungsmittel für Krankenanstalten

Für private Krankenanstalten, die nicht unter den Begriff „öffentlich und gemeinnützig“ fallen, darf der Arzt Betäubungsmittel überhaupt nicht (z. B. „Für den Bedarf der Privatklinik X“) verschreiben. In diesen Fällen muß die Verschreibung vielmehr entweder auf den Namen des Insassen der Anstalt, der das betreffende Betäubungsmittel benötigt, ausgestellt werden, oder „Für den Praxisbedarf“.

Für öffentliche und gemeinnützige Krankenanstalten (auch Universitätskliniken und diesen gleichgestellte Anstalten) dürfen dagegen Betäubungsmittel mit einem entsprechenden Hinweis auf die allgemeine Art der Verwendung (z. B. „Für die staatl. Heilanstalt X“, „Für die chirurg. Abt. des Kreiskrankenhauses“) verschrieben werden. Für solche Anstalten können außerdem an einem Tag mehrere Betäubungsmittel und größere Mengen als die oben (Ziffer 5) angegebenen Höchstmengen (bei Morphin, Opium und Kokain ohne Vermerk „Eingetragene Verschreibung“) verschrieben werden. Soweit die Anstalten die Betäubungsmittel aus einer staatl. zugelassenen eigenen Anstaltsapothek mit approbiertem Apotheker beziehen, unterliegt ein solcher Bezug den Vorschriften der Verschreibungs-Verordnung überhaupt nicht.

10. Unvorschriftsmäßig ausgestellte Verschreibungen dürfen die Apotheken nicht beliefern

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, daß die Verschreibungs- und Abgabeverordnung auch entsprechende Vorschriften für die Apotheken enthält. Danach dürfen Apotheken unvorschriftsmäßig ausgestellte Rezepte nicht beliefern. Auf eine solche Verschreibung hat der Apotheker pflichtgemäß den Vermerk zu setzen: „Die Verschreibung darf nach gesetzlicher Vorschrift nicht beliefert werden“ und sie sodann mit der Firma der Apotheke in einem geschlossenen Briefumschlag dem Arzt (oder Zahnarzt) zuzustellen.

Der Arzt und die Gerichte der Sozialversicherung

Von Oberregierungsrat Dr. Werner Wilde, Stuttgart

I.

In Heft 7 des Jahrgangs 50 S. 141 hat Oberreg. Med.-Rat i. R. Dr. Silberborth die rechtlichen Grundlagen dargestellt, die für den Arzt wichtig sind, wenn er beruflich mit der Sozialversicherung oder der Kriegsbeschädigtenbetreuung zu tun hat.

Hierzu zunächst eine wichtige Ergänzung:

Das Kriegsbeschädigtenrecht, das nach 1945 ganz auf-

gehoben und dann für die amerikanische, britische und französische Zone aufgesplittet war (ganz abgesehen von der sowjetischen Zone, wo auch heute nur ein ganz mangelhaftes Versorgungsrecht gilt), ist jetzt wieder einheitlich zusammengefaßt worden in dem vom Bundesrat und Bundestag einmütig beschlossenen Bundesversorgungsgesetz vom 20. Dezember 1950. Es darf ohne Übertreibung gesagt werden, daß dieses Gesetz eine große

soziale Leistung darstellt, die sich sehr bald zum Segen von Millionen von Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen auswirken wird, daß es allerdings auch eine sehr starke Belastung der Volksgesamtheit bedeutet (schätzungsweise $3\frac{1}{2}$ Milliarden Mark im Jahr, also mehr, als beispielsweise die gesamte Lohnsteuer einbringt). Es würde zu weit führen, hier Einzelheiten aus dem neuen Gesetz zu bringen. Jeder Arzt wird über eine Textausgabe, besser noch über eine kleine kommentierte Handausgabe, verfügen müssen. Hervorgehoben seien nur zwei Punkte.

1. Gewaltig verbessert wird vor allem die Versorgung der Schwer- und Schwerstbeschädigten. Hier war die Nottlage besonders schlimm und Abhilfe durchaus geboten.

Künftig, und zwar rückwirkend ab 1. Oktober 1950, erhält der voll Erwerbsunfähige eine Grundrente von 75.— DM monatlich, und wenn er kein sonstiges Einkommen hat, eine Ausgleichsrente von 90.— DM. Dazu bekommt er, wenn er der Invaliden- oder der Angestelltenversicherung angehört hat, ungekürzt Invalidenrente oder Ruhegeld; dazu bei Hilflosigkeit eine Pflegezulage von mindestens 50.— DM, die bei den schlimmsten Fällen auf 150.— DM monatlich steigen kann.

2. Die Rente beginnt bereits bei einer Erwerbsminderung von 25 v. H. (nicht 30 v. H. wie nach dem KB-Leistungsgesetz) und ist dann gestaffelt in der Weise, daß auf Durchschnittssätze abgerundet wird, und zwar bei 25 bis unter 35 auf 30 v. H., bei 35 bis unter 45 auf 40 v. H. usw. Die Rente setzt sich zusammen aus einer Grundrente, die je nach dem Grad der Erwerbsminderung (30 v. H. bis 100 v. H.) 15.— DM bis 75.— DM beträgt, und einer Ausgleichsrente, die an die Schwerbeschädigten gezahlt wird, wenn sie infolge ihres gesundheitlichen Zustandes oder hohen Alters oder aus einem von ihnen nicht zu vertretenden sonstigen Grund eine ihnen zumutbare Erwerbstätigkeit nicht oder nur in beschränktem Umfang ausüben können und ihr Lebensunterhalt nicht auf andere Weise sichergestellt ist. Die Ausgleichsrente beträgt bei einer Erwerbsminderung von 50 v. H. 40.— DM monatlich und staffelt sich bis zu 90.— DM bei Erwerbsunfähigkeit. Dazu treten Zuschläge für Ehefrau und Kinder. Dabei ist das Einkommen in gewissem Umfang auf die Ausgleichsrente (nicht auf die Grundrente, die stets unverkürzt gezahlt wird) anzurechnen.

II.

Aber auch in anderer Blickrichtung sollen die Ausführungen Dr. Silberborths ergänzt werden, nämlich hinsichtlich des praktischen Zusammenwirkens von Arzt und den Gerichten der Sozialversicherung, das sind die Oberversicherungsämter und Landesversicherungsämter und später einmal das im Grundsatz bereits beschlossene, aber noch nicht eingerichtete Oberste Bundes-Sozial-Versicherungsgericht (der Name Amt darf nicht irreführen). Die Oberversicherungsämter und Landesversicherungsämter haben zwar auch Aufgaben der Verwaltung zu erfüllen, ihre richterliche Tätigkeit überwiegt aber bei weitem. In der Krankenversicherung haben auch die Versicherungsämter richterliche Funktionen). Die Reichsversicherungsordnung hat die Sozialversicherungsgerichte — abgesehen von den Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Beisitzern — nicht mit Ärzten, sondern mit Juristen als Richter besetzt. Der andere Weg wäre denk-

bar gewesen; er ist zum Teil auch im Ausland gegangen worden. Aber die deutsche Regelung hat sich bewährt. Sie setzt freilich ein enges Zusammenwirken und Verständnis für den anderen Teil auf beiden Seiten voraus. Der Richter muß wissen, welche Aufgaben und Schwierigkeiten der Arzt bei der Erstellung von Gutachten und auch schon bei der Abgabe von Befundberichten hat, und der Arzt muß verstehen, daß die Entscheidung des Gerichts nicht eine rein medizinische ist (sonst hätte man sie ja besser einem Ärztekollegium übertragen), sondern daß wirtschaftliche und rechtliche Fragen ebenso entscheidend sind.

Wenn er Verständnis für die Aufgaben der Sozialversicherung und Kriegspopferversorgung hat, wird er sich hüten, reine Gefälligkeitszeugnisse auszustellen, die dem Gericht die Arbeit erschweren, den Patienten — wenn er damit nicht durchdringt — verbittern und die deshalb letzten Endes auf den Arzt zurückfallen. Die Aufgabe des Arztes ist es nicht, seinen Patienten eine Rente zu verschaffen, sondern dem Gericht die objektiven Grundlagen zu geben, nach denen es unter verständnisvoller sozialer Einstellung, aber unter Bindung an das geschriebene Recht, zu entscheiden hat. Das Gericht dient dem Recht genau so, wenn es gesetzlich unbegründete Ansprüche abweist, als wenn es berechnete zuspricht. Wer in der Praxis steht, weiß, wie oft sich Parteien und Kläger darauf berufen, daß andere unter ähnlichen Verhältnissen eine Rente genießen — vielleicht durchaus zu Unrecht. Jedes Fehlgutachten des Arztes, jedes Fehlurteil des Gerichts kann sich unheilvoll im Sinne der sozialen Verbitterung für viele andere Fälle auswirken — ganz abgesehen von der außerordentlich hohen finanziellen Belastung, die der Allgemeinheit daraus erwachsen kann und über die man sich manchmal nicht genügend Rechenschaft ablegt. Und noch eines, was der Sozialversicherungs-Richter sich immer wieder sagen muß: Es ist schön und unumgänglich notwendig, soziales Verständnis zu haben, aber es ist auch zu bequem, großzügig auf anderer Leute Kosten zu sein. Alle, die in der Sozialversicherung tätig sind — Ärzte und Richter — müssen sich vor Augen halten, daß die Leistungen der Versicherung und Versorgung zwar nicht direkt aus ihrem Geldbeutel gezahlt werden müssen, wohl aber von der Gesamtheit der Schaffenden, der sie selbst angehören.

III.

Für das Zusammenwirken zwischen Arzt und Sozialversicherungsgericht seien einige besonders wichtige Fragen herausgegriffen.

1. Nach § 1254 RVO. in der seit 1. Juni 1949 geltenden verbesserten Fassung ist invalid, wer infolge Krankheit oder Gebrechen durch eine ihm zumutbare Arbeit nicht einmal die Hälfte von dem erwerben kann, was Gesunde unter ähnlichen Verhältnissen durch Arbeit zu verdienen pflegen (auf die Problematik der „alten Fälle“ mit einer Erwerbsminderung von mehr als $\frac{2}{3}$ soll nicht eingegangen werden, da sie binnen kurzem durch Zeitablauf erledigt sein wird; im gegebenen Falle weist das Gericht besonders darauf hin). Auf den abstrakten Grad der Erwerbsminderung allein kommt es nicht an. So sind z. B. Blinde in der Unfallversicherung und in der Kriegsbeschädigtenversorgung 100 v. H. erwerbsbeschränkt und erhalten die Vollrente, aber sie müssen deshalb nicht invalid sein. Es gibt nicht wenig Blinde, die einen

vollwertigen Beruf ausüben und die selbst — schon wegen der Sorge für Arbeitsunfähigkeit, Alter und Familie — den größten Wert darauf legen, der Invalidenversicherung anzugehören.

Denn man darf die Kehrseite nicht übersehen:

Wer invalid ist, darf keine Beiträge zur Invalidenversicherung zahlen, weder pflichtmäßige noch freiwillige. Trotzdem geleistete Beiträge sind unwirksam und werden zurückgewährt. Es kann vorkommen, daß dadurch der ganze Versicherungsschutz hinfällig wird, nämlich wenn nach Beanstandung der unzulässigen Beiträge die Wartezeit nicht erfüllt oder die Anwartschaft erloschen ist. Man darf dann nicht einfach auf „die Versicherung“ schimpfen (das sollte man so allgemein überhaupt nicht, bei aller Unabhängigkeit des Urteils im einzelnen). Denn die Erfahrung lehrt, daß nicht ganz selten Leute, die bereits invalid sind (Schizophrene, Epileptiker, arbeitsunfähige Blinde, Schwere Körperbehinderte), durch Begründung eines Scheinarbeitsverhältnisses in die Invalidenversicherung eingeschmuggelt werden. Hiergegen müssen sich die Landesversicherungsanstalten mit Recht wehren, da dies eine untragbare Belastung der übrigen Versicherten bedeuten würde. Es kann sein, daß dann manchenmal bittere Not entsteht. Aber deshalb darf das Recht nicht gebeugt werden. **Versicherung ist nicht Fürsorge.** Im äußersten Notfall muß dann vielleicht die Fürsorgeunterstützung eingreifen.

2. In der Praxis ist es sehr häufig, daß sich der Versicherte auf den Grad der Erwerbsminderung in seinem Versorgungsbescheid oder Unfallrenten-Bescheid beruft und glaubt, damit einen unbedingten Anspruch auf Invalidenrente zu haben. So erhält der Oberschenkelamputierte im allgemeinen eine Versorgungsrente (früher KB-Rente) von 70 v. H. Die wenigsten Oberschenkelamputierten aber sind invalid; meist üben sie einen ihnen zumutbaren Beruf aus, in dem sie mindestens halb soviel wie ein Gesunder verdienen.

Andererseits ist es möglich, daß jemand mit weniger als 50 v. H. abstrakt berechneter Erwerbsminderung invalid ist. So ist einer Hebamme, die schlecht hören und schlecht laufen konnte, mit 40 v. H. theoretischer Erwerbsminderung das Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung bewilligt worden, weil sie den Beruf einer Hebamme nicht mehr ausüben und auch nicht auf einen vergleichbaren anderen Beruf verwiesen werden konnte.

3. Die Begriffe „Invalidität und Berufsunfähigkeit“ haben sich zwar weitgehend angenähert, decken sich aber nicht voll. Bei beiden wird zwar auf eine Erwerbsbeschränkung von mehr als 50 v. H. abgestellt; aber in der Invalidenversicherung muß sich der Versicherte auf jeden zumutbaren Beruf verweisen lassen; in der Angestelltenversicherung nur auf einen Beruf, der ähnliche Ausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt, also auf die gleiche Berufsgruppe (was nicht zu eng ausgelegt werden darf. Anpassung muß man von jedem verlangen, der hierzu die Voraussetzungen erfüllt). Aber auch in der Invalidenversicherung kann der Versicherte nicht auf jeden Beruf verwiesen werden, sondern nur auf den ihm zumutbaren. Z. B. kann von einem alten Lokomotivführer nicht verlangt werden, daß er noch als Ausgeher oder Hilfsarbeiter leichtere Arbeiten verrichtet. Eine Frau, die früher im Haushalt tätig war und seit Jahrzehnten nur der Arbeit in Familie und Haushalt gelebt hat, kann nicht darauf

verwiesen werden, sich im hohen Alter noch eine leichte Fabrikarbeit zu suchen, an die sie sich nicht mehr anpassen kann. Überhaupt ist bei Versicherten im vorgeschrittenen Alter besonders sorgfältig zu prüfen, ob sie überhaupt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch wettbewerbsfähig eingesetzt werden können; mit der Vollendung des 65. Lebensjahres wird dann die Altersrente ganz unabhängig vom gesundheitlichen Zustand gewährt.

4. Alles das aber sind Fragen, die nicht der Arzt, sondern das Gericht zu beantworten hat. Der Arzt kann auch bei bestem Willen und bei größtem sozialem Verantwortungsgefühl hierüber keine bindende Entscheidung fällen. Aber er soll dem Richter die Unterlagen liefern, damit dieser sein Urteil richtig, d. h. gerecht fällen kann. Die Gutachter, die vom Obergesundheitsamt und vom Landesversicherungsamt in großem Umfange herangezogen werden, sind über diese Zusammenhänge meist schon unterrichtet. Im Einzelfall werden sie vom Gericht durch die besondere Art der Fragestellung darauf hingewiesen werden.

Aber auch der praktische Arzt, der kein Gutachten erstatten, sondern nur einen kurzen Befundbericht über seinen Patienten abgeben soll, muß sich über diese Dinge im klaren sein. Es ist deshalb meist wertlos, wenn er einfach einen Grad der Erwerbsminderung angibt und ihn dabei, vielleicht in der guten Absicht, seinem Patienten zu helfen, besonders hoch greift. Wenn er von dem Gutachten eines Sachverständigen abweichen will, muß er vor allem sagen, welchen anderen Befund er erhoben, welche anderen objektiven Wahrnehmungen er gemacht hat; mit dem bloßen Einsetzen eines anderen Grades der Erwerbsminderung ohne Begründung ist nichts gewonnen. Überhaupt sind die Aufgaben eines praktischen Arztes vielmehr die eines Zeugen, aber eines sachverständigen Zeugen. Er soll aus seiner eigenen, vielleicht jahrelangen Wahrnehmung angeben, was zur Beurteilung wichtig ist. Z. B., daß sein Patient seit Jahren nur mit Mühe mit seiner Arbeit fertig wird, daß er Hilfskräfte heranziehen muß, daß er öfters längere Zeit bettlägerig ist, daß er hart gegen sich selbst ist, daß er vielleicht trotz ärztlichen Rates schafft — oder auch das Gegenteil! Der Arzt kann sicher sein, daß solche objektiven Bekundungen — an die natürlich dieselben Voraussetzungen gestellt werden müssen wie an jede gerichtliche Zeugenaussage — vom Gericht sehr sorgfältig geprüft werden, und daß sie nicht selten dazu führen, das Gericht von der Invalidität oder Berufsunfähigkeit des Klägers zu überzeugen und ihm dadurch zur Rente zu verhelfen.

5. In der Unfallversicherung und ebenso in der Kriegsopferversorgung wird die Rente nicht nach dem wirklich eintretenden Verdienstausfall, sondern nach abstrakten Merkmalen, nach der Erwerbsminderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, festgesetzt. Dieser „allgemeine Arbeitsmarkt“ setzt eine erhebliche anstrengende körperliche Tätigkeit voraus. Es ist also rechtsirrtümlich, wenn man in Schriftsätzen oder in ärztlichen Zeugnissen manchenmal liest, der Kläger sei stärker erwerbsbeschränkt, weil er körperlich angestrengt arbeiten müsse und nicht am Schreibtisch sitzen könne. Richtig ist lediglich, daß umgekehrt Unfallverletzte und Kriegsbeschädigte die Rente nach der Erwerbsminderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch dann zu bean-

sprachen haben, wenn sie in ihrer Arbeit praktisch kaum behindert sind (so Oberschenkelamputierte bei reiner Büro­tätigkeit).

Für die Bemessung des Grades der Erwerbsminderung haben sich Erfahrungssätze herausgebildet, die im Rentenmann von Lininger-Molineus nachzulesen sind. Sie sind nicht starr, aber eine Abweichung erfordert eine besondere Begründung.

Sehr schwierig zu beurteilen ist der Grad der Erwerbsminderung auf nervenfachärztlichem Gebiet. Hier wird der Hausarzt zweckmäßigerweise dem Psychiater die Beurteilung überlassen.

6. Überhaupt soll der praktische Arzt sich nicht zu viel zumuten. Die Gerichte der Sozialversicherung haben volles Verständnis für die verantwortungsvolle und aufreibende Tätigkeit des praktischen Arztes. Er kann aber unmöglich die Erfahrung und das Fachwissen haben, um das sorgfältig begründete Gutachten eines angesehenen Facharztes zu entkräften. Die Gerichte beschränken sich durchaus nicht darauf, einen Vertrauensarzt oder einen Gerichtsarzt zu hören, sondern sie ziehen in allen einigermaßen schwierigen oder zweifelhaften Fällen Gutachten von anerkannten Fachärzten bei, und zwar von den besten, die überhaupt zu erreichen sind.

Besonders schwierig ist dabei die Frage, ob zwischen Unfall und Krankheitserscheinung oder zwischen Kriegsdienst und Krankheitserscheinung oder Tod ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Hier ist für den praktischen Arzt besonders Zurückhaltung am Platze. Wenn er bei solchen Fragen gegen einen Bescheid der Versicherungsträger oder des Versicherungsamtes oder gegen ein Gutachten Bedenken hat, so braucht er deswegen nicht zu schweigen. Aber meist wird es sich dann empfehlen, daß er seinerseits nur angibt, welche Punkte nachgeprüft werden sollen, oder welchen anderen Gutachter von besonderer Erfahrung er vorschlägt.

Ganz besonders groß ist die Verantwortung — und sie wird vom Oberversicherungsamt und vom Landesversicherungsamt auch so empfunden —, wenn es sich um die Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Wehrdienst und Tod handelt. Leider tragen ab und zu ärztliche Zeugnisse dieser Verantwortung nicht Rechnung. Der Arzt muß wissen, daß bloße Möglichkeiten des ursächlichen Zusammenhangs nicht genügen, sondern daß überwiegende Wahrscheinlichkeit erfordert wird

(§ 2 Abs. 2 KBLG., jetzt § 1 Abs. 3 des Bundesversorgungsgesetzes). Nicht ganz selten bringen die Witwen Bescheinigungen ihres Arztes bei, die mit dem Gutachten von mehreren angesehenen Gutachtern (Universitätsprofessoren, Pathologen, Direktoren großer Kliniken) in Widerspruch stehen. Die Witwen sind dann verbittert, wenn die Rente versagt werden muß, trotz Bescheinigung ihres Arztes, zu dem sie besonderes Vertrauen haben und auch haben sollen. Würde der Arzt sie richtig beraten — er mag notfalls ruhig die Nachprüfung durch einen anderen angesehenen Gutachter empfehlen —, so würde viel Unmut erspart werden.

7. Noch ein Wort zum Pflegegeld. Nach § 585 c RVO. ist Pflegegeld zu gewähren, solange der Verletzte infolge eines Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, und so ist es auch in § 35 des neuen Bundesversorgungsgesetzes übernommen worden. Das ist in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes und des Reichsversicherungsgerichtes wie folgt umschrieben worden:

„Pflegebedürftig ist, wer zu zahlreichen Verrichtungen des täglichen Lebens fremder Hilfe bedarf.“

Für das Pflegegeld genügt es also nicht, daß ein Unfallverletzter oder ein Kriegsbeschädigter sich schwer tut; dem ist im Rahmen des Grades der Erwerbsminderung Rechnung getragen. Ebenso ist ohne Einfluß seine wirtschaftliche Lage; das wird durch Gewährung der Ausgleichsrente berücksichtigt. Nicht genügend ist, daß jemand einer besonderen Heilbehandlung oder einer besonderen Kost bedarf; denn die Heilbehandlung wird gesondert gewährt und die Kost ist keine Verrichtung des Verletzten. Wohl aber würde natürlich ein Pflegegeld berechtigt sein, wenn der Verletzte angekleidet oder gefüttert werden muß (sei es wegen Verlustes der Arme oder wegen Nerven- oder Geistes-Störungen). Dagegen genügt es z. B. nicht, daß der Oberschenkelamputierte nicht allein auf die Straßenbahn steigen kann, denn jeder anständige Mensch wird ihm dabei behilflich sein, ein besonderer Aufwand erwächst also dadurch nicht.

Entscheidend ist immer, ob der Verletzte hilflos ist, und es ist zu prüfen, welcher Aufwand an fremder Wartung und Pflege ihm dabei entsteht. Gerade hierbei ist es Aufgabe der Hausärzte, durch genaue Schilderung der objektiven Verhältnisse dem Gericht die Grundlage zu einer richtigen Entscheidung zu verschaffen.

Nachtrag zum Aufsatz „Reflexzonenmassage“ von Herrn Professor Dr. Kohlrausch in Heft 5/1951

Wir machen darauf aufmerksam, daß geeignete Krankengymnastinnen vermittelt werden können in Nord-Württemberg und Nord-Baden durch den Ver-

band der Krankengymnastinnen, Stuttgart, Schottstr. 16 (Vorsitzende Fr. von der Esch), in Süd-Württemberg und Süd-Baden durch die Union staatlich anerkannter Krankengymnastinnen, Freiburg i. Br., Maximilianstr. 12 (Vorsitzende Fr. Dr. med. Leube).
Schriftlgt.

Buchbesprechungen

Hans K e l l n e r: „Ein Arzt erlebt die Industrie.“ Verlag Ernst Klett, Stuttgart, 1949, 205 Seiten, DM 8.80.

Das vor kurzem erschienene Buch hat bereits eine lebhaft Diskussion in Laien- und Fachkreisen hervorgerufen. Um es kritisch würdigen zu können, muß man es sorgfältig gelesen haben, was trotz oder gerade wegen der Fülle des interessanten Stoffes und des weitgesteckten sozialen Arbeitsprogramms des erfahrenen Werksarztes einige Zeit erfordert. Die Aufgabe eines „Sozialarztes“ sieht der Verfasser in der psycho-

medizinischen Auslese und psychagogischen Betreuung leibseelisch anfälliger Arbeiter im Betrieb als der aussichtsreichsten Methode der Wahl zur Beseitigung der vegetativen Dystonien. Wenn man den Ausführungen des Autors auch grundsätzlich zustimmen muß, so scheint doch die Wahl der Bezeichnung „Sozialarzt“ zugunsten eines Arztes, der praktisch sich mehr mit Psychodiagnostik wie mit Arbeitsmedizin beschäftigt, nicht zweckmäßig, da dadurch der Anschein erweckt werden könnte, als ob dies die einzig mögliche Form sozialer Therapie sei und als ob die Hilfsbedürftigkeit nur auf dem seelischen Gebiet läge. Es muß andererseits anerkannt werden, daß eine seelenärztliche Betreuung der zahlreichen Be-

drängen unserer wenig tröstlichen Zeit erforderlicher ist denn je und bisher im Routinebetrieb der ärztlichen Sprechstunde nicht zu ihrem Recht gekommen ist. Es ist das unbestreitbare Verdienst des Verfassers, daß er es verstanden hat, in einer weiten Kreisen verständlichen und interessanten Form das Problem in seiner ganzen Vielseitigkeit und Dringlichkeit aufzurollen. Die organisatorische Seite scheint jedoch in der Praxis noch nicht ganz geklärt zu sein. Hier ist zunächst noch die Frage offen, wie weit die Industrie bereit sein wird, die Finanzierung dieser gewiß mühevollen und zeitraubenden Tätigkeit, die außerdem nach Abschluß des Medizinstudiums noch ein langes Spezialstudium verlangt, zu übernehmen. Wenn die ärztliche Psychotherapie in den Rahmen der Industrie eingebaut werden sollte, wäre sie schon aus Gründen der Rentabilität an die Industriezentren gebunden und käme nur der Arbeiterschaft der Großindustrie zugute. Eine Eingliederung in die Landesversicherungsanstalten oder in den öffentlichen Gesundheitsdienst sollte daher auch noch erwogen werden. Diese im Interesse der Objektivität notwendigen Einwände sollten und können den unzweifelhaften, nicht nur programmatischen Wert des Buches nicht schmälern, das wie selten eines auch dem nicht mit der Materie vertrauten gebildeten Leser und auch dem Nichtarzt einen Überblick über das Wesen und die Aufgaben dieses heute sehr aktuellen neuen Spezialfaches der allgemeinen Medizin vermittelt.

Dr. Hoschek

Theodor Reik: „Geschlecht und Liebe.“ Ernst-Klett-Verlag Stuttgart. 267 Seiten, DM 11.50.

Kein Aufklärungsbuch, kein „Lehrbuch“. Diese Neuerscheinung handelt von der Psychologie der Liebe. Der Autor zeigt im Hauptabschnitt seines Buches, wie im Geschlechtsleben des heutigen — differenzierten — Menschen ursprünglich gar nicht sexuelle Regungen und Tendenzen wirksam sind, wie Eroberungs- und Machtwillen, wie das Bedürfnis, Schutz und Zärtlichkeit zu geben oder zu empfangen. Die Mischung dieser Impulse mit der Sexualität im engeren Sinne und — grob

gesprochen — ihre gemeinsame Befriedigung, machen das eigentlich menschliche Geschlechtsleben aus. Das flüssig geschriebene Buch vermittelt, auch da, wo es zum Widerspruch reizt — gerade da — eine Unzahl von Anregungen. Die menschlichen, wissenschaftlichen und praktisch-ärztlichen Qualitäten des Autors sind nicht zu übersehen.

Dr. J. Schröder

„Biologisch-Medizinisches Taschenjahrbuch 1951.“ Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart, 584 Seiten, DM 7.50.

Das sehr geschätzte Taschenbuch, das von Prof. Vogel begründet wurde, ist in neuer Bearbeitung durch Dr. med. Hans Haferkamp herausgekommen. In einer Zeit, in der wieder über die Ausbildung von Heilpraktikern im Bundesgebiet verhandelt wird, ist die Herausgabe dieser umfangreichen und geschickten Zusammenstellung aller sogenannten biologischen Behandlungsmethoden, an denen nur der Name schlecht ist, sehr zu begrüßen. Wenn diese Methoden, die im wesentlichen die Hilfsmittel einer guten Allgemeinbehandlung sind, von Ärzten besser und genauer angewendet würden als bisher, würde es kaum eine Konkurrenz von „Heilpraktikern“ geben, denn dann gäbe es für kranke Menschen keine Gründe, mit ihren Leiden zu anderen als Ärzten zu gehen.

Der Inhalt des Taschenbuches, das in handlicher Form erscheint, ist außerordentlich vielseitig. Biologische Krankheitslehre, Krankheitserkennung, Ernährung und Stoffwechsel, physikalische, ableitende, umstimmende Behandlungsmethoden werden besprochen und durch eine Zusammenstellung über Arzneibehandlung, in der auch die Chemotherapie und Antibiotica nicht vergessen werden, ergänzt. Der umfangreichste Abschnitt erörtert die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten in einzelnen Krankheitsgruppen. Übersichten über Heil- und Kurmittel, Groß- und Kleingeräte für Praxis und Klinik sowie ausführliche Register bilden den Abschluß des sehr empfehlenswerten Taschenjahrbuches.

Dr. Ilse Reinhardt

Bekanntmachungen

Allergie-Tagung auf Wangerooge

Die Wissenschaftliche Zentralstelle des Heufieberbundes E. V. (Verein zur Bekämpfung allergischer Krankheiten) veranstaltet am Sonntag, den 24. Juni 1951 auf der Nordseeinsel Wangerooge, Hotel Hanken eine Allergie-Tagung. — Teilnehmergebühr DM 10.—. Quartierbeschaffung erfolgt ausschließlich durch die Kurverwaltung Wangerooge.

Nähere Auskunft erteilt Prof. Carrié, Düsseldorf, Hautklinik der Medizinischen Akademie, Moorenstr. 5.

Fortbildungskurs für praktische Ärzte in Gießen

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung in der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet vom 24. bis 30. Juni 1951 einen Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Thema „Frühd Diagnose“. Gleichzeitig wird Gelegenheit gegeben zu praktischer Tätigkeit in den Kliniken. Unterbringung und Verpflegung kann in den Kliniken erfolgen. Kursgebühr 20 DM, für Jungärzte und Ärzte ohne entsprechendes Einkommen 10 DM.

Anmeldung, Prospekte und Auskunft durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32g.

Akademie für ärztliche Fortbildung, Karlsruhe

Das Thema des in Heft Nr. 5/1951, S. 99, bereits angekündigten Vortrages am Freitag, dem 13. Juli 1951, 20 Uhr, an der Akademie für ärztliche Fortbildung, Karlsruhe, von Prof. Dr. Bock, Marburg, lautet:

„Bedeutung und Indikation der diagnostischen Organfunktionen (insbesondere Leber und Milz)“.

11. Deutscher Zahnärztetag in Hamburg

Vom 23. bis 28. August d. J. findet in Hamburg der 11. Deutsche Zahnärztetag statt, verbunden mit einer internationalen Dentalschau.

Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Stuttgart

Die diesjährige Tagung der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater wurde auf die Zeit von Mittwoch, den 26. September 1951, bis Sonntag, den 30. September 1951, festgelegt. Sie findet in Stuttgart statt.

Anmeldung von Kurzvorträgen (15 Minuten) bis 1. Juli 1951 und Anmeldung zur Teilnahme an der Tagung bis 1. September 1951 an den Schriftführer der Gesellschaft, Dozent Dr. W. Winkler, Universitäts-Nervenklinik, Tübingen.

Arbeitsausschuß für Arbeitsfürsorge bei Tuberkulose

Im Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose ist am 31. März 1951 in Mainz der obige Arbeitsausschuß gegründet worden. Zum Vorsitzenden wurde Min.-Rat Dr. Paetzold, Bundesministerium für Arbeit, Bonn, gewählt.

Richtlinien für die Tuberkulose-Schutzimpfung

Vom deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose wurden Richtlinien für die Tuberkulose-Schutzimpfung aufgestellt und den Landesregierungen und Gesundheitsämtern zugeleitet. Sie können unentgeltlich von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees Hannover, Sallstr. 41, bezogen werden.

Auto-Betriebskostentabelle

Die zur Internationalen Automobil-Ausstellung, Frankfurt/Main, von den Kraftfahrzeugfabriken herausgegebenen neuen Typen und die in den ersten Monaten dieses Jahres eingetretenen Erhöhungen der Kraftwagen-, Betriebsstoff- und Reifenpreise machten eine neue Bearbeitung und Erweiterung der allgemein bekannten und bereits in 2 Auflagen erschienenen Auto-Betriebskostentabelle der WINORA notwendig.

Die Tabelle kann sich naturgemäß nur auf die schon jetzt in Serienfertigung hergestellten bzw. in größerem Umfang importierten und in absehbarer Zeit lieferbaren Personenkraftwagen erstrecken und zeigt in der gewohnten übersichtlichen Weise die Betriebskosten bei einer Gesamtjahresleistung von 10 000, 20 000 und 25 000 km sowie den Kostenanteil je gefahrenen Kilometer.

Interessenten erhalten die Betriebskostentabelle gegen briefliche Voreinsendung des Betrages von 1,— DM von der WINORA, Hamburg 1, An der Alster 49 (Arztelhaus), oder nach Eingang auf deren Postscheckkonto Hamburg 281.

Rauschgiftsüchtiger Betrüger

Nach einer Mitteilung des Zentralamts München — Landesrauschgiftstelle — ist Heinrich Schnell, geboren am 20. Februar 1915 in Offenbach am Main, hochgradig rückfällig dolantinsüchtig und bereist seit Mitte Februar 1951 Nordbayern. Er hat bereits in mehreren Fällen in Ober- und Mittelfranken Ärzte und Apotheker dadurch geschädigt, daß er sich als angebliches Kassenmitglied Kassenrezepte auf Dolantin unter Vortäuschung einer Gallenkolik verschreiben ließ.

Personenbeschreibung des Schnell: 1,80 m groß, schlank, hageres Gesicht, braune Haare, braune Augen, vorstehende Backenknochen, lückenhafte Zähne, rechter Kleinfinger fehlt, Bauchoperationsnarben.

Schnell tritt unter ständig wechselnden Namen auf. Es wird gebeten, bei eventuellem Auftreten des Genannten umgehend die Landespolizei Württemberg — Kriminalhauptstelle — Zentralstelle zur Bekämpfung von Rauschgiftdelikten, Stuttgart, Neckarstraße 195, zu benachrichtigen.

Aufruf

85 Prozent aller Deutschen sind Nichtschwimmer. Über 3000 Menschenleben fallen jährlich dem „Nassen Tod“ zum Opfer. 915 Kinder sind 1949 in den Bundesländern und in West-Berlin durch Ertrinken ums Leben gekommen. Diese nüchternen Zahlen sprechen eine unerbittliche Sprache!

Hier Abhilfe unter der Jugend in Schulen und Betrieben zu schaffen, hat sich das

Aufklärungswerk „Schwimmen und Retten“

als Ziel gesetzt.

Für seine Verwirklichung setzen sich die unterzeichneten Verbände und Organisationen ein.

Das Aufklärungswerk „Schwimmen und Retten“ ist zugleich Auftakt für die in diesem und im kommenden Jahr vom Deutschen Schwimmverband, dem Deutschen Turner-Bund und der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft geplante Werbung für das Schwimm- und Rettungswesen in der Bundesrepublik und in West-Berlin.

Aufgaben sind: Ertüchtigung durch Schwimmen; Förderung der Volksgesundheit; Aufklärung über Gefahren des Wassers; Verstärkter Unterricht im Schwimmen und Retten.

Wir rufen die Jugend:

LERNT SCHWIMMEN!

Daume,
Präsident des Deutschen
Sportbundes

Oberbürgermeister a. D.
Böhme,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für das Badewesen

Baier,
Präsident des Deutschen
Schwimm-Verbandes

Schramm,
Vorsitzender des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Professor Dr. Heiß,
Vorsitzender des Deutschen Sportärzte-Bundes

Oberbürgermeister
Dr. h. c. Kolb,
Vorsitzender des Deutschen Turner-Bundes

Traeger,
I. Vorsitzender der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft

Professor Dr. h. c. Diem,
Rektor der Sporthochschule Köln

Dr. Grotewahl,
Präsident der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft
Oberbürgermeister a. D.

Dr. Neuffer,
Präsident d. Deutschen Ärztetages und I. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern

ARZTEKAMMER NORD-WÜRTTEMBERG E. V.
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG LANDESSTELLE WÜRTTEMBERG (US-ZONE)
Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 7 60 44 und 7 60 45

Gesetz Nr. 286**über die Aufhebung der Anzeigepflicht bei Schwangerschaftsunterbrechungen, Fehl- und Frühgeburten**

Vom 16. April 1951

Der Landtag hat am 11. April 1951 in Abänderung des Gesetzes Nr. 34 über die Nichtanwendung des Gesetzes zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses vom 24. Juli 1946 (RegBl. S. 207) das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

Die Anzeigepflicht bei Schwangerschaftsunterbrechungen, Fehl- und Frühgeburten (§ 1 Abs. 2 des Gesetzes Nr. 34 i. V. mit Art. 12 der Verordnung vom 18. Juli 1935, RGBl. I S. 1035) wird aufgehoben.

§ 2

Das Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Stuttgart, den 16. April 1951

Die Regierung des Landes Württemberg-Baden:

Dr. Reinhold Maier Fritz Ulrich Dr. Schenkel
Dr. Frank Stetter Herrmann

Wir verweisen hierzu auf Seite 78 der April-Nummer des Südwestdeutschen Arzteblattes, wo wir das an Herrn Ministerpräsidenten Dr. Maier anlässlich der Weinheimer Vorgänge gerichtete Protestschreiben der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. veröffentlicht haben. Um Mißverständnissen in der Bevölkerung vorzubeugen, machen wir darauf aufmerksam, daß mit obigem Gesetz die Anzeigepflicht bei Schwangerschaftsunterbrechungen aufgehoben, nicht aber etwa die Schwangerschaftsunterbrechung als solche freigegeben worden ist.

EINLADUNG

zum **Ärztlichen Fortbildungstag in Stuttgart** am Samstag, den 23. Juni 1951, und Samstag, den 14. Juli 1951
im Lindenmuseum, Stuttgart-Nord, Hegelplatz, Eingang Herdweg
(Zu erreichen vom Hauptbahnhof mit Straßenbahnlinie 20 bis Haltestelle Hegelplatz, Fernruf 9 21 63.)

Vortragsfolge für den 23. Juni 1951

- 9—10 Uhr **Professor Dr. Mellinghoff**, Kirchheim/Teck:
Diabetes mellitus und praktischer Arzt
- 10—11 Uhr **Professor Dr. Krauss**, Göppingen:
Klinisches Bild und Behandlung des Oesophagus-Cardia-Carcinoms
- 11—12 Uhr **Professor Dr. Störmer**, München:
Die Differentialtherapie der Herzinsuffizienz
- 15—16 Uhr **Professor Dr. Tonutti**, Gießen:
Abhängigkeit der pathophysiologischen Gewebs- und Organreaktivität von hormonalen Einflüssen
- 16—17 Uhr **Professor Dr. Oehme**, Heidelberg:
Psychosomatik als allgemeine Medizin
- 17—18 Uhr **Professor Dr. Leicher**, Stuttgart:
Die chronische Mittelohreiterung und ihre Behandlung

Vortragsfolge für den 14. Juli 1951

- 9—10 Uhr **Professor Dr. Schoen**, Karlsruhe:
Das Röntgenbild der Lunge und seine Auswertung
- 10—11 Uhr **Professor Dr. Bansi**, Hamburg:
Über Fettsucht
- 11—12 Uhr **Professor Dr. rer. nat. Schopper**, Stuttgart:
Die Wirkung von Atombomben
- 15—16 Uhr **Professor Dr. Bock**, Ulm:
Therapie der akuten, subakuten und chronischen Nephritis
- 16—17 Uhr **Professor Dr. Heilmeyer**, Freiburg:
Klinische Erfahrungen der Endocarditis lenta — Epidemie nach diesem Kriege an Hand von gesammelten Berichten über 1800 Fälle
- 17—18 Uhr **Professor Dr. Schneider**, Tübingen:
Das Ekzem mit besonderer Berücksichtigung der Schäden durch Seifen und Fette

Dr. Neuffer
Präsident der Ärztekammer
Nord-Württemberg E. V.

Professor Dr. Dennig
Vorsitzender des Ausschusses
für ärztliche Fortbildung

Vorstandswahlen in den Kreisärzteschaften

Die im April und Mai 1951 in den 20 Kreisärzteschaften des Kammerbereichs Nord-Württemberg durchgeführten Vorstandswahlen haben nachstehendes Ergebnis gehabt:

Kreis	1. Vorsitzender	stell. Vorsitzender	Schriftführer	Rechnungsführer
Aalen	Dr. Benz, Aalen, Friedrichstr. 31, F. 2 04	Dr. Berend, Ellwangen	Dr. Kindervater, Aalen	Dr. Miklaw, Wasseraalengen
Backnang	Dr. Bosler, Backnang, Sulzbacher Str. 29, F. 2 25	Dr. Schad, Backnang		Dr. Wawersik (Frau), Backnang
Böblingen	Dr. Bissinger, Sindelfingen, Wilhelm-Hörmann-Str. 5, F. Böblingen 8 48	Dr. Haas, Böblingen	Dr. Karst, Böblingen	Dr. Dr. Schindera, Herrenberg
Crailsheim	Dr. Kühner jr., Schrozberg, Neukreut 264, F. 60	Dr. Nagel, Blaufelden	Dr. Kreisel, Crailsheim	Dr. Brodbeck, Crailsheim
Eßlingen	Dr. Knospe, Eßlingen, Urbanstr. 5, F. 1 73 10	Dr. Lochmann, Eßlingen-Mettingen	Dr. Springob, Eßlingen	Dr. Steuer (Frau), Eßlingen
Gmünd	Dr. Helm, Schwäb. Gmünd, Leonhardstr. 10, F. 23 41/2 96	Dr. Jetter, Gmünd	Dr. Schmidt (Frau), Gmünd	Dr. Martz (Frau), Gmünd
Göppingen	Dr. Mühlhäuser, Geislingen, Parkstr. 3, F. 5 80	Dr. Knedel, Geislingen	Dr. Mutschler, Geislingen	Dr. Dr. Osterhage, Wiesensteig
Hall	Dr. Kuch, Hall, Diakonissenanstalt, F. 4 58	Dr. Dürr, Hall		Dr. Helmes, Hall

Kreis	1. Vorsitzender	stellv. Vorsitzender	Schriftführer	Rechnungsführer
Heidenheim	Dr. Walz, Heidenheim, Schwabenstr. 9, F. 22 91	Dr. Diederich, Heidenheim	Dr. Höfer, Heidenheim	Dr. Schneider, Heidenheim
Heilbronn	Dr. Spohr, Heilbronn, Cäcilienstr. 58, F. 20 29	Dr. Hertz, Heilbronn	Dr. Hofer, Heilbronn	Dr. Schroer, Heilbronn
Künzelsau	Dr. Pregizer, Künzelsau, Austr. 3, F. 3 78	Dr. Seidel, Ingelfingen		Dr. Banzhaf, Künzelsau
Leonberg	Dr. Friedr. Frey, Renningen, Alte Bahnhofstr., F. 2 23	Dr. Faber, Leonberg		Dr. Frey, Annemarie, Renningen
Ludwigsburg	Dr. Haege, Ludwigsburg, Wilhelmsplatz 7, F. 02-3898	Dr. Langer, Ludwigsburg	Dr. Nübel, Ludwigsburg	Dr. Nottebaum, Ludwigsburg
Mergentheim	Dr. Willert, Mergentheim, Theodor-Klotzbücher-Str. 3, F. 201	Dr. Meyer, Mergentheim	Dr. Kalb (Frau), Mergentheim	Dr. Nelhübel, Mergentheim
Nürtingen	Dr. Maier, Oskar, Nürtingen, Marktstr. 17, F. 2 97	Dr. Ebersperger, Nürtingen	Dr. Bauer, Erich, Nürtingen	Dr. Gundert, Oberboihingen
Ohringen	Dr. Leder, Ohringen, Poststr. 71, F. 2 22	Dr. Steinhauser, Ohringen		Dr. Vogt, Helm., Ohringen
Ulm	Dr. Busch, Ulm, Paradiesgasse 5, F. 24 25	Dr. Ruthardt, Ulm	Dr. Sedlmayr, Ulm	Dr. Zanker, Ulm
Vaihingen/Enz	Dr. Schmitt, Oberderdingen, Amthof 101, F. 80	Dr. Wehnert, Mühlacker	Dr. Irion, Otisheim	Dr. Kaiser, Mühlacker
Waiblingen	Dr. Schwoerer, Waiblingen, Kreiskrankenhaus, F. 6 45	Dr. Riegel, Schorndorf	Dr. Eisert, Schorndorf/Waiblingen	Dr. Haupt, Waiblingen
Stuttgart	Prof. Dr. Reisner, Stuttgart, Geschäftsstelle: Danneckerstr. 26, F. 9 13 89	Dr. Hangleiter, Stuttgart	Dr. Doch (Frau), Stuttgart	Dr. Hildenbrand, Stuttgart

Beihilfen zur Ausbildung von Ärzten

Nach Mitteilung des Hauptamtes für Soforthilfe fand der Vorschlag, weitere Mittel aus dem Soforthilfefonds zur Fortsetzung der Ausbildungsbeihilfe für Ärzte zur Verfügung zu stellen, die Zustimmung des Kontrollrates.

Danach können alle in Fachausbildung oder in Vorbereitung zur kassenärztlichen Tätigkeit befindlichen Ärzte, soweit sie unter die nachstehend aufgeführten Geschädigtengruppen fallen, einen Antrag auf Ausbildungsbeihilfe einreichen.

1. Flüchtlinge im Sinne des § 31 SHG oder des § 1 der Anordnung zum SHG vom 8. August 1949,
2. Sachgeschädigte im Sinne des § 31 Ziff. 2 SHG,
3. Politisch Verfolgte im Sinne des § 31 Ziff. 4 SHG; hierbei ist § 76 Abs. 2 SHG zu beachten.
4. Spätheimkehrer im Sinne des § 2 der Anordnungen nach § 73 SHG vom 8. August 1949.

Antragsberechtigt sind ferner Ärzte, die bereits in der 1. Aktion eine Beihilfe erhalten haben und weiterhin für eine Beteiligung in Frage kommen. Die Beihilfen werden vom 1. Juni 1951 bzw. vom Beginn der Fachausbildung bis zur Beendigung, längstens jedoch bis zum 31. März 1952 bewilligt.

Die Beihilfe beträgt monatlich höchstens

bei Ledigen	DM 70.—
bei Verheirateten	DM 100.—

Bei Beurteilung der Bedürftigkeit sind auf diese Höchstbeträge anzurechnen

1. die sonstigen Ausbildungs- oder Unterhaltszuschüsse sowie Arbeitsentgelt oder Dienstbezüge mit 50 %,
2. Arbeitseinkünfte der Ehefrau — ab DM 100.— bis zu 50 %,
3. volle Verpflegung — mit DM 25.— monatlich;

4. Kriegsbeschädigtenrenten sollen bei Beurteilung der Bedürftigkeit nicht angerechnet werden, wenn ihre Berücksichtigung eine unbillige Härte wäre.

Die Anträge bitten wir mit der Befürwortung des ausbildenden Chefarztes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. einzureichen, wo auch Antragsformulare angefordert werden können.

Röntgentätigkeit für Krankenkassen

Die Röntgentätigkeit für die Krankenkassen ist, soweit es sich nicht um zugelassene Fachärzte für Röntgenologie und Strahlenheilkunde handelt, nur nach Erteilung einer Zulassung für ein Teilgebiet der Röntgentätigkeit möglich. Diese Zulassung erteilt der Röntgenausschuß auf Antrag. Voraussetzung ist der Nachweis einer ausreichenden Vorbildung des Arztes und die Benutzung eines Röntgenapparates, welcher den vertraglichen Anforderungen entspricht. Die Anforderungen sind in den Verträgen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen im Jahre 1930 festgelegt. Auf Grund dieser Verträge hat die Deutsche Röntgengesellschaft die derzeit auf dem Markt befindlichen Röntgenapparate in 3 Leistungsgruppen eingeteilt und jeder Leistungsgruppe die möglichen Untersuchungen zugeteilt.

Gruppe I: mit weniger als 100 mA und 80 kV, zugelassen für Extremitäten außer Hüftgelenk.

Gruppe II: mit mehr als 100 mA und 80 kV, zugelassen für Schultergürtel, Brustkorb, Schädel, Thoraxorgane außer Bronchographie, Gallenblase, Urogenitalapparat.

Gruppe III: mit mehr als 400 mA und 80 kV, zugelassen für Wirbelsäule, Becken, Oesophagus, Magen-Darmkanal, kontrastgefüllte Bronchien.

Anträge sind an die Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, zu richten.

Beschäftigung eines Assistenzarztes in der kassenärztlichen Praxis

Die Beschäftigung eines Assistenzarztes in der Kassenpraxis bedarf gemäß § 16 des Kassenärztlichen Landesvertrages der Genehmigung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung. Grundsätze für die Erteilung dieser Genehmigung enthält Anlage 3 des Landesarztvertrages.

Der Kassenarzt soll in der Auswahl seines Assistenten, welcher approbierter Arzt sein muß, größte Sorgfalt anwenden. Die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten ist an die Voraussetzung gebunden, daß der Arzt in der Lage ist, die volle Verantwortung für den Assistenten zu übernehmen.

Fachärzte dürfen sich in der Regel nur durch Fachärzte des gleichen Faches vertreten lassen. (§ 10 der Facharztordnung.)

Der Behandlungsberechtigte (Patient) kann die Behandlung durch den Assistenten ablehnen; in diesem Falle hat der Arzt die Behandlung selbst vorzunehmen.

Der Vorstand der KV hat in seiner Sitzung am 29. März 1951 über die Beschäftigung von Assistenzärzten durch zugelassene Kassenärzte beschlossen:

1. Die Beschäftigung eines Assistenzarztes in der Kassenpraxis bedarf nach wie vor der Genehmigung durch den Vorstand der KV.
2. Jeder Kassenarzt, der einen Assistenzarzt anstellt, muß bei der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, einen Anstellungsvertrag einreichen.
3. Vertragsmuster für diesen Anstellungsvertrag werden von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt. (Das Vertragsmuster wird nachstehend veröffentlicht.)
4. Kassenärzte, welche bereits einen Assistenzarzt beschäftigen, müssen ebenfalls einen Anstellungsvertrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung einreichen.
5. Erlischt die Zulassung eines Kassenarztes durch Tod, Verzicht oder Wegzug, so hat ein in dieser Kassenarztstelle beschäftigter Assistenzarzt keine besondere Anwartschaft auf Zulassung für diese Kassenarztstelle bei Ausschreibung.

Muster

eines Anstellungsvertrages eines Assistenzarztes bei einem freipraktizierenden Arzt

Herr Dr. med. prakt. Arzt (Praxisinhaber)
 Facharzt
 in und Herr Dr. med. (Assistenzarzt)
 geb. am, z. Zt. schließen folgenden

Dienstvertrag

§ 1

Am tritt Herr Dr.
 als Assistenzarzt in die Dienste von Herrn Dr.

§ 2

Der Assistenzarzt ist zur gewissenhaften Erfüllung der ihm übertragenen ärztlichen Aufgaben verpflichtet. Er hat die für die Ausübung des ärztlichen Berufes geltenden gesetzlichen Bestimmungen und die berufsständischen Ordnungen zu beachten und den Weisungen des Praxisinhabers Folge zu leisten.

§ 3

Als Vergütung für seine Tätigkeit erhält der Assistenzarzt Bezüge nach der Vergütungsgruppe III der TOA. Die Bezüge sind zum 15. jedes Monats im voraus zu zahlen.

§ 4

Unterbringung und Verpflegung des Assistenzarztes werden vom Praxisinhaber — unter Anrechnung auf die Bezüge nach § 3 gestellt — nicht gestellt.

§ 5

Dem Assistenzarzt ist die Ausübung selbständiger ärztlicher Tätigkeit auf eigene Rechnung nicht gestattet. Auch die Ge-

bühren für ärztliche Gutachten und ärztliche Bescheinigungen stehen dem Assistenzarzt nicht zu.

§ 6

Wissenschaftliche Betätigung ist dem Assistenzarzt gestattet, soweit es die vertraglichen Aufgaben zulassen. Wissenschaftliche Veröffentlichungen dürfen nur mit vorheriger Zustimmung des Praxisinhabers herausgegeben werden, soweit sie sich auf Erfahrungen und Verhältnisse in dessen Praxis beziehen.

§ 7

Dem Assistenzarzt ist es innerhalb eines Jahres nach Ausscheiden aus dem Dienste des Praxisinhabers nicht gestattet, sich in dessen Praxisbereich niederzulassen, auch nicht bei Zustimmung der ärztlichen Berufsorganisation, es sei denn, daß der Praxisinhaber selbst seine Genehmigung dazu gibt.

§ 8

Dem Assistenzarzt steht ein jährlicher Erholungsurlaub von 25 Arbeitstagen zu. Der Urlaub kann frühestens nach sechsmonatiger ununterbrochener Tätigkeit beansprucht werden. Dem Assistenzarzt steht wöchentlich ein freier Nachmittag und nach je zwei Wochen 1 freier Sonntag zu. Für etwaigen Nacht- und Sonntagsdienst sind die Anweisungen des Praxisinhabers maßgebend.

§ 9

Die Kündigungsfrist beträgt für beide Teile 6 Wochen zum Vierteljahresschluß, nach einjähriger Tätigkeit 3 Monate zum Vierteljahresschluß.

§ 10

Die Unfall- und Haftpflichtversicherung wird vom Praxisinhaber übernommen. Für die Sozialversicherungspflicht gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Bericht über die 43. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg am 24. April 1951, 19—24 Uhr

1. Dr. Neuffer und Dr. Dobler berichten über die Tätigkeit des Aktionsausschusses, den die ärztlichen Spitzenverbände angesichts der beantragten Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze gebildet haben. — Einige Stuttgarter Kollegen haben sich zu demselben Thema in einem an die AK bzw. KV gerichteten Schreiben sehr eingehend geäußert. Diese Kollegen sind jetzt als Gäste anwesend, um den Bericht ebenfalls zur Kenntnis zu nehmen. Sie gewinnen mit dem Vorstand den Eindruck, daß die Angelegenheit durchaus mit der nötigen Umsicht und Tatkraft bearbeitet wird und alles Notwendige und Mögliche geschieht.

2. Dr. Neuffer berichtet über Bestrebungen, die Preugomindsätze zu erhöhen.

3. Dr. Neuffer: Der Einzelinitiative entwachsene, ohne Zusammenarbeit mit unserer Pressestelle veröffentlichte Aufsätze über Fragen der Krankenversicherung verfehlen oft das Ziel und enthalten, wie neuere Beispiele wieder zeigen, manchmal Unrichtigkeiten. Die Ärzteschaft gibt sich damit Blößen, und letzten Endes ist der Schaden zuweilen größer als der Nutzen. Es empfiehlt sich deshalb, vor derartigen Veröffentlichungen mit der Pressestelle Verbindung zu nehmen.

Produktive Breitenarbeit ermöglichen die Presseempfangs. Am 10. April fand wieder ein solcher statt. Dr. Bihl hielt das Hauptreferat über das Thema „Der Kranke und sein Kassenarzt“, worin er den Pressevertretern die entwickelten Beziehungen zwischen Krankenkasse, Krankem und Arzt erläuterte. Die folgende angeregte Diskussion bewies das lebhafteste Interesse, das die Presse an diesen Dingen nimmt, wenn sie in sachkundiger Weise ihr nahegebracht werden.

4. Dr. Benz: Bericht über die Tätigkeit der Kleinen Kommission für Abrechnungsfragen. Die Kommission erhält u. a. die Aufgabe, Kollegen, deren Abrechnung aus dem Rahmen fällt, zu einer persönlichen Besprechung zu bitten. Der Vorstand hofft, daß dabei Mißver-

ständnisse über die Reichweite des Gesamthonorars leichter zu beseitigen sind als auf schriftlichem Wege. — Mit den Prüfarzten soll die Kleine Kommission eng zusammenarbeiten.

5. Dr. Knospe: Tätigkeit des Disziplinausschusses. Wegen schwerer sittlicher Verfehlungen mußte in einem Fall für die Dauer eines Jahres auf Ausschluß aus der Kassenpraxis erkannt werden.

6. Dr. Scharpf: Bericht über die Sitzung der Honorarkommission am 19. April 1951.

- Gebührenordnung für pathologische Anatomie, Mikrobiologie u. ä.
- Rö-Unkosten freipraktizierender Lungenfachärzte.
- Die Wegegeldkommission bemüht sich um eine neue, den gegenwärtigen Verhältnissen besser angepaßte Regelung. Gedacht ist u. a. an einen regional gestaffelten Zuschlag zum Fallwert.
- Soll das Ekg immer mit einer körperlichen Untersuchung verbunden sein, also einen Überweisungsschein erfordern? — Entscheidung wird zurückgestellt.
- Ultraschallbehandlung, Elektroencephalographie, Toxoplasmostest, Blutuntersuchung auf Rh-Faktor können nicht als Kassenleistung honoriert werden. Sie waren im Ur-Pauschale nicht enthalten; die Belastung des Gesamthonorars mit zusätzlichen technischen und Laboratoriumsleistungen darf nicht zu weit getrieben werden.
- Für die Begrenzung der Rö-Tätigkeit werden Vorschläge gemacht; zugrunde liegt eine Rundfrage bei einer großen Zahl von Fachärzten. Es handelt sich um Richtzahlen, deren Überschreitung eine Einladung zur Rücksprache mit Prüfarzt oder Kleiner Kommission zur Folge haben wird. — Die endgültige Festlegung wird zurückgestellt.

7. Wegen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz sind einige Ärzte durch die Behörde zu Geldstrafen von 5 bis 50 DM verurteilt worden.

8. Beratung eines Mustervertrages für Assistenzärzte bei freipraktizierenden Ärzten (s. Seite 124).

9. Besprechung und Beschlußfassung über Einzelanträge.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 44. Sitzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Württemberg am 17. Mai 1951, 19—0.10 Uhr

1. Dr. Neuffer berichtet über die letzte Sitzung des Berufspolitischen Ausschusses. Es wurde u. a. die Frage des Werkarztes besprochen. Die Gefahr eines Einbruches in die kassenärztliche Behandlung von dieser Seite muß im Auge behalten werden.

2. Ein heimatvertriebener Kollege hat ein Aufbaudarlehen zum Erwerb eines Rö-Gerätes verwendet. Dieses wurde — da zu schwach — von der Röntgen-Kommission für das betreffende Fachgebiet nicht zugelassen. Der Kollege, finanziell dadurch schwer in Bedrängnis, hat Berufung eingelegt. Die Angelegenheit veranlaßt eine lange Aussprache in Anwesenheit mehrerer Vertreter der Rö-Kommission. Da die von den Rö-Geräten zu fordernde Leistungsfähigkeit vertraglich festgelegt ist, konnte der Berufung nicht stattgegeben werden. Dagegen wird die KV in diesem Sonderfall dem Kollegen behilflich sein, ein für seine Zwecke ausreichendes Gerät zu erwerben.

3. Das Innenministerium hat in einem an das Arbeitsministerium gerichteten Schreiben angeregt, vor der Kassenzulassung $\frac{1}{4}$ Jahr Ausbildung auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten zur Pflicht zu machen. — Der Vorstand ist der Meinung, daß hierfür bei weitem nicht genügend Stellen zur Verfügung stehen, daß aber auch grundsätzlich eine Sonderausbildung auf diesem Gebiet nicht verlangt werden kann. — Den Ministerien wird hiervon Kenntnis gegeben werden.

4. Dr. Benz berichtet über die Tätigkeit der Kleinen Kommission. Einem Fall unverhältnismäßig hohen Honorars wurde nachgegangen. Einige Kollegen waren deshalb zu einer Rücksprache eingeladen worden, um zu klären, wie weit

die sehr zahlreichen Überweisungen unbedingt notwendig waren oder in Zukunft vielleicht etwas vermindert werden könnten. — Der Vorstand ist der Ansicht, daß es zu den kassenärztlichen Pflichten gehört, für solche kollegialen Aussprachen sich zur Verfügung zu stellen. Es ist eine der Hauptaufgaben der KV, eine gerechte Honorarverteilung zu gewährleisten; diese Aufgabe kann nur durch Zusammenarbeit aller Kassenärzte befriedigend erfüllt werden.

In einem Fall müssen 600 DM zu Unrecht ausbezahlten Honorars zurückerstattet werden; es war Ultraschallbehandlung als Kurzwellenbehandlung verrechnet worden.

Über Wegegeld, Fallstaffelung, Rö-Leistungen hat die Kleine Kommission beraten und Vorschläge ausgearbeitet, die der Honorarkommission zugeleitet werden.

5. Die AOK Neckarsulm hat ihren Antrag, ihr Kopfpauschale herabzusetzen, jetzt vor das Oberversicherungsamt gebracht. — Kompensatorisch bei einer anderen Kasse das Pauschale zu erhöhen, hat der Verband der AOK grundsätzlich abgelehnt.

6. Wegen unrechtmäßig ausgestellter Verlängerungsscheine muß gegen einen Kollegen ein Disziplinarverfahren eingeleitet werden.

7. Dr. Knospe berichtet über die Vollversammlung der Arbeitsgemeinschaft freier Berufe am 28. April 1951.

8. Einem btm-süchtigen Kollegen wird eine Entziehungskur empfohlen werden. Sollte er sich nicht dazu bereithalten, müßte der Disziplinausschuß die Aufhebung der Zulassung in Erwägung ziehen.

9. Der Vorstand hält es für unzulässig, daß sich ein Arzt auf seinem Schild als Facharzt bezeichnet, wenn er als praktischer Arzt zur Kassentätigkeit zugelassen ist.

10. Über eine Reihe Einzelanträge wird beraten und beschlossen.

Dr. Hämmerle

Bericht über die 18. Sitzung des Vorstandes der Ärztekammer Nord-Württemberg E. V. am 26. April 1951, 19—23.30 Uhr

1. Eine Facharztgruppe hat Bedenken gegen die Tätigkeit eines Kollegen vorgebracht, der, einer auswärtigen Kammer zugehörig, auch in unserem Bereich auf seinem Sondergebiet Kranke berät und in einer gebildeten Veröffentlichung einer illustrierten Zeitschrift der Öffentlichkeit vorgestellt worden ist. Die Angelegenheit wurde unter Zuziehung zweier Sachverständiger eingehend beraten. Wenn auch in diesem Falle ein standesunwürdiges Verhalten noch nicht als vorliegend erachtet wurde, so soll doch der betreffende Kollege die erforderliche Aufklärung erhalten.

2. Präsident Dr. Neuffer berichtet kurz über die Gynäkologentagung in Bad Pyrmont, die Sitzung der Max-Planck-Gesellschaft in Göttingen, eine Sitzung der Dt. Arzneimittelkommission (eines Ausschusses des Präsidiums des Dt. Ärztetages), eine Sitzung des Berufspolitischen Ausschusses (die vom Geiste des Vertrauens erfüllt war), eine Sitzung des geschäftsführenden Vorstandes der AK-Arbeitsgemeinschaft, über den Ärzte-Verlag in Gießen (von der Herausgabe einer eigenen ärztlich-praktischen Zeitschrift wird vorerst noch abgesehen), über die Verhältnisse der ärztlichen Organisationen in Berlin (die noch unübersichtlich erscheinen), über den geplanten 54. Dt. Ärztetag in München und über die letzte Besprechung im Bundesinnenministerium, Abt. Gesundheitswesen, in Bonn. — Besonders der letztere Punkt gibt zu einer längeren Aussprache Veranlassung.

3. Die Bestrebungen, an größeren Krankenhäusern selbständige geburtshilflich-gynäkologische Fachabteilungen zu schaffen, begegnen starkem Widerstand. Grundsätzlich steht der Vorstand auf dem Standpunkt, daß solche Abteilungen von Frauenärzten geführt werden sollten und nicht von Chirurgen. In diesem Zusammenhang wird der Antrag einer Kreisärzteschaft beraten, die vorschlägt, den Kreisärzteschaften einen gewissen Einfluß auf die Besetzung der Krankenhausarztstellen zu verschaffen. Mit Recht weist die Ärzteschaft darauf hin, wie wichtig es ist, daß die Krankenhausärzte auch das Vertrauen der örtlichen freien Ärzteschaft

besitzen. — Zur Zeit bietet sich nur die Möglichkeit, mit Landrat, Bürgermeister, Stadt- und Kreisrat gute Beziehungen zu pflegen. Der Württembergische Gemeindegag wird in einem Schreiben gebeten werden, seinerseits eine Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu fördern.

4. Die Gemeinden streben an, die Gesundheitsämter zu kommunalisieren, d. h. aus der Hand des Staates zurückzunehmen und selbst zu verwalten. Die Ärzteschaft würde dies in der Mehrzahl bedauern, Mit den zuständigen Stellen soll in dieser Angelegenheit in Verbindung getreten werden.

5. Einem schon mehrfach geäußerten Wunsche der Kreisärzteschaft Mergentheim folgend wird dort ein Forum abgehalten werden. Termin: 19. Mai 1951.

6. Krebsberatungsstellen: Die LVA wird jährlich einen Betrag dem Landesverband Württemberg zur Erforschung und Bekämpfung des Krebses für den genannten Zweck zur Verfügung stellen. Die vorbereitende Kommission plant, zunächst in Stuttgart zwei und in Tübingen eine gynäkologische Beratungsstelle einzurichten und je mit einem Kolposkop auszustatten.

7. Eine der größeren Kreisärzteschaften hat eine Teilung in zwei Ärzteschaften beantragt. Dies bedürfte einer Satzungsänderung, die von der Delegiertenversammlung beschlossen und vom Innenministerium genehmigt werden müßte. — Eine interne Unterteilung in Bezirksgruppen erscheint unter diesen Umständen als der einfachere Weg zur erstrebten Arbeitserleichterung.

8. Über zahlreiche sonstige Einzelanträge und Fragen wird beraten und beschlossen.

Dr. Hämmerle

Bericht über das Forum der Ärzteschaft Nord-Württemberg in Bad Mergentheim am 19. Mai 1951

Die Kreisärzteschaft Bad Mergentheim hatte schon wiederholt und dringend gebeten, auch in ihrem Kreis einmal ein Arztforum abzuhalten, um einen gewissen Ausgleich für die Ablegenheit des Kreises zu schaffen. Trotz der großen Entfernungen entsandten zu dem Forum erfreulicherweise beinahe alle nordwürttembergischen Kreisärzteschaften ihre Vertreter. — Besprochen wurden folgende Themen: Kommunalisierung der öffentlichen Gesundheitsverwaltung, Ehrenmitgliedschaft der Ärztekammer, ärztlicher Dienst nach dem Bundesversorgungsgesetz, Abrechnung nach Einzelleistungen, zweckmäßige Gestaltung des Krankenscheines, Antrag auf Erhöhung der Preugo-Mindestsätze, Entwurf einer neuen Gebührenordnung, Ausbildungserfordernisse für die Zulassungsreife. — Nach dem offiziellen Teil wurde unter der lebenswürdigen und sachkundigen Führung des Herrn Kurdirektors die wieder recht gut instandgesetzten Kureinrichtungen und die prächtigen Parkanlagen besichtigt; als Abschluß folgte eine Kaffeetafel, zu der die Kurverwaltung eingeladen hatte.

Auf den ausdrücklichen Wunsch der Ärzteschaft des Kreises stellte sich der Vorstand von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung am nächsten Sonntagvormittag noch zu einer internen Aussprache mit der Kreisärzteschaft zur Verfügung. — Über die allgemeinen derzeitigen Schwierigkeiten unseres Standes hinaus hält die Kreisärzteschaft Mergentheim ihre Lage für besonders problematisch; die Ursachen sind darin zu sehen, daß der Kreis mit Kassenärzten sehr dicht besetzt ist (Schlüsselzahl 1 : 457, d. i. die niederste im Landesstellenbereich); zum anderen übertreffen in der Kreisärzteschaft die nichtzugelassenen Assistenzärzte usw. an Zahl bei weitem die Kassenärzte (bedingt durch den Charakter Mergentheims als Kurstadt). — Die Situation beider Gruppen wurde im allgemeinen und auch im besonderen in einer mehrere Stunden währenden Aussprache freimütig erörtert. Die Diskussion blieb stets sachlich, der Ton kollegial; so gewann auch wohl jeder Teilnehmer den Eindruck, daß zwar keine Patentlösungen, aber doch viele wertvolle Anregungen sich ergaben, und daß vor allem das gegenseitige Verständnis gefördert und die Zusammenarbeit innerhalb der Kreisärzteschaft selbst wie auch mit den ärztlichen Organisationen gefestigt wurde.

Dr. Hämmerle

Zur Alkoholfrage

Bei der starken neuerlichen Zunahme des Alkoholverbrauchs zeigen sich auch schon wieder die üblen Folgen für Volksgesundheit und Volkswohlfahrt. Dadurch ist die Bildung einer Abwehrfront dringend geboten, besonders ist Aufklärung über den verhängnisvollen Einfluß des Alkohols im Kraftfahrwesen notwendig. Belehrung der Bevölkerung über die Alkoholgefahren und Betreuung von Alkoholkranken sind besonders auch für die Ärzteschaft eine wichtige Aufgabe.

Kolleginnen und Kollegen, die in der Alkoholfrage eine entschiedene Stellung im Sinne von Bunge, Forel, Kräpelin, Abderhalden usw. einnehmen oder sich dafür interessieren, werden gebeten, ihre Anschrift einem der Unterzeichneten bekanntzugeben.

Dr. med. K. Groschopf
Geislingen a. St.

Dr. med. R. Höfer
Heidenheim a. d. Brenz

Nachruf

Nach jahrelangem Leiden verstarb am 15. Mai 1951 Herr Dr. med. Oskar Prinzing, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Ulm-Donau. Der sechzigjährige verwitwete Kollege entstammte einer bekannten, alteingesessenen Ulmer Arztfamilie. Er selbst übte nach dem Studium und nach seiner Fachausbildung bei Geheimrat Bumm, Berlin, seit dem Jahr 1922 in Ulm eine frauenärztliche Praxis aus und war in seinem beruflichen und privaten Dasein von allen, die ihn kannten, gleichermaßen geschätzt. Die Ärzteschaft des Kreises Ulm verliert in dem Verstorbenen einen vorbildlichen, hochgeachteten Kollegen und wird seiner stets in Treue gedenken.

ARZTEKAMMER WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG WÜRTEMBERG-HOHENZOLLERN

Geschäftsstelle: Tübingen, Rottenburger Straße, gegenüber dem Univ.-Stadion, Telefon 3721

Ausschreibung von Kassenarztstellen:

Um ausgeschriebene Kassenarztstellen kann sich jeder in das Arztregister eingetragene Arzt bewerben. Eine gleichzeitige Bewerbung um mehr als 3 Stellen vor dem Zulassungsausschuß im gleichen Verfahren ist unzulässig.

Voraussetzung für die Kassenzulassung ist eine mindestens 3jährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis nach bestandenen Staatsexamen.

Die Bewerbungen haben schriftlich und fristgerecht zu erfolgen; dem Bewerbungsschreiben sind folgende Urkunden in beglaubigter Abschrift beizufügen:

1. Geburtsurkunde und gegebenenfalls Heiratsurkunde,
2. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,

4. Facharztanerkennung, falls der Bewerber sich um Zulassung eines Facharztes bewirbt,
5. Bescheinigung über die Eintragung in das Arztregister,
6. polizeiliches Führungszeugnis,
7. Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, über Ort und Dauer der bisherigen Nieder- und Zulassung,
8. eine Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgift-süchtig ist oder war.

Der Bewerber hat eine Erklärung beizufügen, aus der sich das Ergebnis oder der Stand seiner politischen Vergangenheit erkennen läßt.

Außerdem ist in einem kurzen Lebenslauf das Geburtsjahr, Heimatzugehörigkeit, Familienstand, Konfession, Approbation und Staatsangehörigkeit anzugeben.

Weiterhin ob Kriegsteilnehmer, schwerkriegsbeschädigt, wo und welche Ausbildung genossen, ob das Landvierteljahr abgeleistet ist. Bei den Bewerbungen um Stadtpraxen, ob bereits über 5 Jahre auf dem Land niedergelassen gewesen, ob in Auswirkung eines Beamten- oder Angestelltenverhältnisses Einnahmen bezogen werden und in welcher Höhe, politische Beurteilung und ob aus rassistischen oder politischen Gründen Stelle verloren wurde.

Die Verhandlungen, Beratungen und Beschlußfassungen der Zulassungsinstanzen sind nicht öffentlich, jedoch kann der Bewerber zu seiner Bewerbung persönlich gehört werden.

Mit dem Antrag auf Zulassung hat der Bewerber DM 10.— zu zahlen. Im Falle der Zulassung werden diese auf die Gebühr (§ 45 Abs. 2) angerechnet, im Falle der Ablehnung sind sie verfallen (§ 45 Abs. 3 und 4).

Es werden folgende Stellen ausgeschrieben:

Metzingen	Facharzt f. HNO-Krankheiten,
Reutlingen	Facharzt f. HNO-Krankheiten,
Ravensburg	Facharzt f. Nerven- u. Geisteskrankheiten,
Ochsenhausen	prakt. Arzt,
Altshausen	prakt. Arzt.

Die Bewerbungen für o.a. Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes, also bis zum 2. Juli 1951, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Abt. Zulassungsausschuß, Tübingen, Rottenburger Str., einzureichen.

Später eingegangene Bewerbungen können nicht berücksichtigt werden.

Kassenärztliche Vereinigung
Württemberg-Hohenzollern
Abt. Zulassungsausschuß

Ehrengerichtsurteil

Im Namen des Volkes!

In der Berufungssache gegen Dr. med. Erich Schneider, prakt. Arzt in Reutlingen, wegen berufsunwürdigen Verhaltens hat das Ehrengericht für Ärzte in Tübingen in seiner Sitzung vom 9. März 1951 für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Vorstandes der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern wird die Entscheidung des Ehrenrates III der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern vom 3. August 1950 aufgehoben.

Der Beschuldigte Dr. med. Erich Schneider wird wegen berufsunwürdigen Verhaltens, nämlich wegen mehrfacher Beihilfe zur Abtreibung zu der Geldstrafe von 300 DM verurteilt.

Dem Beschuldigten wird das Wahlrecht und die Wählbarkeit zu der Ärztekammer und ihren Organen bis zur Dauer von fünf Jahren aberkannt.

Der Beschuldigte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen. Das Urteil ist auf Kosten des Verurteilten im Südwestdeutschen Arzteblatt zu veröffentlichen.

Das Urteil ist seit 9. März 1951 rechtskräftig.

Verordnung

des Arbeitsministeriums über die Kassenärztliche, Kassenzahnärztliche und Kassendentistische Vereinigung Württemberg-Hohenzollern

Vom 5. September 1949.

Auf Grund des § 1 des Gesetzes über die vorläufige Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten und Dentisten vom 3. Dezember 1948 (RegBl. 1949 S. 4) wird nach Anhören der beteiligten Spitzenverbände verordnet:

Erster Abschnitt

Die Kassenärztliche Vereinigung

§ 1

(1) Für die kassenärztliche Versorgung der nach dem Gesetz gegen Krankheit versicherten Personen und deren Angehörigen bilden die in das Arztregister in Württemberg-Hohenzollern eingetragenen Ärzte die Kassenärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern.

(2) Die Vereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts; sie hat ihren Sitz in Tübingen.

§ 2

Die Kassenärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern ist die Trägerin der Beziehungen der Kassenärzte zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Württemberg-Hohenzollern.

§ 3

(1) Ordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind die zur Tätigkeit bei den Krankenkassen in Württemberg-Hohenzollern zugelassenen Ärzte.

(2) Außerordentliche Mitglieder sind die in das Arztregister des Landes Württemberg-Hohenzollern eingetragenen Ärzte, die noch nicht zur Tätigkeit bei den Krankenkassen zugelassen sind.

§ 4

Organe der Kassenärztlichen Vereinigung sind: der Landesvorstand für die Geschäftsführung und Vertretung, die Vertreterversammlung für die Aufgaben, die ihr nach dem Gesetz oder der Satzung obliegen.

§ 5

(1) Der Landesvorstand besteht, wenn die Satzung nicht eine höhere Zahl festsetzt, aus drei von der Vertreterversammlung gewählten Mitgliedern; die Satzung bestimmt das Nähere.

(2) Der Landesvorstand vertritt die kassenärztliche Vereinigung gerichtlich und außergerichtlich und hat die rechtliche Stellung eines gesetzlichen Vertreters; die Satzung kann bestimmen, daß auch einzelne Mitglieder des Landesvorstands die kassenärztliche Vereinigung vertreten können.

§ 6

(1) Die Vertreterversammlung besteht aus den von den ordentlichen Mitgliedern gewählten Vertrauensmännern; die Satzung bestimmt das Nähere.

(2) Die Vertreterversammlung wählt aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und Stellvertreter und gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Mitglieder des Landesvorstands haben das Recht, an den Beratungen der Vertreterversammlung teilzunehmen.

(3) Der Vertreterversammlung obliegen: die Errichtung und Änderung der Satzung, die Aufbringung der Mittel und die Festsetzung des Haushaltsplanes, die Abnahme der Jahresrechnung und die Entlastung des Vorstandes.

§ 7

(1) Für die Wahl zu den Organen sind die ordentlichen Mitglieder (§ 3 Abs. 1) wahlberechtigt und wählbar.

(2) Das Wahlrecht ruht, solange dem Kassenarzt die Befugnis zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit entzogen ist.

(3) Kommt eine Wahl zu den Organen nicht zustande, so bestellt das Arbeitsministerium einen Beauftragten, der die Geschäfte bis zur ordnungsmäßigen Bildung der Organe führt.

(4) Bei Wahlstreitigkeiten entscheidet das Oberversicherungsamt; seine Entscheidung ist endgültig.

§ 8

Die Amtszeit der Mitglieder der Organe beträgt vier Jahre. Wiederwahl ist zulässig.

§ 9

Die Vertreterversammlung erläßt die Satzung; in ihr werden bestimmt:

Aufgaben, Verfassung und Verwaltung der kassenärztlichen Vereinigung,
Zusammensetzung, Aufgaben und Befugnisse des Landesvorstandes,
das Wahlverfahren,
die Aufbringung der Mittel,
die Befugnisse der kassenärztlichen Vereinigung gegenüber ihren Mitgliedern, die ihre Pflichten nicht oder nicht gehörig erfüllen, und die Rechtsmittel gegen Sühnemaßnahmen und
die Art der Bekanntmachung.

§ 10

(1) Die Satzung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Arbeitsministeriums.

(2) Die Aufsicht über die kassenärztliche Vereinigung führt das Arbeitsministerium, dieses kann der kassenärztlichen Vereinigung weitere Aufgaben übertragen.

Zweiter Abschnitt

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung

§ 11

(1) Für die zahnärztliche Versorgung der nach dem Gesetz gegen Krankheit versicherten Personen und deren Angehörigen bilden die in das Zahnarztregister des Landes Württemberg-Hohenzollern eingetragenen Zahnärzte die

Kassenzahnärztliche Vereinigung Württemberg-Hohenzollern.

(2) Die Vereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts; sie hat ihren Sitz in Tübingen.

(3) Die Vorschriften der §§ 2 bis 10 dieser Verordnung finden entsprechende Anwendung.

Dritter Abschnitt

Die Kassendentistische Vereinigung

§ 12

(1) Für die kassendentistische Versorgung der nach dem Gesetz gegen Krankheit versicherten Personen und deren Angehörigen bilden die in das Dentistenregister in Württemberg-Hohenzollern eingetragenen Dentisten die

Kassendentistische Vereinigung Württemberg-Hohenzollern.

(2) Die Vereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts; sie hat ihren Sitz in Tübingen.

(3) Die Vorschriften der §§ 2 bis 10 dieser Verordnung finden entsprechende Anwendung.

Vierter Abschnitt

Übergangs- und Schlußvorschriften

§ 13

Für die Durchführung der ersten Wahl bestellt das Arbeitsministerium einen Wahlbeauftragten; dieser erläßt die Wahl-

ordnung und setzt für die erste Wahl die Zahl der zu den Organen zu wählenden Mitglieder fest.

§ 14

(1) Diese Verordnung tritt an die Stelle der Verordnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands vom 2. August 1933 (RGBl. I S. 567), der Verordnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands vom 27. Juli 1933 (RGBl. I S. 540) und der Verordnung über die Kassendentistische Vereinigung Deutschlands vom 13. Dezember 1940 (RGBl. I S. 1656).

Die auf Grund dieser Verordnungen erlassenen Vorschriften und Bestimmungen gelten weiter, soweit sie mit den Vorschriften dieser Verordnung vereinbar sind und nicht durch andere Vorschriften oder Bestimmungen aufgehoben oder geändert werden.

(2) Unberührt bleiben die Verträge, welche die Kassenzahnärztliche, Kassenzahnärztliche oder Kassendentistische Vereinigung Deutschlands wegen der ärztlichen, zahnärztlichen und dentistischen Versorgung mit den Verbänden der Angestellten- und Arbeiterersatzkassen oder mit den Bezirksknappschaften geschlossen hat.

Tübingen, den 5. September 1949.

Wirsching

Dr. Breithaupt, Althausen, gestorben

Am 28. April dieses Jahres starb im Alter von 63 Jahren Dr. Alexander Breithaupt, Althausen, eines plötzlichen Todes in der Kirche. Nach dem Staatsexamen war er in Heidelberg zur weiteren Ausbildung gewesen und hatte im 1. Weltkrieg als Militärarzt Dienst getan. Er hatte sich dabei einen ac. Gelenkrheumatismus zugezogen; Recidive und ein erheblicher Herzschaden folgten und diese Leiden haben sein späteres Leben, insbesondere seine letzten Jahre stark überschattet. Über den Ernst seiner Erkrankung war er stets im klaren gewesen, trug sie aber mit vorbildlicher Stärke. Im Jahre 1919 ließ er sich in Althausen nieder und versah dort über drei Dezennien eine ausgedehnte Praxis mit großer Gewissenhaftigkeit. Nur ungern gab er dem Zwang nach, sie unter dem Druck der zunehmenden Beschwerden einzuschränken, und der Gedanke, in den Seelen sterben zu müssen, war ihm vertraut. Mit seinen Kollegen stand er stets in bestem Zusammenarbeiten, und diese werden dem charaktervollen und pflichttreuen Kameraden stets ein getreues Gedenken bewahren.

ARZTEKAMMER NORD-BADEN e. V.

Geschäftsstelle: Karlsruhe, Röntgenstraße 5, Telefon 1144

Neue Anschriften

Arztekammer Nordbaden, Ärzteschaft Heidelberg, Hauptstraße 131
Facharztanerkennungsausschuß der Ärztekammer Nordbaden, Heidelberg, Hauptstraße 131

Nachruf

Am 15. April 1951 verstarb in Boxberg Herr Dr. med. Otto Wittmann. Geboren am 11. Februar 1894 in Mannheim, erhielt Herr Dr. Wittmann nach Studium in Heidelberg die Approbation und Promotion in Heidelberg. Nach weiterer vierjähriger Ausbildung ließ er sich 1924 in Boxberg als praktischer Arzt nieder, wo er ab 1927 als Chefarzt das dortige Bezirksspital betreute und sich in seiner ruhigen gemütvollen Art und in fleißiger und unermüdlicher Arbeit eine Praxis aufbaute, so daß er sich weit über seinen engeren Bezirk unter seinen Patienten größter Beliebtheit erfreute.

Die Ärzteschaft des Kreises Tauberbischofsheim betrauert in dem Verstorbenen, der als Beisitzer zum erweiterten Vorstand gehörte, einen verehrten Kollegen und liebenswerten Menschen, dem sie ein ehrendes Andenken bewahren wird.

Nachruf

Am 8. Mai 1951 starb der praktische Arzt Dr. Rudolf Renner in Pforzheim-Sonnenberg, Hildastr. 23 im hohen

Alter von 80 $\frac{1}{2}$ Jahren. Fünfzig Jahre lang war Herr Dr. Renner ärztlich tätig, zuerst als praktischer Arzt in Pforzheim, später als Vertrauensarzt der Allgemeinen Ortskrankenkasse und dann der LVA Baden. Bei sehr großer Praxis fand er genügend Zeit, im Vorstand der alten Ärztekammer Baden den Posten des Schriftführers zu übernehmen und so am Aufbau unserer Landesvertretung mitzuhelfen. Er war auch Mitglied des Ehrenrates. Lange Jahre versah er das Amt des 2. Vorsitzenden der Ärzteschaft Pforzheim. Das Amt des Vertrauensarztes übernahm er mit voller Zustimmung seiner Kollegen. Seine große Erfahrung und sein menschliches Einfühlungsvermögen ließen ihn die Schwierigkeiten überwinden, die mit einem solchen Amt verbunden sind. Seine Stellung zur Kollegenschaft war auch als Vertrauensarzt die denkbar beste. Er hat seine vertrauensärztliche Tätigkeit, zuletzt halbtags, bis fast zu seinem 80. Geburtstag ausgeführt. Das otium cum dignitate, das einem solch arbeitsreichen Leben zu gönnen gewesen wäre, hat er nicht gehabt, da der Krieg ihm sein ganzes Hab und Gut vernichtete, und die Währungsreform unsere Versorgungskasse fast zugrunde richtete. Die gesetzliche Neuregelung der privaten Renten hat er nicht mehr erlebt. Auch die Pensionsbezüge aus seiner vertrauensärztlichen Stellung wurden durch die Währungsreform stark verkürzt. Erhalten aber bleibt ihm die kollegiale Anerkennung seines Arzttums und seine Würdigung als Mensch und Kollege.

Arzteschaft Pforzheim

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BADEN

Geschäftsstelle: Freiburg/Br., Karlstraße 34, Telefon 35 64

Ausschreibung von Kassenarztstellen

Folgende Kassenarztstellen sind zu besetzen:

Konstanz	Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten,
Oberprechtal	prakt. Arzt,
Krs. Emmendingen	
Wyhlen	prakt. Arzt.
Krs. Lörrach	

Bewerbungen um diese Kassenarztsitze sind innerhalb von 14 Tagen nach dem Erscheinen dieses Arzteblattes (spätestens bis 10. Juli 1951) beim Zulassungsausschuß der Landesärztekammer Baden, Freiburg, Karlstr. 34, einzureichen. Die Bewerber müssen im Arztregister Baden eingetragen sein und den Nachweis erbringen, daß sie die dreijährige Vorbereitungszeit (nach Staatsexamen gerechnet) für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt haben.

Außer der für den Eintrag ins Arztregister erforderlichen Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübte Tätigkeit, des polizeilichen Führungszeugnisses und des Entnazifizierungsbescheides sind erforderlich:

1. ein Lebenslauf,
2. eine Bescheinigung der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Bewerber bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus der sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung und Zulassung ergeben,
3. eine schriftliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauchgiftsüchtig ist oder gewesen ist.

Bei Bewerbungen um mehrere Arztsitze ist für jeden Arztsitz ein besonderer Antrag erforderlich, die Unterlagen sind nur einmal einzureichen.

Landesärztekammer
Baden

Zum 100. Geburtstag von Paul Kraske

Zeiten der Hast und Unruhe erlauben es selten, den Blick rückwärts zu richten und im Gedenken an frühere übertragene Leistungen dankbar zu verweilen.

Mit ganz besonderer Freude nehme ich daher den 2. Juni 1951 zum Anlaß, des Mannes zu gedenken, dessen Geburtstag sich an diesem Tage zum 100. Male jährt: des Geheimrats **Paul Kraske**.

Kraske war als Direktor der Freiburger Chirurgischen Universitätsklinik in den langen Jahren seiner Tätigkeit als Arzt, Lehrer und Forscher in so enge Verbindung mit der Universität, seinen Schülern und dem großen Kreis seiner Patienten getreten, daß die Erinnerung an ihn nicht nur bei uns älteren Ärzten, sondern auch noch in weiten Teilen der badischen Bevölkerung wach ist.

Bewährter und bekannter Schüler von Richard von Volkmann, wurde Kraske 1883 von Halle an der Saale an die Chirurgische Klinik Freiburg berufen. Unter seiner Leitung wurde die Klinik durch Errichtung von zwei Neubauten von 70 auf 300 Betten vergrößert.

Seinen internationalen Ruf begründete er durch die sacrale Methode der Mastdarmkrebsoperation. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten, die auch Ergebnisse seiner Tätigkeit als beratender Chirurg im Ersten Weltkrieg einschlossen, stammen aus seiner Feder.

Die höchste Befriedigung fand Kraske aber in der stillen Arbeit der Klinik, im Operationssaal und am Krankenbett. Er sah eine Gefahr in der zunehmenden Technisierung der klinischen und ärztlichen Tätigkeit und blieb auch nach zweimaligem Besuch bei den Mayo's in Rochester skeptisch, so sehr ihn der hohe Stand der technischen Organisation dort auch beeindruckt hatte.

Sein ruhiges, sachliches Auftreten im Verein mit seiner hochragenden, imponierenden Erscheinung wirkte gleichermaßen auf alle. Die gewissenhafte und sorgfältige Art des Operierens sowie die freundschaftliche Weise seines an-

regenden Rates beeindruckte seine Schüler. Seine Patienten empfanden dankbar das weiche Gemüt und fühlende Herz, das ihnen den Entschluß zur Operation erleichterte.

Wer wie ich das Glück hatte, sein Schüler zu sein, wurde von ihm, der ein Lehrer von klarer, logischer Denkungsart und universeller, humanistischer Bildung war, zu einer idealen Auffassung des Arztberufes erzogen. Dafür danken ihm heute noch viele.

Nach seiner Emeritierung im Jahre 1919 konnte Kraske die Schönheiten Freiburgs und seiner Umgebung erst eigentlich genießen und als begeisterter Jäger seiner Freude an der herrlichen Natur nachleben.

Am 15. Juni 1930 setzte nach kurzem Krankenlager ein unheilbares Leiden seinem arbeits- und erfolgreichen Leben ein Ende.

Kraske war einer der Altmeister der Chirurgie, die den Aufschwung und Glanz ihrer Kunst in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts erlebt haben. Und wie er selbst mitwirkend tätig war, so hatte auch ihn seine Zeit als Persönlichkeit geformt.

M. Natterer (Freiburg)

Persönliches

Am 15. Mai 1951 vollendete Dr. med. **Lehmann** in Oberkirch sein 75. Lebensjahr,

am 31. Mai 1951 Dr. med. **Jockers** in Schiltach sein 70. Lebensjahr

Glückwunsch zum 80. Geburtstag

Am 4. Mai 1951 vollendete Herr Dr. **Friedrich Jutzler**, Schopfheim, in voller körperlicher und geistiger Frische und Leistungsfähigkeit sein 80. Lebensjahr.

Wir entsprechen einem Wunsche des Kollegen, wenn wir seine großen Verdienste nicht besonders würdigen. Es ist uns jedoch ein Herzensbedürfnis, Dr. Jutzler zu danken für das vorbildliche berufliche und menschliche Einvernehmen, das die Ärzte des Kreises Lörrach, ja ganz Südbadens, mit ihm verbindet. Was Dr. Jutzler in seiner Eigenschaft als langjähriger Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Schopfheim und als langjähriger Vorsitzender des damaligen Ärztlichen Kreisvereins Lörrach seinen Kollegen an Anregungen gegeben hat, wird unvergessen bleiben.

Wir geben dem Wunsche Ausdruck, daß dieses vorbildliche Zusammenwirken im Dienste des kranken Menschen auch weiterhin erhalten bleiben möge.

Bezirksärztekammer Lörrach

60jähriges Arztjubiläum

Im Juni dieses Jahres sind 60 Jahre verflossen, seit Herr Dr. med. **Hillemanns**, Facharzt für Augenkrankheiten, Freiburg i. Br., sein Staatsexamen abgelegt und seine Approbation als Arzt erhalten hat.

Herr Dr. H. hat sich im Jahre 1897 zur Ausübung einer eigenen Praxis zunächst in Duisburg niedergelassen. Er ist später nach Freiburg übersiedelt und seit rund 50 Jahren als Augenarzt in unserer Stadt tätig.

Herr Kollege H. steht im 85. Lebensjahr. Er erfreut sich einer guten Gesundheit und übt noch täglich seine Praxis aus.

Wir benutzen diese Gelegenheit, Herrn Dr. H. für seine Arbeit als Arzt zu danken, und wir beglückwünschen ihn herzlich zu dem seltenen Jubiläum.

Bezirksärztekammer Freiburg

Im Bereich der Landesärztekammer Baden starben:

Dr. med. **Hans Schenk**, Heiligenberg, am 12. April 1951, im Alter von 85 Jahren

Prof. Dr. **Mobitz**, Freiburg, am 11. April 1951, im Alter von 62 Jahren

Nachruf

Nach kurzer schwerer Krankheit verstarb am 25. April 1951 Frau Dr. med. Margarete Kapp-Schworer, Freiburg i. Br. Die Verstorbene war seit 25 Jahren als praktische Ärztin in Freiburg i. Br. tätig. Sie hat sich in dieser Zeit einen großen Patientenkreis geschaffen, den sie mit großer Sorgfalt betreut hat.

Die Bezirksärztekammer bedauert den Verlust der angesehenen und stets hilfsbereiten Ärztin.

Bezirksärztekammer Freiburg i. Br.

Nachruf

Am 7. Mai 1951 ist Herr Dr. med. Friedrich Wilhelm Barstenstein, Freiburg/Br., verstorben.

Der Verstorbene hat über 50 Jahre lang als stets hilfsbereiter Arzt in vorbildlicher Weise seine Praxis in Freiburg versehen. Er hat sich einen großen Patientenkreis erworben und wurde nicht nur von seinen Patienten sehr geschätzt, sondern stand auch bei seinen Kollegen in hohem Ansehen.

Durch seine frühere, jahrelange ehrenamtliche Tätigkeit in der Ärzte-Organisation hat sich Herr Kollege B. besondere Verdienste um die Freiburger Ärzteschaft erworben.

Wir wollen dies angesichts seines Todes dankbar erkennen.
Bezirksärztekammer Freiburg

PRESSE- UND INFORMATIONSTELLE DER WÜRTT. ÄRZTESCHAFT

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Nägellestraße 8, Telefon 757 12

Arzt, Patient, Krankenkasse

Das obenstehende Thema beschäftigte ein Forum im Amerikahaus am 11. Mai 1951, zu dem ein zahlreiches Publikum erschienen war. Eröffnet wurde der Abend durch einen Vertreter des Amerikahauses mit dem Hinweis auf die Bedeutung, die die Fragen nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, u. a. auch in Amerika haben. Der Leiter der Aussprache, Herr Chefredakteur Reinelt begrüßte die Anwesenden und insbesondere die drei Redner des Abends, Herrn Dr. Bihl, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Württemberg-Hohenzollern, Herrn Dr. Hahn von der Privaten Krankenversicherung und Herrn Direktor Adelhardt vom Ortskrankenkassenverband und führte die Anwesenden in die Diskussion ein. Er sagte u. a., daß hinter den drei Schlagworten, die das Thema bilden, sich das Problem der deutschen Sozialversicherung verbirgt. Der Abend soll dazu dienen, eine Klärung der Begriffe herbeizuführen, und vor allem auch den Erschienenen die Möglichkeit geben, ihrerseits dazu Stellung zu nehmen und ihre Ansichten zu äußern. Als erster sprach Herr Dr. Bihl und gab einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Sozialversicherung seit ihrer Einführung im Jahre 1883, insbesondere der Krankenversicherung. Es hat sich im Laufe der Entwicklung gezeigt, daß in der Sozialen Krankenversicherung Bewährtes sich ebenso erhalten hat wie auch Unbewährtes. Wenn sie sich in ihren Anfängen beschränkt hat auf die Bevölkerungskreise, die einer Sozialhilfe bedürfen, so hat sie sich im Laufe der Zeit erweitert auf Kreise, für die sie nicht vorgesehen war. Ursprünglich waren nur 30% der Bevölkerung von der Sozialen Krankenversicherung erfaßt, heute sind es 80%. Der gesunde Versicherungsgedanke ist dem Gedanken der Versorgung gewichen. Herr Dr. Bihl ging dann ein auf die Entwicklung, die die Honorierung des Arztes für die Tätigkeit in der Sozialen Krankenversicherung genommen hat. Ursprünglich wurde jede einzelne Leistung des Arztes nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung bezahlt. Das heutige System der Honorierung entwickelte sich in den Jahren 1930/1931. Die Krankenkassen zahlen von diesem Zeitpunkt ab mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung eine Gesamtsumme, die sich zusammensetzt aus einem auf den Kopf des Versicherten errechneten Einzelbetrages, dem sogenannten Kopfpauschale. Die Ärzteschaft nahm das neue Honorarsystem an, um einer größeren Zahl junger Ärzte die Teilnahme an der Kassenärztlichen Tätigkeit zu ermöglichen. Kam früher auf 1000 Versicherte ein Arzt, so wurde das Verhältnis nunmehr auf 1 : 600 festgelegt. Durch die Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft, der therapeutischen Technik und Diagnostik und eine durch die Zeitereignisse bedingte Steigerung der Krankheitshäufigkeit trat nun aber eine außerordentliche Steigerung der ärztlichen Leistungen ein, so daß nunmehr das Kopfpauschale zur Bezahlung der ärztlichen Leistung nicht mehr ausreicht und die ärztliche Arbeit nur noch mit einem Bruchteil ihres Wertes bezahlt wird.

Die Gefahr der Entwicklung der Krankenversicherung liegt darin, daß bei einer weiteren Schematisierung und Bürokratisierung der Krankenversicherung das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken gestört wird.

Herr Direktor Adelhardt ging in seinen Ausführungen davon aus, daß ursprünglich durch die Krankenversicherung die im normalen Ablauf des Lebens entstehenden gesundheitlichen Schäden beseitigt werden sollten, die dem arbeitenden

Menschen bei seiner Arbeitstätigkeit entstehen. Seit 1883 hat sich das Aufgabengebiet der Krankenversicherung gewaltig verschoben. Es mußten von der Krankenversicherung Aufgaben übernommen werden, die der Staat eigentlich hätte übernehmen müssen und die Krankenkassen und Ärzten gleichzeitig eine Last auferlegten. Er bestätigte, daß ehemals gut situierte Schichten der Bevölkerung, die früher der Privatpraxis zuflühen, jetzt als Krankenkassenmitglieder ärztliche Hilfe suchten. Bei den Versicherten sei nicht immer der gute Standpunkt zum Versicherungsgedanken vorhanden. Begehrlichkeit zum Krankenschein, wie er es nannte, sei bei Arzt und Patient vorhanden. Er erörterte die Frage, ob eine stärkere Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Behandlung, wie sie in der Schweiz und in Frankreich vorhanden sei, insbesondere bei Bagatellfällen zweckmäßig wäre? Dabei müßte man aber die Frage stellen, was ist ein Bagatellfall? Herr Adelhardt verteidigte die Krankenkassen gegen die oft gestellte Frage, was machen die Kassen mit den hohen Beiträgen und gab an, daß 93 bis 94% des Beitragseinkommens fast ausschließlich für die Versicherten verwendet würden. Der Sozialbeitrag ist nur zu einem Teil Krankenversicherungsbeitrag, zum anderen Teil ein Beitrag für Invalidität, Unfall und Arbeitslosenversicherung. Er gab zu, daß die Mittel, die der Krankenversicherung zur Verfügung stehen, nicht ausreichen, um den anderen Vertragspartner, die Ärzte, voll zu befriedigen.

Der Vertreter Privater Krankenkassen, Herr Dr. Hahn, erläuterte die geschichtliche Entwicklung der Privatversicherung. Sie entstand nach 1924, als die Inflation dem Mittelstand das Vermögen genommen hatte, das er früher zu seiner Sicherung in Krankheitsfällen zur Verfügung hatte. Die Private Krankenversicherung hatte sich immer zum Grundsatz gemacht, in das Verhältnis Arzt—Patient nicht einzudringen, deswegen wäre auch ein Vertrag, sowohl von Ärzten wie von der Versicherung immer abgelehnt worden. Auch bei der Privaten Versicherung müsse der Gedanke, daß die Versicherung ein Schutz für Notfälle sein soll, maßgebend bleiben. Die Private Krankenversicherung soll eine Versicherungsgemeinschaft sein. Sie muß sich aber deswegen auch schützen dagegen, daß jeder Versicherte mehr aus ihr herauszuholen sich bemüht, als er an Beiträgen einzahlt. Die drei Diskussionsredner gaben dann noch zusätzliche Erläuterungen. Insbesondere umriß Herr Dr. Bihl den Begriff Bagatellfälle mit der prägnanten Feststellung: „Bagatellfall ist eine vorsorgerische Hilfe“. Vom Arzt aus gesehen ist der Bagatellfall schwer zu begrenzen, vom Patienten aus gesehen gibt es keinen Bagatellfall.

Herr Adelhardt stellte die Behauptung auf, die Bezahlung durch die Krankenkasse müßte doch wohl nicht schlecht sein, denn jeder Arzt sucht sich durch die Zulassung zur Kasse seine Existenz sicherzustellen. Die Ausführungen zu dieser sehr fragwürdigen These wurden von der Versammlung eindeutig abgelehnt.

Die von zahlreichen Anwesenden gestellten Fragen, Vorschläge und Ausführungen zeigten, daß in den breiten Schichten der Bevölkerung doch wohl mehr Verständnis für die Schäden in der Sozialversicherung vorhanden ist, als man im allgemeinen annehmen zu können glaubt. Es wurde von mehreren Rednern die Reform der bestehenden Sozialversicherung gefordert, und wenn auch die Debatte sich manchmal in Einzelheiten verlor, so war doch der Grundzug der Aussprache der, daß die Versammlung eine grundsätzliche

Anderung der bestehenden Verhältnisse in der Sozialen Krankenversicherung für notwendig hält. Einig waren sich alle Diskussionsredner darüber, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt als wichtigste Grundlage der Behandlung erhalten werden muß, und daß dem Arzt eine angemessene Bezahlung für seine verantwortungsvolle Arbeit gesichert werden muß.

In seinem Schlußwort konnte Herr Dr. Bihl nachweisen, daß das Netto-Einkommen des Arztes bei der Behandlung von rund 35 Patienten täglich nur etwa 400 DM im Monat beträgt und daß drei Forderungen erfüllt werden müßten, wenn die

Soziale Krankenversicherung ihre Aufgabe wieder voll erfüllen sollte:

1. Die Krankenversicherung muß beschränkt werden auf den Teil der Bevölkerung, der der Sozialhilfe bedarf.
2. Aufgaben, die dem Staat zufallen, also die Krankenversorgung der Rentner, müssen aus den Aufgaben der Krankenversicherung herausgenommen werden.
3. Der Arzt muß eine Bezahlung erhalten, die dem Umfang, der Bedeutung und der Wichtigkeit der von ihm geleisteten Arbeit entspricht.

Dr. Wiebe

VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (HARTMANNBUND)

LANDESVERBAND WÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Stuttgart-Degerloch, Nägelestraße 8, Telefon 75712

Bericht über die wichtigsten Ergebnisse der Vorstandssitzung des Landesverbandes vom 23. Mai 1951

1. Der Vorsitzende, Dr. Dobler, berichtet über die Sitzung des geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes am 5. und 6. Mai in Frankfurt. Der in dieser Sitzung gefaßte Beschluß über die Errichtung einer Wirtschaftsgenossenschaft des Verbandes der Ärzte Deutschlands wird eingehend durchberaten. Die Wirtschaftsstelle Süd des Verbandes in Stuttgart soll ihre Arbeit für den Südwestraum als Unterorganisation fortführen.

2. Die zahlreichen Beschwerden aus den Kreisen der praktischen Ärzte über das derzeit geübte Durchgangsarztverfahren hat den Vorstand veranlaßt, bei dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften vorstellig zu werden. In der Antwort des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften heißt es:

„Auf keinen Fall kann und soll der Allgemeinarzt aus der Behandlung Unfallverletzter ausgeschaltet werden. Auf eine Erstversorgung durch ihn kann vor allem in ländlichen Bezirken gar nicht verzichtet werden.“

Der Vorstand hat einstimmig beschlossen, nachstehende Entschliebung den Kassenärztlichen Vereinigungen zuzuleiten, um auf diese Weise die Bestrebungen der KV auf Änderung der zur Zeit untragbaren Verhältnisse zu unterstützen.

Beschluß: Zahlreiche Klagen aus Kollegenkreisen beweisen, daß das derzeit geübte Durchgangsarztverfahren sowohl für die praktischen Ärzte, insbesondere auf dem Lande, als auch für Kranke und Berufsgenossenschaften zu untragbaren Zuständen geführt hat. Der Vorstand unterstützt einmütig die Bemühungen der KV, mit allen Mitteln eine Änderung des Verfahrens zu erreichen. Es muß das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten erhalten bleiben und auch die Gefahr vermieden werden, daß Spannungen zwischen praktischem Arzt und Durchgangsarzt entstehen. Das in den Betrieben ausgehängte Plakat wird vom Landesverband des Hartmannbundes abgelehnt, da die darin enthaltenen Ausführungen den praktischen Arzt tatsächlich völlig von der Behandlung Unfallverletzter ausschalten. Der Hartmannbund bittet, daß er in die Verhandlungen mit den Berufsgenossenschaften über die Regelung des Durchgangsarztverfahrens mit eingeschaltet wird.

Die Kreisvereinsvorsitzenden des Hartmannbundes werden gebeten, mit den Durchgangsarzten Fühlung aufzunehmen und in kollegialer Aussprache die auftretenden Spannungen zwischen Durchgangsarzt und praktischem Arzt zu beseitigen.

3. Die Wahl der Kreisvereinsvorsitzenden und der Delegierten des Hartmannbundes ist in 12 Kreisvereinen Nordwürttembergs bereits durchgeführt. In den übrigen Kreisvereinen steht sie bevor. An die Kreisvereinsvorsitzenden von Württemberg-Hohenzollern wird in Kürze ein Rundschreiben ergehen, das auch in Württemberg-Hohenzollern zur Durchführung der Neuwahlen von Delegierten und Kreisvereinsvorsitzenden auffordern wird.

4. Der diesjährige Ärztetag findet am 5. und 6. Oktober in München statt. Vorausgeht am 2. Oktober eine Sitzung des geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes, am 3. Oktober eine Sitzung des Gesamtvorstandes des Hart-

mannbundes. Am 4. Oktober findet die Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands und eine öffentliche Kundgebung des Hartmannbundes statt. Themen sind voraussichtlich:

- a) Soziale Autonomie und Ärzteschaft
- b) Krise der Intelligenz, Krise des Ärztestandes.

5. Der Vorstand des Landesverbandes Württemberg wird dem Gesamtvorstand des Hartmannbundes nachstehenden Beschluß betr. Vertrag mit den Ersatzkassen unterbreiten:

Beschluß: Der Landesverband Württemberg bittet den Gesamtvorstand des Hartmannbundes, die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer Forderung nach Änderung der Honorarbestimmungen, insbesondere auch der Honorarbestimmung für die klinischen Leistungen, zu unterstützen. Auch das Prüfungs- und Regreßwesen soll grundsätzlich geändert werden und darf zu keiner verdeckten Pauschalierung führen. Es wird ferner gefordert, daß die Ersatzkassen angehalten werden, die Einkommensgrenze für die freiwilligen Mitglieder zu beachten.

6. Im Anschluß daran wurde die Frage der Verträge mit den Fürsorgeverbänden besprochen und folgender Beschluß gefaßt:

Beschluß: Der Vorstand des Landesverbandes Württemberg des Hartmannbundes bittet die KV, bei der bereits in Angriff genommenen Überprüfung der Verträge und der Vorbereitung neuer Verträge mit den Fürsorgeverbänden an der Bezahlung nach Einzelleistung unbedingt festzuhalten. Zu den Verhandlungen mit den Fürsorgeverbänden bittet der Hartmannbund die Kassenärztlichen Vereinigungen, Vertreter des Hartmannbundes zuzuziehen, da sie die Interessen der nicht zu den RVO-Kassen zugelassenen Ärzte vertreten.

7. Zur Frage der Durchführung des Versorgungsgesetzes wurde beschlossen, die Kassenärztlichen Vereinigungen zu bitten, im Südwestdeutschen Arzteblatt genaue Ausführungsbestimmungen zum Versorgungsgesetz zu machen, da Unklarheiten über die Durchführung bestehen. Der Vorstand des Landesverbandes war einmütig der Ansicht, daß die tägliche Behandlungsgebühr von 1 DM nicht in die Gesamtvergütung einbezogen werden, sondern den behandelnden Ärzten in voller Höhe zufließen sollte.

Dr. Wiebe

Umsatzsteuer für kassenärztliche Leistungen bei IRO-Patienten

Das Besatzungskostenamt Augsburg war seit einiger Zeit dazu übergegangen, bei der Bezahlung der Arztrechnungen für Behandlung von IRO-Angehörigen einen dreiprozentigen Abzug als Umsatzsteuer von den Mindestsätzen der Preugo vorzunehmen. Das Besatzungskostenamt berief sich dabei auf eine angebliche Entscheidung des Oberfinanzpräsidiums München.

Wir haben grundsätzlich Einspruch dagegen erhoben und verlangt, daß der Wortlaut der Entscheidung des Oberfinanzpräsidiums uns mitgeteilt wird. Daraufhin erhielten wir unter dem 7. Mai 1951 folgende Antwort:

„Besatzungskostenamt Augsburg,
Sachgebiet: Bl 0510/2-II, Ruf-Nr. 4964

An den
Verband der Ärzte Deutschlands
Landesverband Württemberg
Stuttgart-Degerloch
Nägelestraße 8

Be t r.: Umsatzsteuer für Leistungen der Kassenärzte bei der
Behandlung von IRO-Patienten.

Be z u g: Dort. Schreiben vom 2. Mai 1951.

Laut einer neuerlichen Verfügung der Oberfinanzdirektion
München, die im März dieses Jahres hier eingegangen ist, sind
die Mindestsätze der Preugo in den Fällen, in denen der

Arzt daran gebunden ist, als gesetzlich bemessene Gebühren
im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 2 UStG anzusehen, bei denen die
offene Umwälzung der Umsatzsteuer gestattet ist. Eine Kür-
zung um die Umsatzsteuer kommt somit nur dann in Frage,
wenn der Arzt die Umsatzsteuer neben der Mindestgebühr
nach der Preugo gesondert in Rechnung gestellt hat. Stellt
ein Arzt höhere Beträge als die Mindestsätze der Preugo in
Rechnung, so sind davon offen 3 % Umsatzsteuer abzusetzen.
gez.: Baum"

Es ist somit erwiesen, daß der Abzug von 3 % Umsatzsteuer
von den Mindestsätzen der Preugo ungerechtfertigt war und
Rückerstattung in allen Fällen gefordert werden kann, bei
denen der Abzug erfolgt ist.

Wir geben dies bekannt, weil es uns im allgemeinen Inter-
esse zu liegen scheint.
Dr. Wiebe

Wochenübersicht meldepflichtiger Krankheiten

17. Woche 1951 — 20. Woche 1951

(22. April — 19. Mai 1951)

Landes- bezirke	Woche	N = Neuerkrankungen T = Todesfälle	Mißbrand	Lupus	Diphtherie	Scharlach	Tuberkulose Lunge u. Kehlkopf	Tuberkulose anderer Organe	Keuchhusten	Übertragbare Genickstarre	Übertragbare Kinderlähmung	Tripper	Syphilis	Unterleibstypus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebens- mittelvergiftung	Bangsche Krankheit	Übertragbare Gelbsucht (Hepatitis)	Krätze	Übertragbare Gehirnentzündung	Tollwut	Malaria	Grippe	Masern	Kindbettfieber nach Geburt	Kindbettfieber nach Fehlgeburt	Trachom	Weilche Krankheit	Q-Fieber	Enteritis
	18.	N T			14	74	50 7	14 1	37			22	21	4	2	1					1				149						
	19.	N T			13	62	102 9	14 3	62	2		39	27	1	2						1	1			91						
	20.	N T	1		11	58	68 12	15 4	36			51	25	4	2		7								111 1						
Württemberg- Hohenzollern und Kreis Lindau	17.	N T			6	26	27 5	8 2				8	11 1	1	5 1						1				139 1						
	18.	N T			6	15	14	6	20			1	1			1	3								56						
	19.	N T			4	36	21 5	14 6	21			5	5	3		1	1	1			3			1	167						
	20.	N T			2	10	21 2	6 2	8			6	1	1			5 1								64	1					
Nord-Baden	17.	N T			5	27	65 8	6	22	2		41	15	2	3						2	4									
	18.	N T			2	33	39 7	17 1	29	1		38	6		3						1										
	19.	N T			4	28	71 7	7 1	24	2		31	12	1	1										52						
	20.	N T			6	39	66 3	7 1	10	1		45	17	1	2	1						1				1			1	2	
Land Baden	17.	N T			8	12	26 7	7	9			9	13		1	1									110						
	18.	N T			7	14	25 7	8 1	28	3		15	10	1											129				1		
	19.	N T			15	18	24 5	7 2	34	2		23	8		3										156				9		
	20.	N T			9	19	17 8	6 3	24	1		6	6			1									95						

DU UND DIE Welt gehört in jedes Wartezimmer!

U-S-W-1057, ISD, Württemberg-Baden. Bezugspreis DM 3.— vierteljährlich zuzüglich Postgebühren. — Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. med. Albrecht Schröder, Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32. Für den Anzeigenteil: Ferd. Enke, Verlag, Stuttgart-W, Hasenbergsteige 3. Druck: Ernst Klett, Stuttgart-W, Rotenbühlstr. 77. — Ausgabe Juni 1951