

Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in Krankenhaus und Praxis

Ein weiterer Schwerpunkt in den Bemühungen der Bundesärztekammer war es schließlich, eine effiziente Zusammenarbeit der Ärzte in Krankenhaus und freier Praxis weiter zu fördern.

Durch die Kooperation soll die Möglichkeit geschaffen werden, daß die niedergelassenen Ärzte vor der Krankenhauseinweisung ihrer Patienten alle Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik voll ausschöpfen, daß die Unterlagen und Befunde ins Krankenhaus mitgegeben und nach der Entlassung mit einem Bericht über durchgeführte Diagnostik und Therapie zurückgegeben werden. Diese Maßnahmen gewährleisten, daß sich der Übergang aus der ambulanten in die stationäre Behandlung und zurück – sofern der Patient nicht ohnehin von einem Belegarzt behandelt wird – nahtlos vollzieht und sich Krankenhaus und Praxis bei der Erfüllung ihrer Aufgaben ergänzen.

Namens des Ausschusses „Krankenhaus und Praxis“ sowie des Vorstands der Bundesärztekammer legte Dr. Friedrich-Wilhelm Koch, Essen, in Referaten auf dem 73. Deutschen Ärztetag 1970 und auf dem 74. Deutschen Ärztetag 1971 eine Reihe von Vorschlägen vor, die der Verbesserung dieser Zusammenarbeit dienen sollen. Der Deutsche Ärztetag hat in Entschlüssen die Absicht, die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten zu verbessern und zu intensivieren, begründet.

Im Berichtsjahr wurde der alte Ausschuß „Krankenhaus und Praxis“, der zwischenzeitlich in ein Vorstandsreferat umgewandelt war, vom Vorstand der Bundesärztekammer wieder eingerichtet. Der Ausschuß hat in mehreren Sitzungen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im Krankenhaus und in freier Praxis systematisch zusammengefaßt. Dieses Ergebnis wird dem 76. Deutschen Ärztetag vorgelegt werden.

Abgrenzung der Aufgaben

Nach dem Kassenarztrecht ist die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen den in freier Praxis niedergelassenen Ärzten übertragen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hat die Aufgaben des Krankenhauses folgendermaßen definiert:

„Krankenhäuser (sind) Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

Mit dieser Formulierung ist die Möglichkeit, daß die Krankenhäuser als Institution künftig auch Aufgaben der ambulanten Versorgung übernehmen, nicht ausgeschlossen. Die Bundesärztekammer hält nach wie vor daran fest, daß dem Krankenhaus als Institution ausschließlich die stationäre Behandlung von Patienten zukommt. Soweit es für die fachärztliche Betreuung der Patienten notwendig ist, empfiehlt sie, über eine Beteiligung bzw. Ermächtigung von qualifizierten Krankenhausärzten, diese persönlich an der ambulanten Versorgung der Bevölkerung zu beteiligen, wie dies bisher schon in weitem Umfang durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Zulassungsausschüsse gehandhabt wird. Für eine Beteiligung der Krankenhäuser als Institution an der ambulanten Versorgung der Bevölkerung sieht sie keine Notwendigkeit. Sie ist deshalb Forderungen zum Beispiel des Deutschen Landkreistages, der durch eine manipulierte Umfrage die Notwendigkeit der Errichtung von Krankenhausambulatorien beweisen wollte, ganz entschieden entgegengetreten, zumal es dem Landkreistag vor allem darum gehen dürfte, durch Einnahmen aus den Ambulatorien die Defizite aus der stationären Behandlung zu vermindern, und weniger darum, die ärztliche Versorgung zu verbessern.

VIII. Ärzte in der Bundeswehr und im Zivilschutz

Seit Gründung der Bundeswehr wendet die Bundesärztekammer dem Sanitätswesen und insbesondere der ärztlichen Versorgung der Soldaten besondere Aufmerksamkeit zu. Auch die Entwicklung des Zivilschutzes der Bevölkerung wird von der Standesorganisation ständig beobachtet. Zur Beratung der anfallenden Fragen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und der ärztlichen Versorgung der zivilen Bevölkerung berief der Vorstand der Bundesärztekammer einen Ausschuß und eine Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“, die unter dem Vorsitz von Dr. Degenhard, dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg, stehen.

1. Zusammenarbeit mit der Sanitätsinspektion und dem Zivilschutz

Die derzeitige besondere Stellung des Sanitätswesens und der ärztlichen Versorgung der Soldaten der Bundeswehr durch Errichtung einer mit den Inspektionen für Heer, Luft-

waffe und Marine gleichberechtigten Sanitätsinspektion entspricht dem Wunsch und den seinerzeitigen intensiven politischen Bemühungen der ärztlichen Standesorganisation. Seit dem 1. Oktober 1972 leitet Admiraloberstabsarzt Dr. Stemann die Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr. Der Ausschuß und die Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“ sind bemüht, alle die Standesorganisationen und die Bundeswehr gemeinsam betreffenden Fragen im Zusammenwirken mit der von ihm geleiteten Sanitätsinspektion zu lösen. Das gleiche gilt für die Bundesministerien, denen die Beratung der mit dem Zivilschutz zusammenhängenden Fragen übertragen ist.

2. Kammermitgliedschaft von Sanitätsoffizieren

Da der Sanitätsoffizier bei seiner Berufsausübung Arzt bleibt, ist er auch Mitglied der für ihn jeweils zuständigen Landesärztekammer. Diese Auffassung der Bundesärzte-

kammer wurde durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 25. November 1971 bestätigt, das in seiner Entscheidung feststellte, die Pflichtmitgliedschaft, die von einem Kollegen angezweifelt worden war, sei rechtmäßig. Damit wurde durch höchstrichterliches Urteil ein seit Jahren anhängiges Verfahren abgeschlossen, das sich mit der Pflichtmitgliedschaft von Sanitätsoffizieren der Bundeswehr bei den Landesärztekammern befaßte.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in dieser Entscheidung ebenfalls zum Ausdruck gebracht, daß auch die Regelungen in den Beitragsordnungen der Landesärztekammern, welche die Beitragsstaffelung je nach Art der beruflichen Tätigkeit und Stellung sowie der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Arztes vorsehen, sachgerecht sind.

Jeder Sanitätsoffizier ist also Mitglied der örtlich zuständigen Landesärztekammer mit den sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten.

Ein Urteil gleichen Inhalts, die Mitgliedschaft von Medizinalbeamten betreffend (für die hier erörterte Frage aber ebenfalls von großer Bedeutung), hatte einen Medizinalbeamten veranlaßt, Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht einzulegen. Das Bundesverfassungsgericht hat durch Beschluß vom 16. Juli 1973 diese Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen, weil sie keine hinreichende Aussicht auf Erfolg hat.

3. Ärztliche Versorgung der Bundeswehr

Seit Aufstellung der Bundeswehr gibt es nicht unerhebliche Schwierigkeiten, den Bedarf an aktiven Sanitätsoffizieren zu decken. Sie sind auch heute noch nicht behoben. Die Ursachen hierfür liegen nicht in einem allgemeinen Mangel an Ärzten, sondern sind strukturell bedingt. Die Bundesärztekammer hat daher in der Vergangenheit stets empfohlen, zur Beseitigung der Schwierigkeiten die Bedingungen für die Tätigkeit der Sanitätsoffiziere den allgemeinen Gegebenheiten des ärztlichen Arbeitsmarktes entsprechend zu gestalten. Es besteht Grund zu der Annahme, daß auch die Bundeswehr ihren Bedarf an Sanitätsoffizieren decken könnte, wenn sie diesen Grundsatz berücksichtigen würde.

Das Verteidigungsministerium hat in der Vergangenheit einige Versuche in dieser Richtung unternommen; die getroffenen Maßnahmen waren offensichtlich jedoch noch nicht ausreichend. Durch die Einführung einer widerruflichen nicht ruhegehaltstfähigen Zulage in Höhe von 350 DM verbesserte sich die finanzielle Situation der Sanitätsoffiziere. Diese Verbesserung ist wahrscheinlich auch als Grund dafür anzusehen, daß mehr junge Ärzte sich entschlossen, Berufs-Sanitätsoffiziere zu werden. Die Gesamtzahl dieser Offiziere erhöhte sich jedoch nur wenig, da viele aktive Sanitätsoffiziere in der Zwischenzeit die Altersgrenze erreichten. Die ärztliche Versorgung der Soldaten kann nur dadurch sichergestellt werden, daß seit mehreren Jahren im Grundwehrdienst stehende Kollegen truppenärztlichen Dienst versehen. Anfang Juni 1973 standen 962 länger dienenden Sanitätsoffizieren (Berufs- oder Zeitoffizieren) 981 Sanitätsoffiziere im Grundwehrdienst gegenüber. Damit ist mehr als die Hälfte aller Sanitätsoffiziere der Bundeswehr nur kurzfristig im Rahmen der Streitkräfte tätig.

Bemühungen zur Behebung des Personalmangels

Seit Jahren vergibt die Bundeswehr Stipendien zur Förderung ihres Sanitätsoffizierwachstums. Allerdings wird diese Maßnahme erst in einigen Jahren eine merkliche Entlastung der angespannten Personalsituation bringen. Zur Zeit werden 320 Stipendiaten gefördert. 75 absolvieren ihre Medizinalassistentenzeit und werden nach der Approbation als aktive Sanitätsoffiziere die Versorgung der Truppe erheblich verbessern können.

Am 1. Oktober 1969 wurde die neue Laufbahn des aktiven Sanitätsoffiziers geschaffen. Während bisher nur approbierte Ärzte in den Dienst als Sanitätsoffiziere eingestellt wurden, kann sich jetzt schon ein Abiturient verpflichten, diese Laufbahn einzuschlagen. Voraussetzung für die Einstellung ist unter anderem ein Reifezeugnis, das eine Zulassung zum Medizinstudium auch unter den erschwerenden Bedingungen des derzeitigen Numerus clausus mit Sicherheit erwarten läßt. Gegenwärtig studieren 250 Mediziner im Bundeswehrdienst, weitere 19 absolvieren als Sanitätsoffizieranwärter ihre Medizinalassistentenzeit.

Nach dem Staatsvertrag zwischen den Bundesländern über die Vergabe von Studienplätzen, über den an anderer Stelle ausführlich berichtet wird, haben die Länder vorgesehen, jährlich zwei Prozent der Studienplätze für Medizin den Studienbewerbern vorzubehalten, die sich verpflichten, nach der Approbation als Berufsanitätsoffiziere tätig zu werden. Voraussichtlich werden nach derzeitigem Stand 33 Bewerber im Rahmen dieser Bestimmungen zum Wintersemester 1973/74 einen Studienplatz für Humanmedizin erhalten.

Wegen des Mangels an Sanitätsoffizieren befaßte sich der Deutsche Bundestag in einer Fragestunde mit der Einstellung von Ärztinnen in die Streitkräfte. In diesem Zusammenhang wurde bekannt, daß vier Ärztinnen im Beamtenverhältnis und zehn Ärztinnen im Angestelltenverhältnis bei zentralen Sanitätsdienststellen wie Bundeswehrkrankenhäusern und anderen Instituten sowie im Wehersatzdienstwesen tätig sind. Nach Auskunft des zuständigen Staatssekretärs ist nicht geplant, Ärztinnen eine truppenärztliche Tätigkeit zu übertragen.

Seit Jahren werden bekanntlich Stabsärzte, die dem Dienstgrad nach Hauptleute sind, und Oberstabsärzte, die im Rang von Majoren stehen, wie Majore bzw. Oberstleutnant besoldet. Zur Zeit wird untersucht, ob diese Sanitätsoffiziere künftig mit den Dienstgradabzeichen zu versehen sind, die ihrer Besoldungsgruppe entsprechen. Die Bundesregierung hofft, hierdurch einen weiteren Anreiz für den Sanitätsdienst der Bundeswehr zu schaffen. Diese in Aussicht genommene Regelung bedarf allerdings noch der Genehmigung des Bundespräsidenten.

Im vergangenen Jahr wurde bekannt, daß von verschiedenen Ministerien angestrebt wird, die widerrufliche nicht ruhegehaltstfähige Zulage von 350 DM abzuschaffen. Die Bundesärztekammer wandte sich daher an die Bundesminister der Verteidigung, des Inneren und Wirtschaft und Finanzen und forderte im Hinblick auf die Gegebenheiten des ärztlichen Arbeitsmarktes diese Zulage nicht nur beizubehalten, sondern auf 500 DM zu erhöhen, da insbesondere im letzten Jahr eine erhebliche Verbesserung der Bezüge der angestellten Ärzte zu immer größer werdenden Unterschieden des Einkommens zu den in der

Bundeswehr tätigen Ärzten geführt hatte. Sie wies dabei darauf hin, daß der noch vorhandene sehr hohe Fehlbestand an aktiven Sanitätsoffizieren, deren ungünstiger Altersaufbau und die sich daraus ergebenden besonderen dienstlichen Belastungen bei Fortfall der Zulage durch das zu erwartende weitere Ausscheiden zahlreicher aktiver Sanitätsoffiziere nicht absehbare Folgen für die gesundheitliche Betreuung der Soldaten der Bundeswehr haben würde.

Da diese Zulage bisher nur Berufssanitätsoffizieren, Medizinalbeamten und Angestellten gewährt wird, wurde ferner angeregt, in der für den Fortbestand der Zulage notwendigen Rechtsverordnung festzulegen, daß die Zulage auch solchen Sanitätsoffizieren gezahlt wird, die sich für einen bestimmten Zeitraum zum Dienst in der Bundeswehr verpflichten. Die Gewährung der Zulage an „Zeitoffiziere“ ist darüber hinaus deshalb auch dringend geboten, weil die Übergangsbeihilfen für Sanitätsoffiziere auf Zeit erheblich gekürzt wurden. Die Bundesärztekammer trat dafür ein, diese Zulage allen Sanitätsoffizieren, Medizinalbeamten, angestellten Ärzten und Zahnärzten der Bundeswehr zu gewähren.

Unterhaltssicherungsgesetz

Bis vor kurzer Zeit hatten Wehrpflichtige, die nach Vollendung des 25. Lebensjahres Grundwehrdienst leisten, wie Wehrübende, Anspruch auf Verdienstauffallentschädigung. Sie erhielten als Verheiratete 90 Prozent und als Ledige 70 Prozent ihres Einkommens vor der Einberufung. Dem gegenüber konnten jüngere Wehrpflichtige Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz nur dann beanspruchen, wenn unterhaltsberechtigten Familienangehörige vorhanden waren. Diese Besserstellung erschlösse dem Gesetzgeber unter dem Gesichtspunkt der Wehrgerechtigkeit nicht gerechtfertigt, da beide Personengruppen gleichen Dienst leisten und gleichen Belastungen ausgesetzt sind. Er sah daher in einem bereits 1972 in der 6. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eingebrachten Gesetzentwurf zur Novellierung dieses Gesetzes vor, für Sanitätsoffiziere, die Grundwehrdienst leisten, eine neue Leistungsart einzuführen.

In der Begründung zu diesem Entwurf ist ausgeführt, daß diese Wehrpflichtigen auf Grund ihrer besonderen beruflichen Ausbildung wichtige Funktionen im Interesse der Bundeswehr wahrnehmen und hierbei an die Stelle von Sanitätsoffizieren auf Zeit und Berufssanitätsoffizieren treten. Es war geplant, diesem Personenkreis eine Unterhaltssicherung von monatlich 1050 DM für Ledige und 1300 DM für Verheiratete zugestehen. Durch die vorzeitige Beendigung der 6. Legislaturperiode wurde dieser Entwurf 1972 nicht mehr im Bundestag behandelt, dann jedoch Anfang 1973 dem Parlament erneut vorgelegt.

Bemühungen der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer wandte sich an die Mitglieder des Verteidigungsausschusses des Deutschen Bundestages und legte dar, daß die vorgesehenen Bestimmungen erhebliche Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Status von Sanitätsoffizieren im Grundwehrdienst haben werden. Die an Stelle der bisherigen Verdienstauffallentschädigung vorgesehenen einheitlichen Leistungen mit einem fixierten Betrag füh-

ren nämlich bei Ärzten, welche nicht unmittelbar nach ihrer Approbation, sondern erst nach einigen Jahren Berufstätigkeit zum Grundwehrdienst einberufen werden, zu einer deutlichen Schlechterstellung. Diese Ärzte haben nämlich in aller Regel, insbesondere wenn sie im dritten oder vierten Jahr ihrer Berufstätigkeit als Assistenzärzte stehen, einschließlich aller Zulagen für Bereitschaftsdienst und Nebeneinnahmen ein Einkommen, das erheblich höher ist als der vorgesehene Entschädigungssatz. Entsprechend einer Änderung des Wehrpflichtgesetzes können Ärzte bekanntlich nunmehr bis zur Vollendung des 32. Lebensjahres zum Grundwehrdienst einberufen werden.

Zur Vermeidung dieser Nachteile regte die Bundesärztekammer daher an, den Fix-Betrag nur bei solchen Wehrpflichtigen anzuwenden, die innerhalb von sechs Monaten nach ihrer Approbation zum Wehrdienst einberufen werden. Durch eine derartige Regelung wäre sichergestellt worden, daß Ärzte, die zu einem späteren Zeitpunkt aus ihrer Berufstätigkeit heraus zum Grundwehrdienst einberufen werden, wie bisher nach dem Prinzip der einkommenbezogenen Verdienstauffallentschädigung behandelt worden wären. Andererseits erhob die Bundesärztekammer jedoch Bedenken dagegen, die Höhe der Unterhaltssicherung durch einen konkret genannten Betrag zu fixieren. Insbesondere hielt sie den vorgesehenen Betrag angesichts der an junge Assistenzärzte in Krankenhäusern gezahlten Vergütungen nicht für ausreichend. Sie wies schon in diesem Zusammenhang darauf hin, daß bei Fortentwicklung der Tarifgehälter der fixierte Betrag der Unterhaltssicherung entweder hinter der Entwicklung zurückbleiben oder aber in bestimmten Abständen jeweils durch Änderung des Gesetzes angepaßt werden müßte. Aus diesem Grunde empfahl die Bundesärztekammer an Stelle eines konkreten DM-Betrages die Eingangsstufe des Grundgehaltes der Besoldungsgruppe A 13 zu setzen, die Stufe, nach der auch sämtliche Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten eingestuft sind, so lange sie den Dienstgrad eines Stabsarztes bekleiden.

Unter Außerachtlassung der Vorschläge der Standesorganisation passierte das Gesetz die zuständigen parlamentarischen Gremien und trat am 1. Juni 1973 in Kraft. Die Bundesärztekammer wandte sich daraufhin in einem Fernschreiben an den Bundesminister der Verteidigung, wies auf die unzumutbaren Verschlechterungen der wirtschaftlichen Situation für zahlreiche zum Grundwehrdienst einberufene Ärzte hin und empfahl dringend, die vom Gesetzgeber eingeführten Veränderungen zu überprüfen. Gerade im Hinblick darauf, daß die ärztliche Versorgung der Bundeswehr im wesentlichen Umfang von Ärzten mitgetragen wird, die ihren Grundwehrdienst leisten, muß die eingetretene Verschlechterung zur erheblichen Beunruhigung unter den Betroffenen führen, was nicht der Sicherung eines qualifizierten Dienstes in der Bundeswehr dienlich sein kann. Die Bundesärztekammer forderte daher erneut, den von ihr im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens vorgetragene Anregungen zu entsprechen. Zahlreiche Ärzte haben sich in Schreiben an die Bundesärztekammer gewandt und auf die bei ihnen eingetretene Gefährdung der Sicherung des bisherigen Lebensstandards hingewiesen, da die Differenzbeträge zwischen 400 und 1100 DM liegen. Die Beratung neuer Vorschläge zur Novellierung des Unterhaltssicherungsgesetzes durch die Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“ war bei Redaktionsschluß noch nicht beendet.

Entwicklungsdienst anstelle von Wehrdienst

Bis vor zwei Jahren war es nicht möglich, Ärzten eine Tätigkeit im Entwicklungsdienst auf den Wehrdienst anzurechnen. Erst im August 1971 schlossen die Ministerien für Verteidigung, Arbeit und Sozialordnung sowie für wirtschaftliche Zusammenarbeit eine Verwaltungsvereinbarung ab, nach welcher nunmehr auch Ärzte anstelle von Wehrdienst Entwicklungsdienst leisten können.

Voraussetzung hierfür ist, daß der Wehrpflichtige sich bereits während seiner Ausbildung zum Arzt auf die Tätigkeit als Entwicklungshelfer vorbereitet und verpflichtet, unmittelbar nach der Approbation mindestens zwei Jahre im Entwicklungsdienst tätig zu sein. Nach der interministeriellen Vereinbarung sind die nachgenannten Institutionen für den Abschluß von Verträgen mit Ärzten zugelassen:

- ▷ Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe
- ▷ Deutscher Entwicklungsdienst
- ▷ Dienste in Übersee
- ▷ Internationaler christlicher Friedensdienst und Weltfriedensdienst

Ursprünglich war vorgesehen, diese Verwaltungsvereinbarung nur für das Jahr 1971 in Kraft zu setzen. In der Zwischenzeit konnten sich aber Ärzte auch 1972 für Entwicklungsdienst anstelle von Wehrdienst entscheiden. Das gleiche gilt für das laufende Jahr 1973.

Die Träger der vorgenannten Organisationen haben bei verschiedenen Beratungen in den vergangenen Jahren stets darauf hingewiesen, daß es wünschenswert wäre, den Ärzten, die im Entwicklungsdienst eingesetzt werden, nach der Approbation noch eine gewisse Vorbereitungszeit zuzubilligen. Es bleibt abzuwarten, ob diesen sicher berechtigten Vorstellungen in der nächsten Zeit entsprochen werden kann.

Neue Tauglichkeitsbestimmungen

Ärzte, die auf Grund der bisherigen Tauglichkeitsbestimmungen den Tauglichkeitsgrad „eingeschränkt tauglich“ erhalten und noch keinen Wehrdienst absolviert haben, müssen damit rechnen, daß sie aufgefordert werden, sich einer Überprüfungsuntersuchung zu unterziehen. Bei dieser Untersuchung wird festgestellt, ob sie nach den seit Anfang 1973 geltenden Tauglichkeitsbestimmungen als „wehrdienstfähig“ oder „nicht wehrdienstfähig“ zu beurteilen sind.

Sollte die Wehrdienstfähigkeit gegeben sein, so müssen diese Ärzte, sofern sie vor dem 1. Januar 1973 noch keine dreimonatige Wehrübung angetreten haben, 15 Monate Grundwehrdienst leisten. Letzteres gilt auch für den Personenkreis, der wegen „Unabkömmlichkeit“ bisher zurückgestellt und der noch nicht in irgendeiner Form zum Grundwehrdienst herangezogen wurde.

4. Ärztliche Versorgung im Zivilschutz

Die gleiche Beachtung wie die ärztliche Versorgung der Bundeswehr verdient die ärztliche Betreuung der Bevölkerung im Rahmen des Zivilschutzes. Hierfür gibt es Planungen, die für die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung als auch der Bundeswehr von nicht unerheblicher Bedeutung sind.

Seit mehreren Jahren führt die Akademie für zivile Verteidigung in Bad Godesberg Lehrgänge durch, die einen Eindruck von den vielfältigen Aufgaben vermitteln, die vom Zivilschutz im Verteidigungs- oder Katastrophenfall zu bewältigen sind. Vertreter der ärztlichen Standesorganisation nahmen an seminarartigen Veranstaltungen teil, in denen sie über das Gesundheits- und Sanitätswesen im Rahmen der Gesamtverteidigung unterrichtet wurden. Für einen im September 1973 stattfindenden Lehrgang hat die Bundesärztekammer wiederum einige interessierte Kollegen benannt.

IX. Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte

Zur Behandlung aller Fragen, die sich mit der Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte befassen, bildete der Vorstand der Bundesärztekammer 1967 einen Ausschuß „Randgebiete der Medizin“, der nach dem Ärztetag 1971 in ein Vorstandsreferat unter Leitung von Dr. Odenbach umgewandelt wurde.

1. Rechtslage

Der Begriff Ausübung der Heilkunde befindet sich seit einiger Zeit in der Diskussion. Die einzige Legaldefinition findet sich im Heilpraktikergesetz. In Auslegung dieser Vorschrift hat das Bundesverwaltungsgericht (Urteil vom 25. Juni 1970) diesen Begriff dahingehend interpretiert, daß er Tätigkeiten umfasse, die nach allgemeiner Auffassung ärztliche Fachkenntnisse voraussetzen, sei es im Hinblick

auf das Ziel, die Art oder die Methode der Tätigkeit oder für die Feststellung, ob im Einzelfalle mit der Behandlung begonnen werden darf. Andere Verrichtungen, selbst wenn sie für sich gesehen ärztliche Fachkenntnisse nicht voraussetzen, fallen gleichwohl unter die Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes, wenn sie Gesundheitsgefährdungen mittelbar zur Folge haben können, etwa dadurch, daß frühzeitiges Erkennen ernster Leiden, das ärztliches Wissen voraussetzt, verzögert werden kann und daß die Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung nicht nur geringfügig ist.

Andererseits fallen solche heilkundlichen Verrichtungen, die keine nennenswerten Gesundheitsgefahren zur Folge haben können, nach dieser Rechtsprechung nicht unter die Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes, auch wenn sie zur ordnungsgemäßen Vornahme ärztliche Fachkenntnisse erfordern.