

nahme an Ringversuchen erst dann möglich ist, wenn die interne Qualitätssicherung im eigenen Labor gut funktioniert. Deshalb haben die Kassenärztlichen Vereinigungen eine *schrittweise* Einführung der Qualitätssicherung vorgesehen. Es wird also noch einige Zeit dauern, bis die Richtlinien in vollem Umfang erfüllt werden können. Die im heutigen Heft (Seite 959 ff.) veröffentlichten Ausführungsbestimmungen und Erläuterungen sind auf diesen Endzustand abgestellt. Zi/BÄK

## Tagung des Wehrmedizinischen Beirates

Bei der diesjährigen Vollversammlung des Wehrmedizinischen Beirates des Bundesverteidigungsministeriums, der Mitte Februar 1974 in Bonn tagte, würdigte Minister Leber die Bedeutung dieser Institution für die Streitkräfte. In diesem Zusammenhang sprach er auch die noch zu überwindenden personellen Schwierigkeiten im Sanitätsdienst der Bundeswehr und die in dem „Weißbuch“ 1973/74 zur Sicherung der Bundesrepublik und zur Entwicklung der Bundeswehr angekündigte besondere Kommission an, die Vorschläge für die Lösung des Nachwuchsproblems bei Sanitätsoffizieren erarbeiten soll.

Der stellvertretende Sanitätsinspekteur, Generalstabsarzt Dr. Rebenisch, erläuterte die in Aussicht genommene Sanitätsdienstliche Konzeption im Rahmen der Wehrstruktur, deren Ziel es ist, die Rationalisierung und Konzentrierung der regional gegliederten, raumdeckenden, bundeswehrgemeinsamen sanitätsdienstlichen Leistung unter Berücksichtigung der personellen Gegebenheiten herbeizuführen.

Das Plenum des Wehrmedizinischen Beirates verabschiedete verschiedene Empfehlungen, die der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens als zukünftige Arbeitsgrundlage dienen. uer

# Wege zur Rehabilitation Behinderter

Zuständige Leistungsträger und die Auskunftsstellen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, in der sich die im Sozialbereich tätigen Trägerorganisationen von Rehabilitationsmaßnahmen zusammengefunden haben, hat es sich zur Aufgabe gemacht, die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen des geltenden Rechts auf freiwilliger Basis zu koordinieren — ein Ziel, das auch mit dem kommenden Rehabilitations-Angleichungsgesetz verfolgt wird. Neben mannigfa-

chen Aktivitäten, das Rehabilitationsverfahren zügig und nahtlos zu gestalten, hat die Arbeitsgemeinschaft mit einem Wegweiser unter dem Titel: „Wege zur Rehabilitation Behinderter“ eine weitere Orientierungshilfe geschaffen, die sich bereits bewährt hat. Das Kernstück des Wegweisers, die Aufstellung der zuständigen Leistungsträger (siehe Seite 913) in der Rehabilitation und die Liste der Auskunftsstellen (unten) wurde neu

### Auskunftsstellen für Rehabilitation sind:

▷ die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen): Ortskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Angestelltenkrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen, Seekrankenkasse (Seekasse), knappschaftliche Krankenversicherung (Bundesknappschaft);

▷ die Träger der Rentenversicherung: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Bundesbahnversicherungsanstalt, Seekasse, Landwirtschaftliche Alterskassen;

▷ die Bundesanstalt für Arbeit: Landesarbeitsämter, Arbeitsämter;

▷ die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung: gewerbliche Berufsgenossenschaften, landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, gemeindliche Unfallversicherungsträger, Feuer-

wehrunfallkassen, Ausführungsbehörden und Unfallversicherungsverbände des Bundes, der Länder und Gemeinden;

▷ die Träger der Kriegsopferversorgung, der Kriegsopfer- und Schwerbeschädigtenfürsorge: Landesversorgungsämter, Versorgungsämter, Hauptfürsorgestellen;

▷ die Träger der Sozialhilfe: überörtliche Träger der Sozialhilfe, örtliche Träger der Sozialhilfe;

▷ die Versicherungsämter;

▷ die Ortsbehörden für Arbeiter- und Angestelltenversicherung in Baden-Württemberg;

▷ die Gesundheitsämter.

Zusätzlich erteilen Auskunft die besonders gekennzeichneten Dienststellen der Kriegsopfer- und Behindertenverbände, sowie der Verbände der freien Wohlfahrtspflege.

Zuständiger Leistungsträger für die Rehabilitation Behinderter			
	1	2	3
			4
Arten der Hilfe	Alle Leiden (außer Spalten 3 u. 4) und zwar: voll Eintritt in das Berufsleben; sowie nach Eintritt in das Berufsleben; wenn nicht rentenversichert	Alle Leiden (außer Spalten 3 u. 4): nach Eintritt in das Berufsleben; wenn rentenversichert	Arbeitsunfall einschließlich Unfall beim Besuch von Kindergarten, Schule oder Hochschule; Berufskrankheit
I. Auskunft	Auskunftsstellen für Rehabilitation (siehe Kästen)		
II. Beratung medizinische berufliche soziale	<b>Sozialhilfeträger</b> im Zusammenwirken mit der Krankenkasse, dem Gesundheitsamt, dem behandelnden Arzt, dem Landesarzt; in Berufsfragen: <b>Arbeitsamt</b>	<b>Rentenversicherungsträger</b> im Zusammenwirken mit der Krankenkasse, dem Gesundheitsamt, dem Sozialhilfeträger; in Berufsfragen im Zusammenwirken mit dem Arbeitsamt	<b>Versorgungsamt</b> in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse; im Berufsfragen: <b>Hauptfürsorgestelle für Kriegssopfer/Hauptfürsorgestelle</b> im Zusammenwirken mit dem Arbeitsamt
III. Ärztliche Behandlung	bei Anspruch auf Krankenhilfe (Familienhilfe): <b>Krankenkasse</b> ; sonst – soweit nicht Dritte vorrangig verpflichtet: Sozialhilfeträger	<b>Rentenversicherungsträger/Krankenkasse</b> : sonst – soweit nicht Dritte vorrangig verpflichtet: Sozialhilfeträger	<b>Versorgungsamt/Krankenkasse</b>
IV. Körperersatzstücke orthopädische und andere Hilfsmittel	bei Anspruch auf Krankenhilfe (Familienhilfe): <b>Krankenkasse</b> ; sonst – soweit nicht Dritte vorrangig verpflichtet: Sozialhilfeträger	<b>Krankenkasse</b> , gegebenenfalls unter Beteiligung des Rentenversicherungsträgers; sonst – soweit nicht Dritte vorrangig verpflichtet: Sozialhilfeträger	<b>Unfallversicherungsträger</b>
V. Förderung des Besuches von: a) Sonderschulen b) Schule (Vorschule, Sonderschule, Grundschule, Hauptschule, weiterführende Schule) c) Fach- und Hochschule	a) <b>Sozialhilfeträger</b> b) <b>Schulträger</b> , ergänzend Sozialhilfeträger c) <b>Ant für Ausbildungsförderung</b> (für obere Klassen) c) <b>Ant für Ausbildungsförderung</b> ergänzend Sozialhilfeträger	<b>Rentenversicherungsträger</b> nur b + c) und nur in besonderen Fällen	<b>Unfallversicherungsträger</b> nur b + c) und nur in besonderen Fällen
VI. Arbeits- und Berufsförderung	<b>Arbeitsamt</b>	<b>Rentenversicherungsträger</b> im Zusammenwirken mit dem Arbeitsamt	<b>Unfallversicherungsträger</b> im Zusammenwirken mit dem Arbeitsamt
VII. Sicherung des Lebensunterhalts	soweit nicht Dritte vorrangig verpflichtet: <b>Sozialhilfeträger</b>	<b>Rentenversicherungsträger/Krankenkasse</b>	<b>Versorgungsamt</b> Hauptfürsorgestelle/Fürsorgestelle für Kriegssopfer
VIII. Nachgehende Hilfen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges	Zuständig ist der Rehabilitationsträger, der die Rehabilitation durchgeführt hat; im Rahmen des Schwerbeschäftigtengesetzes die Hauptfürsorgestelle im Zusammenwirken mit dem Arbeitsamt.		

überarbeitet. Als aktuelle Information, Gedächtnisstütze und Überbrückungshilfe für die Zeit bis zur Verabschiedung der verschiedenen Sozialgesetze (wie das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, das Schwerbehindertengesetz, das Sozialgesetzbuch und die 3. Novelle zum BSHG) wird auch für den Arzt in der täglichen Arbeit sehr brauchbar sein (Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Stand Sommer 1973) sei daher hier wiedergegeben. Schi

### „Nationalkomitee für Seelische Gesundheit“

Unter der Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben am 6. Februar 1974 die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, der Berufsverband Deutscher Nervenärzte, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, der Deutsche Caritas-Verband, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband in Düsseldorf das „Deutsche Nationalkomitee für Seelische Gesundheit“ gebildet. Das Komitee wird den Weltverband für seelische Gesundheit in der Bundesrepublik und gleichzeitig die Bundesrepublik Deutschland im Weltverband vertreten. Hauptaufgabe des Komitees, so heißt es in einer Mitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, werde es sein, aufeinander abgestimmte Maßnahmen für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und geistig und seelisch Behinderter durchzusetzen; insbesondere werde sich das Komitee um die Prophylaxe und Früherkennung psychischer Erkrankungen sowie geistiger und seelischer Behinderungen und um die Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung von Vorurteilen gegenüber kranken und behinderten Menschen kümmern. DKG

### NORDRHEIN-WESTFALEN

#### Ärzttekammer Westfalen-Lippe zum Facharzt-Gesetzentwurf

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat sich auf einer Sitzung Ende Februar mit dem Musterentwurf für ein Ländergesetz über das Facharztwesen beschäftigt (vgl. dazu DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Heft 9/1974, Seite 589 ff.). Die Versammlung faßte dazu eine Resolution, in der es heißt: „Die in der Ärztekammer Westfalen-Lippe zusammengeschlossenen 13 000 Ärzte haben mit Bestürzung und großer Besorgnis von dem Versuch Kenntnis genommen, durch einen Gesetzentwurf das Facharztwesen staatlich zu regeln. Sie warnen in aller Eindringlichkeit vor den verheerenden Folgen, die bei einer Verwirklichung dieser Pläne für eine qualifizierte und bedarfsgerechte ärztliche Versorgung der Bevölkerung entstehen würden.“

Weiter heißt es, das bisherige System habe sich bewährt und finde internationale Anerkennung. Das Bundesverfassungsgericht habe die Leistungen der Ärztekammern auf diesem Gebiet bestätigt. Statt einer Regelung nur der statusbildenden Normen im Facharztwesen versuche der Gesetzentwurf, das gesamte Berufsrecht der Ärzte zu reglementieren, und dies laufe darauf hinaus, die Ärzteschaft in mehrere Berufe zu spalten.

Ferner heißt es in der Resolution unter anderem: „Das bisher praktizierte System – ausgerichtet an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen – weicht der Schwerfälligkeit, Unbeweglichkeit und auf diesem Sektor rückständigen Erfahrung staatlicher Lenkung. Die Ärzteschaft sieht daher in dem neuen Gesetzentwurf eine rein politische Entscheidung und gleichzeitig die Gefahr einer Verschlechterung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.“

Die Kammerversammlung Westfalen-Lippe bittet schließlich Landesregierung und Landesparlament, sich den politischen Tendenzen dieser Konzeption zu widersetzen und für eine sachbezogene Regelung einzutreten. Im Interesse einer optimalen Versorgung und Betreuung der Patienten könne es nur den Grundsatz geben: „Mehr Arzt – und nicht mehr Staat“. ÄP-WL

#### Stellungnahme von Dr. Baldus

Bereits beim offiziellen Empfang zum 70. Geburtstag von Dr. Robert Schimrigk (s. auch DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 7/1974, Seite 489) nutzte Dr. med. Baldus, seit Herbst 1973 Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, in Anwesenheit zahlreicher Gäste und berufspolitisch führend tätiger Kollegen die Gelegenheit zu einer Situationsanalyse insbesondere auch der drohenden Folgen aus dem Entscheid des Bundesverfassungsgerichts vom Jahre 1972. Durch diesen Entscheid sollen die statusbildenden Normen des Facharztwesens künftig nicht mehr in ärztlicher Selbstverwaltung durch die Ärztekammer, sondern unter bestimmten Prinzipien durch Landesgesetze geregelt werden.

▷ Obwohl das Bundesverfassungsgericht dabei ausdrücklich zwei getrennte ärztliche Berufe, einen solchen des „Arztes“ und einen zweiten des „Facharztes“, verneint hätte, brächten die jetzt von den Bundesländern – durch Vereinbarungen seitens ihrer Ländergesundheitsminister – in Aussicht genommenen Neuregelungen die Gefahr eben einer solchen gesetzlichen Installation von zwei gesonderten Berufen mit sich, dem des Arztes und dem des Facharztes. Das Bundesgesundheitsministerium sei bekanntlich schon seinerzeit bei der Anhörung durch das Bundesverfassungsgericht zum Facharztentscheid vom Vorhandensein zweier getrennter Arztberufe ausgegangen. Es habe jetzt offensichtlich seine Vorstellungen in