

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 1

MÜNCHEN, Januar 1953

8. Jahrgang

Die „Freiheit des Arztes“ im Kassenarztrecht

Eine geschichtliche Betrachtung, zugleich Erwiderung auf den Aufsatz von Gugel „Ein unmögliches Gesetz“.

Von Dr. Sewering

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ vom Dezember 1952 veröffentlichte Dr. Dr. von Gugel einen Aufsatz, in dem er sich neuerdings mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen auseinandersetzt und zwar vor allem mit den das Schiedswesen betreffenden Abschnitten.

Die Mehrzahl der Mitglieder des Landesvorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der Auffassung, daß diese Ausführungen nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Sie lassen die nötige Objektivität in der Darstellung der Materie vermissen und unterstellen einem Teil der bayerischen Delegierten beim außerordentlichen Ärztetag in Bonn, die ärztliche Freiheit ungenügend verteidigt zu haben.

Das Verständnis für die Entwicklungsstufe, auf der wir heute im Kassenarztrecht stehen, und damit die Beantwortung der Frage, ob und wieweit die ärztliche Freiheit gefährdet ist, erwachsen aber nur aus der Betrachtung der Geschichte des Kassenarztes und der Schlüsse, die daraus gezogen werden müssen. Dies zu versuchen ist der Sinn dieser Abhandlung.

I. Geschichtliche Entwicklung

Als der Gesetzgeber am 15. 6. 1883 das Krankenversicherungsgesetz erließ, schuf er gleichzeitig einen neuen Begriff, den „Kassenarzt“. Während der Arzt in den vorhergehenden Zeiten in völliger Ungebundenheit seinen Pflichten nachgehen konnte und rechtlich gesehen einzlig der jeweilige Patient auch gleichzeitig sein Auftraggeber war, trat nun eine dritte Kraft hinzu — die Krankenversicherung — und sie übernahm an Stelle des Patienten die Rolle des Auftraggebers für die Durchführung der Behandlung. Dem Arzt stand damit rechtlich und wirtschaftlich nicht mehr die Einzelperson des Kranken, sondern das Kollektiv der Versicherten gegenüber. Damit aber war auch die Notwendigkeit entstanden, die Beziehungen zwischen den die Versicherten — die Kassenpatienten — behandelnden Ärzten und den Kassen in irgendeiner vertraglichen Form zu regeln. Das war die Geburtsstunde des Kassenarztes. Die Verträge, welche abgeschlossen wurden, waren rein privatrechtlicher Natur als Einzelverträge zwischen der Kasse und den von der Kasse ausgewählten Ärzten, ermächtigte doch die Novelle vom 20. 4. 1892 die Krankenkassen ausdrücklich, die Ärzte nach eigenem Ermessen auszuwählen und ihre Zahl zu begrenzen. Es war also letztlich nichts anderes als ein Dienstvertrag zugunsten eines Dritten, nämlich des Patienten, den die Kasse mit dem Arzt abschloß. Dieser war der Willkür seines Kassenleiters schutzlos ausgeliefert, und Demütigungen des Arztes in dem Bemühen, sein Dienstverhältnis zu erhalten, konnten nicht ausbleiben. Die Schutzlosigkeit des Arztes gegenüber der Krankenversicherung forderte gebieterisch einen Zusammenschluß der Ärzte, die, einem Aufruf des Leipziger Arztes Dr. Hartmann folgend, im Jahre 1900 den Leipziger Verband gründeten.

Auf ihren Tagungen verlangten die Kassenärzte eine gesetzliche Regelung ihrer Beziehungen zu den Kran-

kenkassenverbänden. Zur Durchsetzung der Forderungen der Ärzte führte der Leipziger Verband, wenn nötig, Kampfmaßnahmen durch, die mehrmals in der geschlossenen Behandlungsverweigerung von Kassenpatienten gipfelten.

Wenn die Krankenkassen in einer solchen Lage keine vertragsbereiten Ärzte fanden, waren sie gezwungen, den Forderungen der Ärzte zu entsprechen, da sie auf Grund der geltenden gesetzlichen Bestimmungen die ärztliche Behandlung in natura den Versicherten zu gewähren hatten.

Das Interesse des Gesetzgebers an einer reibungslosen ärztlichen Versorgung der Versicherten veranlaßte 1911 den Erlaß der Reichsversicherungsordnung, darin § 370 besagte, daß die Krankenkassen, sofern sie keine vertragsbereiten Ärzte fänden, berechtigt seien, ihre Verpflichtungen zur Gewährung ärztlicher Behandlung durch Barleistungen abzugelten. Damit war den Ärzten die wirksamste Waffe zur Durchsetzung ihrer Forderung — die Behandlungsverweigerung — genommen worden. Aber auch sonst waren in dieser Reichsversicherungsordnung die Interessen der Ärzte völlig ungenügend gewahrt, ihre Abhängigkeit von den Kassen eher verstärkt, ihre Verteidigungsmöglichkeit beschnitten. Die zunehmende Erbitterung in der Ärzteschaft veranlaßte die Reichsregierung dann doch zu einer Vermittlung und es kam im Dezember 1913 zum Abschluß des Berliner Abkommens. Erstmals schuf man Arztregister, Vertragsausschüsse und Schiedsinstanzen. Die letzteren setzten sich zusammen aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamtes, zwei von ihm benannten Unparteiischen und je drei Vertretern beider Parteien. Für das Verhältnis zwischen Arzt und Kasse blieb weiterhin der privatrechtliche Einzelvertrag bestehen. Bei Streit aus diesem Vertrag entschied das Schiedsamt mit verbindlicher Wirkung. Seine Entscheidung mußte auf Grund der Zusammensetzung ein „behördlicher Schiedsspruch“ sein. Dem Arzt blieb nur die Möglichkeit der Vertragslösung, also des Verzichtes auf kassenärztliche Tätigkeit. Der Leipziger Verband verpflichtete sich im übrigen in diesem Abkommen noch, die Bezahlung der von den Krankenkassen angeworbenen Aushilfsärzte, die im Falle eines vertragslosen Zustandes die ärztliche Versorgung sicherstellen sollten, zu übernehmen.

Die Spannungen zwischen Kassenärzten und Krankenkassen verschärften sich neuerdings nach dem 1. Weltkrieg, und als die Gefahr eines staatlichen Eingreifens immer größer wurde, kam es zu gemeinsamen Vorschlägen des Verbandes der Ortskrankenkassen und des Leipziger Verbandes, die die Reichsregierung übernahm und als „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ am 30. 10. 1923 erließ.

Es wurden der Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen sowie Schiedsämter und ein Reichsschiedsamt gebildet. Die Schiedsinstanzen hatten die gleiche Besetzung wie nach dem Berliner Abkommen, also behördlichen Vorsitz und zusätzliche von den Behörden berufene Un-

parteiliche. Diese Verordnung wurde 1924 Bestandteil der Reichsversicherungsordnung und aus einer Ausführungsbestimmung des Reichsarbeitsministers geht hervor, daß im Falle einer Vertragskündigung bis zum Abschluß eines neuen Vertrages für Ärzte und Krankenkassen die bisherigen Vertragsbedingungen weitergelten. Eine erhebliche Verschlechterung der Rechtsstellung der Kassenärzte brachte die Brüning'sche Notverordnung vom Juli 1930, welche den Kassenvorständen u. a. das Recht einräumte, die ja nach wie vor abzuschließenden Dienstverträge der Kassenärzte kurzfristig zu kündigen und zu einer Barvergütung in Höhe von 80% der Preugo überzugehen. Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen drohten sich — ähnlich wie im Jahre 1913 — neuerdings zu verschlechtern, erbitterte Auseinandersetzungen waren zu befürchten. Die Ausgangslage der Kassenärzte wäre damals aber wesentlich schlechter gewesen wie vor 1913, denn im Zuge der Entwicklung hätten die Ärzte zwar schon viele privatrechtliche Freiheiten verloren, ohne öffentlich-rechtliche dafür erlangt zu haben. Eine objektive Berichterstattung verlangt die Feststellung, daß es neuerdings der Verband der Ortskrankenkassen war, welcher mit den Ärzten ein Abkommen traf, unter Zugrundelegung der Forderungen des Kölner Ärztetages von 1931. Dieses Abkommen wurde zum Inhalt einer Verordnung des Reichspräsidenten vom Dezember 1931 und brachte eine grundlegende Neuregelung des Kassenarztesrechtes und der §§ 368 ff der RVO in der Form, wie sie im wesentlichen heute noch in Kraft sind. Als besonders markant an dieser Neuregelung sei hingewiesen auf die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ablösung des Einzeldienstvertrages des Arztes mit der Kasse durch einen Gesamtvertrag der beiderseitigen Verbände, was vor allem zur Folge hatte, daß der Arzt nicht mehr der Kasse, sondern nur noch der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber verantwortlich war, die gleichzeitig seine Interessenvertretung übernahm. Übergang zur Pauschalhonorierung, die von der Kasse nicht an den Arzt, sondern an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichten war. Aus dem privatrechtlichen Dienstverhältnis Arzt—Kasse war ein öffentlich-rechtliches Verhältnis Kasse—Kassenärztliche Vereinigung geworden.

Die RVO in ihrer bisherigen Form enthält in dem § 368 m — qu Bestimmungen über die Bildung von Schiedsämtern und eines Reichsschiedsamtes, sowie deren Zuständigkeit und Befugnisse. Dabel ist als besonders wesentlich hervorzuheben:

Die Schiedsämter waren bei den Oberversicherungsämtern zu bilden, deren Vorsitzende automatisch auch Vorsitzende des Schiedsamtes wurden. Das Reichsschiedsamt war beim Reichsversicherungsamt zu bilden, dessen Präsident den Vorsitzenden bestellte. § 368 s besagte: „Die endgültigen Entscheidungen der Schiedsämter und des Reichsschiedsamtes sind für beide Teile bindend. Kommt eine Partei der Entscheidung nicht nach, so haftet sie der anderen für den entstandenen Schaden.“ Also wiederum ein „behördlicher“ Schiedsspruch in klassischer Form. Theoretisch mag es zutreffen, daß die Vertragsparteien sich trotz eines solchen Schiedsspruches noch aus dem Verträge lösen können. Ob es tatsächlich möglich gewesen wäre, muß bezweifelt werden. Der Fall konnte in der Folgezeit bis zum zweiten Weltkrieg nicht mehr eintreten, was allerdings auch allein mit der innenpolitischen Entwicklung in Deutschland erklärt werden könnte. Die Bestimmungen der RVO, soweit sie die Bildung von Reichsausschüssen für Ärzte und Krankenkassen und von Schiedsinstanzen betrafen, wurden nach 1945 nicht mehr angewendet. Das Fehlen dieser Einrichtungen machte sich in empfindlicher Form bemerkbar und erschwerte die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen erheblich.

Nunmehr will der Gesetzgeber die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, also die §§ 368 ff der RVO neu regeln. Der uns vor mehr als Jahresfrist vorgelegte erste Entwurf bildete eine Verhandlungsgrundlage, die als ausgesprochen günstig bezeichnet werden konnte. Er wurde vom Bundeskabinett aber nicht verabschiedet. Der „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen“, wie er nunmehr dem Bundesrat und Bundestag von der Bundesregierung vorgelegt wurde, weist

gegenüber dem ersten Entwurf eine große Anzahl von erheblichen Verschlechterungen auf, die für die Ärzte völlig unannehmbar sind und gegen die der außerordentliche Deutsche Ärztetag in Bonn einmütig protestierte. Darauf einzugehen, ist aber nicht die Aufgabe dieses Aufsatzes. Wie steht es mit der Neufassung der Paragraphen über die Bildung von Schiedsinstanzen? Der Gesetzesentwurf sieht wiederum die Bildung von Schiedsämtern, diesmal auf Landesebene und eines Bundesschiedsamtes vor. In das Landesschiedsamt entsendet jede Partei ihre Vertreter in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt haben muß, sollen sich die Vertragspartner einigen. Auch in das Bundesschiedsamt entsenden die Parteien ihre Vertreter und benennen darüber hinaus noch je einen Unparteilichen. Auch hier sollen sie sich über den Vorsitzenden einigen. Nur wenn keine Einigung zustande kommt, sieht das Gesetz eine Berufung durch die oberste Verwaltungsbehörde des Landes bzw. durch den Bundesarbeitsminister vor. Für den Fall der Vertragskündigung oder Nichteinigung über den Inhalt eines Vertrages bestimmt das Gesetz, daß die bisherigen Verträge bis zur Neufestsetzung weitergelten, wobei als längster Termin für die Neufestsetzung drei Monate vorgesehen sind. Damit ist durch den Gesetzgeber die Möglichkeit eines „vertragslosen Zustandes“ de jure beseitigt worden.

Gerade in der Beurteilung dieser Bestimmungen der Gesetzesvorlage gingen und gehen die Auffassungen innerhalb der Ärzteschaft weit auseinander. Die Aussprache auf dem Bonner Ärztetag war stürmisch und wurde zeitweise in schärfster Form geführt. Die Anhänger des Hartmannbundes bezeichneten die vorgesehene Form der Schlichtung als das Grab der Freiheit des Arztes und forderten die „Erhaltung“ der Vertragsfreiheit. Die Ärzte müßten die Möglichkeit haben, sich gegebenenfalls auch aus einem Vertrag zu lösen. Das daraus erwachsende Risiko sei ein Charakteristikum des freien Berufes. Der Verzicht auf diese Vertragsfreiheit bedeute den Verzicht auf jede weitere Mitwirkung an der Reform der Sozialversicherung. Die Mehrheit des Ärztetages beschloß jedoch, dem Gesetzgeber mitzuteilen, daß wir bereit seien, uns der verbindlichen Schlichtung zu unterstellen unter der Voraussetzung, daß der Gesetzgeber den in der Begründung zum Entwurf niedergelegten Grundsätzen tatsächlich folgt und im Sinne der vorgebrachten Vorschläge die Kassenarzteschaft mit der Sicherstellung und Durchführung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung beauftragt. Weiter wurde gefordert, die Schiedsinstanzen nur mit der Festsetzung eines Vertrages zu beauftragen, sofern ein solcher nicht zustande kommt, die Auslegung aber anderen Instanzen zu übertragen. Ferner sei den Schiedsinstanzen aufzuerlegen, Verträge mit längstens vierteljährlicher Kündigungsfrist festzusetzen. Zur weiteren Sicherung der Objektivität der Schiedsinstanzen wurde außerdem noch gefordert, die Ernennung des Unparteilichen im Falle einer Nichteinigung der Vertragspartner nicht dem Bundesarbeitsminister, sondern dem Präsidenten des Bundesverfassungsgerichtes zu übertragen. Diese Entscheidung der Mehrheit des Bonner Ärztetages aber war es, die Herrn von Gugel veranlaßte, einem Teil der bayerischen Delegierten vorzuwerfen, sie hätten sich nicht genügend für die Verteidigung der ärztlichen Freiheit eingesetzt. Er schreibt: „Wenn irgendwo in den letzten Jahren die Freiheit des Arztes bedroht wurde, so jetzt durch die Absicht des Gesetzgebers, eine staatliche Zwangs-Schiedsinstanz für Streitfälle zwischen Ärzten und Kassen einzurichten.“

Der Rückblick auf die Geschichte des Kassenarztesrechtes läßt uns zu anderen Schlüssen kommen.

II. Freiheit und Schiedsgerichtsbarkeit

Am Anfang der Entwicklung stand die völlige privatrechtliche Freiheit des Arztes. Er war ein ungebundener Mann, der von seinen Patienten das Honorar verlangte, welches er für angemessen hielt. Das Jahr 1883 brachte die soziale Krankenversicherung. Der Arzt, welcher für sie tätig werden wollte, mußte restlos auf diese Form der Freiheit verzichten. Er war der Krankenversicherung gegenüber als einzelner machtlos. Als sich die Ärzte in Notwehr zusammenschlossen, da hatten sie eine scharfe Waffe: die Behandlungsverweigerung. Sie wurde ihnen

durch den Gesetzgeber aus der Hand genommen mit dem Erlaß der Reichsversicherungsordnung und deren § 370. Dafür kam erstmals die Errichtung von Schiedsinstanzen. Sie arbeiteten unter behördlichem Vorsitz. Die Vertragsparteien hatten also keine Möglichkeit sich über den Vorsitzenden zu einigen. Die Freiheit, sich aus dem Vertrag zu lösen, die „Vertragsfreiheit“ war noch vorhanden. War sie wirklich noch vorhanden, d. h. anwendbar? Mir scheint, daß in dieser Zeit der Tiefpunkt der rechtlichen Freiheit des Arztes liegt. Die „Vertragsfreiheit“ war für die Ärzte nur noch eine Möglichkeit sich in einen Kampf mit der sozialen Krankenversicherung zu stürzen, an dessen Ende kaum ein Silberstreif am fernen Horizont zu erblicken war.

Das Jahr 1923 brachte in bezug auf das Schlichtungswesen keine wesentliche Veränderung. Der entscheidende Wandel im Kassenarztrecht trat erst im Jahr 1931 ein. Der Arzt wurde aus seinem privatrechtlichen Einzel-Dienstvertrag, der ihm den Verlust seiner privatrechtlichen Freiheit gebracht hat, herausgelöst, die kassenärztliche Tätigkeit wechselte aus der privatrechtlichen Sphäre hinüber in die öffentlich-rechtliche. Damit aber begann der einzelne Arzt wieder seine Freiheit zurückzugewinnen. Die Kassen konnten ihn nicht mehr antasten. Sie konnten ihm keine Weisungen mehr erteilen, sie konnten ihm keinen unwürdigen Einzelvertrag mehr aufzwingen. Die Schiedsinstanzen aber standen auch jetzt noch unter behördlichem Vorsitz.

Und nun stehen wir wieder vor einer Neuregelung, einer Weiterentwicklung des Kassenarztesrechtes. Erstmals sind Schiedsinstanzen vorgesehen, in denen die Vertragsparteien die Möglichkeit haben, sich über den Vorsitzenden selbst zu einigen. Der Gesetzgeber bezeichnet die Kassenärztliche Vereinigung als die Trägerin der kassenärztlichen Versorgung und der Bonner Ärztetag hat gefordert, daß dies in noch klarerer Form als ausdrücklicher Auftrag des Gesetzgebers im Gesetz verankert wird. Damit gibt uns der Gesetzgeber die Freiheit, daß wir allein es sind, die das Recht besitzen, die Millionen der Sozialversicherten zu behandeln. Ist es unbillig von uns, zu verlangen, daß wir damit auf eine „Vertragsfreiheit“ verzichten, die wir in Wirklichkeit längst nicht mehr besitzen? Hat das Volk kein Recht darauf, zu verlangen, daß hier neben die Freiheit des Forderns gleichwertig die Freiheit des Dienens tritt? Ist es berechtigt, wenn Herr v. Gugel von einer staatlichen oder behördlichen Zwangsschlichtung spricht, wenn erstmals überhaupt die Möglichkeit geschaffen wird, die Zusammensetzung des Schiedsgerichtes frei zu vereinbaren? Es geht einzig und allein darum, daß diese Schiedsinstanzen verbindlich entscheiden, wobei der behördliche Einfluß weit geringer sein wird wie früher, weil unterstellt werden kann, daß sich die Parteien über den Vorsitz einigen, und so die Mitwirkung der Behörde schon bei der Besetzung im beiderseitigen Interesse ausgeschaltet ist. Daß diese Auffassung berechtigt ist, beweist die Geschichte des Kassenarztesrechtes, aus der klar zu entnehmen ist, daß es mehrmals der Verband der Ortskrankenkassen war, der die Initiative für eine freie Vereinbarung ergriff, um den Einfluß des Staates auszuschalten. Wenn die Kassenärzteschaft eine öffentlich-rechtliche Aufgabe von so erheblicher Bedeutung übernimmt, wie sie die ausschließliche Behandlung aller Sozialversicherten darstellt, dann kann sie keine „Vertragsfreiheit“ fordern, die nur denkbar wäre, wenn wir zur privatrechtlichen Form unseres Vertragsverhältnisses, also zum „Dienstverhältnis“ zurückkehren. Was wir verlieren konnten und ja de facto schon durch die Entwicklung verloren haben, ist also die privatrechtliche Form der Vertragsfreiheit. Was wir zu gewinnen im Begriff sind, ist das Recht und damit die Freiheit, die Sozialversicherten ausschließlich zu behandeln. Es muß dem Urteil jedes einzelnen überlassen bleiben, ob es würdiger und letztlich auch wirkungsvoller ist, entstehende Gegensätze zwischen den Parteien in sachlicher Ausein-

andersetzung im Rahmen der Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung zu klären, oder von einer Freiheit Gebrauch zu machen, wie sie sich etwa in Berlin in der Form der Autodemonstration mit Hupenkonzert repräsentierte. Wenn die Mehrheit der Delegierten des außerordentlichen Ärztetages in Bonn sich für die erste Möglichkeit entschieden, dann muß es merkwürdig berühren, wenn Herr v. Gugel ihnen vorwirft, sie hätten die ärztliche Freiheit nicht genügend verteidigt. Es ist kein freiheitliches Denken, wenn man den anderen immer unterstellt, daß sie stets das Schlechte wollen, wenn man als sicher annimmt, daß der Unparteiische immer auf der Kassenseite stehen wird, ja, wenn man von vorneherein nur bösen Willen bei unseren Vertragspartnern annimmt. Dann fehlen wesentliche Voraussetzungen für eine gezielte Arbeit. Es sprechen genügend gute Gründe für die Feststellung, daß auch die soziale Krankenversicherung nur das Beste für unsere Kranken will und daß sie im Interesse einer möglichst vollkommenen Erfüllung dieser Aufgabe ein gutes Verhältnis zur Ärzteschaft jeder Vergewaltigung vorzieht. Wenn die Bereitschaft zur Verständigung, zum Kompromiß auf unserer Seite vorhanden ist, darf sie der Gegenseite nicht bestritten werden. In ihm liegt die Wurzel des Fortschrittes. Ihn abzulehnen, ist der Anfang vom Ende.

Die Ärzteschaft ist in einer wichtigen Frage gespalten, weil der Hartmannbund glaubt, einem Freiheitsbegriff nachjagen zu müssen, der *irreal* ist, und weil er glaubt, verleugnen zu können, daß wir Ärzte nichts anderes sind als ein Teil des Volksganzen, das nur leben kann, wenn alle bereit sind, Opfer zu bringen. Vielleicht ist gerade dadurch die Stunde versäumt worden, die uns, wären wir geschlossen gewesen, noch mehr Fortschritte in der Festigung unserer Rechte und unserer Freiheit hätte bringen können.

Vergessen wir aber zum Schluß auch eines nicht:

Die wahre Freiheit des Arztes liegt nicht in Gesetzen und Verträgen, sondern liegt allein in der Person des Arztes, in seinem Willen, immer nur so zu handeln, wie es sein Gewissen und die heiligen Gesetze wahren Arztes ihm vorschreiben.

Wenn wir alle diese Freiheit wieder gewonnen haben, dann braucht uns um die andere niemals bang zu sein.

Anschrift d. Verf.: Dr. H. I. Sewering, Dachau, Ludwig-Thoma-Str. 8b

Zum Abschluß des Themas geben wir die Stellungnahme Dr. Dr. v. Gugels zu obiger „Erwiderung“ bekannt. Die Schriftltz.

Herr Kollege Sewering hat es als Sprecher einiger Kollegen, die an meinen Ausführungen Anstoß nahmen, übernommen, zu meinem Aufsatz Stellung zu nehmen. Da gerade er bemüht ist, seinen kassenärztlichen Funktionsbereich so beziehungsunmittelbar als möglich auszubauen, möchte ich vorweg betonen, daß ich hinsichtlich der praktischen KV-Tätigkeit mit ihm übereinstimme, daß also die Beantwortung seiner Argumente nur dem Wunsche entspringt, einen sachlichen Beitrag zur Meinungsklä rung zu liefern.

Herr Kollege Sewering wirft mir nun einen Mangel an Objektivität vor, weil ich die Geschichte des Arztesrechtes nicht genügend beachtet und daraus nicht die notwendigen Schlüsse gezogen habe. Er schildert deshalb im einzelnen die ihm wesentlich erscheinenden Phasen des Kassenarztesrechtes und schließt daraus, daß es sich dementsprechend auch weiterentwickeln müsse. Ein solcher Schluß wäre von seiten der Ärzte dann zu verstehen, wenn die Entwicklung vorwiegend ihren Vorschlägen entsprochen hätte und wenn sich die Lage des Arztes parallel zur Weiterbildung des Kassenarztesrechtes verbessert hätte. Nur dann könnte das Bisherige als beispielhaft anerkannt werden. Tatsächlich ist aber die Lage der Kassenärzte innerhalb der letzten drei Jahrzehnte immer schlechter geworden. Sie hat sich nicht nur absolut, sondern auch relativ, also im Verhältnis zum Durchschnittslebensstandard der Bevölkerung wesentlich verschlechtert. Dieses Absinken erfolgte im Rahmen der allmählichen Abwandlung der rechtlichen Grundlagen

Bei
RHEUMA

Thermulsion

MEISSNER & CO.

Chem. pharm. Präp.

Bayr. Gmain

der kassenärztlichen Tätigkeit. Aus diesem Grunde kann sie nur Warnung und nicht Vorbild sein.

Außer diesen soziologischen Ergebnissen müssen wir aber auch die Entwicklungsgenese prüfen, wenn wir einen historischen Beweis führen wollen. Dazu müssen wir uns vergegenwärtigen, daß sowohl in der konstitutionellen Monarchie als auch in der Weimarer Republik Notstandsparagraphen galten und Ermächtigungsgesetze möglich waren. Es war den Staatsbehörden jederzeit eine Handhabe geboten, rechtliche Grundlagen zu ihren Gunsten zu verschieben, sofern es ihnen nur gelang, ein entsprechendes Allgemeininteresse zu konstruieren. Nur unter diesen Ausnahmeverhältnissen ist das Kassenarztrecht bis 1933 zu verstehen. Unter solchen Vorzeichen konnte sich immer der Behördenstandpunkt durchsetzen. Diese Möglichkeit lastete über allen Verhandlungen. Da sie den konsequenten Aufbau eines liberaldemokratischen Rechtsstaates erschwert und den Keim zu diktatorischen Regelungen setzt, wurde im Grundgesetz und in der Verfassung der Bundesrepublik bekanntlich ausdrücklich darauf verzichtet, entsprechende Normen aufzunehmen. Die Gründung eines Reichsschiedsamtes etwa erfolgte gegen den Protest der Ärzteschaft. Sie erfüllte eine „jahrelange Sehnsucht der Kassenhauptverbände“, wie damals die ärztliche Standespresse betonte.

Nur am Rande sei hervorgehoben, daß die damals eingerichteten Schiedsinstanzen zunächst frei vereinbart und zusammengesetzt wurden, so daß die Behauptung, es sei im jetzigen Gesetzentwurf „erstmalig überhaupt die Möglichkeit geschaffen, die Zusammensetzung des Schiedsgerichts frei zu vereinbaren“, einfach nicht richtig ist. Primär kommt es aber darauf an, ob die Instanz als solche frei vereinbart ist und nicht darauf, wie sie zusammengesetzt ist.

Auf diese freivertragliche Grundlage wird deswegen Wert gelegt, weil sie, wie ich ausgeführt habe, Voraussetzung für ein Einwirken der Betroffenen auf die Regelung ihrer Verhältnisse ist. Im Gegensatz zu früheren Gepflogenheiten, ist es nun heute möglich, derartige begründete Ansichten unmittelbar bei der Gesetzgebung wirksam werden zu lassen. Deshalb ringen wir darum, die Ärzte auf einen Standpunkt zu einigen, der ein ärztlicher ist, der nicht nur an früheren Regelungen ausgerichtet bleibt oder bloß das Funktionieren der Krankenkassenverwaltung im Auge behält. Das einzige Ziel einer solchen Gesetzgebung muß es unserer Ansicht nach sein, das Verhältnis Arzt—Patient und Arzt—Kasse vertrauensvoll zu gestalten. Das kann nie durch gesetzlich auferlegte Bindungen erzwungen, sondern nur durch freie Vereinbarungen entwickelt werden.

Das Recht und die Möglichkeit, dabei nach eigenem Wissen und Gewissen beteiligt zu bleiben, stellt den praktischen Inhalt der Freiheit dar, die wir meinen, und die in ähnlich gelagerten Fällen selbstverständlich eingeräumt zu werden pflegt. „In Gesetzen und Verträgen“ ist sie etwas höchst Reales. Der Gesetzgeber anerkennt sie selbst, wenn er von der „hemmungslosen Entfaltung der schöpferischen Kräfte“ spricht, wobei nicht gleich an ein Hupkonzert gedacht zu werden braucht. Irreal wäre

die Freiheit allerdings, wenn sie „allein in der Person des Arztes, in seinem Willen . . .“ läge.

Neu und überraschend ist allerdings für mich die Eröffnung, daß „das Volk“ etwas verlange. Etwa, daß wir eine gesetzliche Zwangsschlichtung bekommen sollen? Soweit ich unterrichtet bin, ist das doch bisher nur das Verlangen eines Referenten im Bundesarbeitsministerium und allenfalls der Herren Dr. Heß und Dr. Sievers — sonst doch zunächst gar niemandes. Soweit Zeitungen als Öffentlichkeit gelten können, ist mir bisher noch nichts Befürwortendes in die Hände gefallen. „Die Zeit“, „Der deutsche Volkswirt“ und „Die Frankfurter Allgemeine“ lassen zwischen ihren Zeilen doch wohl keinen Zweifel darüber, daß sie gegen Verplanungstendenzen stehen, wie sie in einer gesetzlichen Zwangsschlichtung zum Ausdruck kommen. Wirkliche Sachkenner, wie etwa Dr. Bever, Dr. Kuhns, Dr. Albrecht, die selbst aktiv seit Jahren beim Werden des Kassenarztrechtes mitarbeiteten, sind sich in der Kritik dieses Punktes mit einer großen Zahl sehr realer Politiker einig. Sie würden es schärfstens ablehnen, wenn ihnen jemand vorwerfen wollte, sie jagten irrealen Zielen nach oder fühlten sich nicht als „ein Teil des Volksganzen“.

Aus der Geschichte des Kassenarztrechtes, auf die Herr Dr. Sewering so großen Wert legt, kann nur ein Schluß gezogen werden: die Lage des Arztes verschlechtert sich, je weniger er sich um seine berufspolitischen Belange kümmert, sie verbessert sich, je intensiver er sich ihrer annimmt. Der Beweis dafür ist jetzt in Berlin erbracht worden. Man kann sich nun leicht vorstellen, wie es um uns stünde, wenn wir wirklich alle nur Hilfsstellung für die Ansicht eines Ministeriums leisten wollten. Wir wissen ganz genau, daß das Endergebnis immer ein Kompromiß sein wird. Wenn wir uns an der Diskussion über vorgeschlagene Pläne beteiligen, beziehen wir selbstverständlich dieses Faktum in unsere Überlegungen ein. Gerade deshalb halte ich es für dringend notwendig, daß der ärztliche Standpunkt so subjektiv wie irgend möglich vorgetragen wird. In der Aussprache derer, die endgültig entscheiden, ergibt sich die Abschwächung ganz von selbst. Aus diesem Grunde erscheint es notwendig, dem uns bedrohlich erscheinenden Vorschlag des Arbeitsministeriums einen ärztlichen Vorschlag entgegenzustellen, der unanfechtbar den freien und unabhängigen Kassenarzt vorsieht. Es wäre allerdings „der Anfang vom Ende“ des freien Arztes gekommen, wenn der gesamte Kassenarzbereich lückenlos gesetzlich geregelt wäre. Dann wäre der Arzt tatsächlich Beamter, allerdings ohne dessen Rechte zu haben. Es ist ganz abwegig, demgegenüber als einzige Alternative die völlige Reprivatisierung der Beziehungen zu sehen. Das hieße die Grundsätze der bisherigen Entwicklung völlig verkennen, die doch immer ohne so weitgehende Bindungen der Ärzte auskommen konnte, wie sie jetzt geplant sind. Derartige Verplanungsabsichten wurden bisher von der gesamten Ärzteschaft als Angriff auf die ärztliche Freiheit abgelehnt. Nichts anderes habe ich in meinem seinerzeitigen Aufsatz bedauern zu müssen geglaubt, als die Tatsache, daß hier keine Einigkeit mehr besteht.

Dr. Dr. v. Gugel, Dürnhausen, Post Sindelsdorf.

Tuberkulosebetten im Bundesgebiet

Nachstehend geben wir eine Verlautbarung vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose wieder über die „Tuberkulosebetten im Bundesgebiet“, die auf Grund des Vortrages von Professor Schmitz auf der Tuberkulose-tagung in Goslar vom 16. bis 19. September 1952 verfaßt wurde.

Sonderdrucke sind von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hannover, Sallstraße 41, erhältlich. Die Schriftleitung.

1. Nach einer Mitteilung des niedersächsischen Sozialministeriums ist erstmalig wider Erwarten im Jahre 1952 ein Ansteigen des Gesamtbestandes an Tuberkulosen zu beobachten. Auffällig ist außerdem, daß seit Jahren überall in der Bundesrepublik der Bestand an Offentuberkulosen trotz der modernen

Chemotherapie immer noch nicht abnimmt und immer wieder „geschlossene“ Tuberkulose „offen“ werden.

2. Nach dem Vortrag von Professor Schmitz auf der Deutschen Tuberkulose-tagung in Goslar im September 1952 ist die Dauer der Heilverfahren in den Tuberkulose-Heilstätten in Deutschland mit im Durchschnitt 5 Monaten im Vergleich zu derjenigen außerhalb Deutschlands (mit 10 Monaten in USA und mit 9 Monaten in Frankreich) unverhältnismäßig kurz.

Nach Mantz (USA) — Tuberkulose-tagung in Rio de Janeiro im August 1952 — ergaben Heilstättenkuren mit 10monatiger Bettruhe späterhin eine Verschlechterung in 31%, mit Bettruhe unter 6 Monaten Rückfälle in 91% der Fälle. Rist, Bernard, Amberson u. a. haben ähnliches berichtet.



Des Praktikers erprobte Therapie bei Grippe und Erkältungskrankheiten

THOMASCO

DRAGÉES

Röhre mit 15 Dragées



Die neu eingeführten, dünndarmlöslichen Dragées sind auch bei Halsschmerzen leicht zu schlucken und belastigen den empfindlichen Magen des Fieberkranken nicht.

DR · KARL THOMAE GMBH · BIBERACH AN DER RISS

Bei Durchblutungsstörungen organischer und nervaler Genese

Zur Erweiterung der peripheren Gefäße und Coronararterien sowie zur Verbesserung der Reizbildung und Reizleitung im Herzen

LACARNOL »forte«

LACARNOL-INVERTZUCKERLÖSUNG

Zur intravenösen Injektion

5 Ampullen zu 10 ccm DM 5.75 o.U.

Anstaltspackung mit 25 Ampullen

Zur Dauerbehandlung des Altersherzens

LACARNOL Tropfen

20 ccm DM 2.30 o.U. / 50 ccm DM 5.20 o.U.

Anstaltspackungen stehen zur Verfügung



Ph. 244 14

FARBWERKE HOECHST *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst



Bartelin

Schwefel · Jod · Terpene

Indikationen: Rheumatische und neuralgische Erkrankungen · arthritische Erscheinungen.

Pleuritiden *auch* exsudativer Natur · Lungenaffektionen, besonders Pneumonie · Bronchitiden und Keuchhusten.

Prellungen · Stauchungen · Hämatome.

Kassenwirtschaftlich: in der Anwendung und durch Spezialflasche, Ärztemuster kostenlos.

Bartels Arzneimittelfabrik.
(13b) Vöhringen/Jiler



Expectal
intensiv wirkendes
Expectorans

125 g Expectal;
0,033 g Mol. Verb. aus
Codein u. Dipropylbarbitursäure, Kal.sulfoguaiajocol., Extr. Thymi fluid., Aromatica.

25 g Expectal-Tropfen:
0,05 g Mol. Verb. aus Codein u. Dipropylbarbitursäure, Kal.sulfoguaiajocol., Extr. Thymi fluid., Aromatica.

O. P.
125 g Expectal
25 g Expectal-Tropfen

TROPON

TROPONWERKE
KÖLN · MÜLHEIM



KOMBETIN

KANTISCHER

BOEHRINGER
18 59
MANNHEIM

DIE STROPHANTHIN-THERAPIE DER WELT!

In Rio de Janeiro wurde auch für die Ausheilung der sogenannten „kleinsten tuberkulösen Lungenherde“ eine möglichst lange Bettruhe für erforderlich gehalten.

Nach Professor Schmitz beträgt die Wartezeit bis zur Einberufung in eine Heilstätte in Nordrhein-Westfalen 6—12 Wochen. Angesichts dieser langen Wartezeit ist es zur Zeit kaum vertretbar, die Patienten länger als unbedingt notwendig in einer Tuberkuloseanstalt zu halten. Für die erforderliche längere Kurdauer dürfte eine Vermehrung der Tuberkulosebetten im deutschen Bundesgebiet nicht zu umgehen sein, zumal die derzeitigen Wohnungsverhältnisse im deutschen Bundesgebiet in den seltensten Fällen den Tuberkulösen ein kurgemäßes Leben gewährleisten.

3. 1951 hatten wir 50 950 Betten in Tuberkulose-Heilanstalten, dazu Tuberkulosebetten in Allgemeinen Krankenhäusern = 20 620, insgesamt also rund 72 000. Professor Schmitz hat in seinem Vortrag vorgeschlagen, als Richtzahl für den Bedarf an Tuberkulosebetten die Zahl der Offentuberkulösen zu nehmen, das sind für das Bundesgebiet rund 100 000; also wären noch 28 000 bis 30 000 Tuberkulosebetten erforderlich. Zu einer gleichen Schätzung kommen auf anderem Wege das Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51 und Griesbach, Hein und Ickert in ihren entsprechenden Veröffentlichungen. Das Bedürfnis nach einer Vermehrung der Tuberkulosebetten ist immerhin länderweise verschieden. Die süddeutschen Länder z. B. werden zur Zeit genügend Tuberkulosebetten haben, weil in deren Gebieten schon in früherer Zeit eine große Reihe von Heilstätten errichtet worden ist; dazu kommt noch, daß im Bestand an Tuberkulösen von Norden nach Süden ein Gefälle besteht (s. Tuberkulose-Jahrbuch 1950/51) — der Bestand an Tuberkulösen ist im Norden fast doppelt so hoch wie im Süden des Bundesgebietes.

4. Diese Verhältnisse haben Professor Schmitz veranlaßt, für das Bundesgebiet einen zentralen Bettennachweis zu fordern; hierdurch könnte auf einfache Weise ein länderweiser Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage geschaffen werden. Der Vorstand des Deutschen Zentralkomitees begrüßt diesen Vorschlag von Professor Schmitz auf das lebhafteste.

5. Wenn auch durch die Vermittlung eines zentralen Bettennachweises bis zu einem gewissen Grade ein Ausgleich zwischen Nord und Süd hergestellt werden könnte, so bleibt doch gemäß den Berechnungen der verschiedenen Sachverständigen die Notwendigkeit einer Bettenvermehrung bestehen. Zu diesem Zweck brauchen jedoch nicht Sanatorien hoch in den Bergen errichtet zu werden; die Erstellung solcher Heilstätten ist unvergleichlich teuer. Im übrigen brauchen die Leichtkranken mit kleinen tuberkulösen Lungenherden nicht in Sanatorien mit großer Thoraxchirurgie untergebracht zu werden, für sie sind einfache Sanatorien — wie Tuberkuloseheime — ausreichend. In der Erwartung, daß im Laufe der Jahre nicht nur die Tuberkulose-Mortalität, sondern auch die Tuberkulose-Morbidität abnimmt, dürfte es zweckmäßig

sein, Häuser für Leichtkranke — oder überhaupt neue Tuberkulose-Heilstätten — nicht mit großer Lungenchirurgie auszurüsten, sondern vielmehr so zu gestalten, daß sie unter Umständen beim Freiwerden als Altersheime oder als Anstalten für Kreislaufkranke benutzt werden können. Sie dürften deshalb am besten in der Nähe von Großstädten oder am Stadtrande zu errichten sein — wie seinerzeit das Tuberkulose-Krankenhaus Hohenkrug bei Stettin durch Braeuning.

6. Leider mußte festgestellt werden, daß in letzter Zeit mancherorts die Tuberkuloseabteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern aufgelöst oder verkleinert worden sind. Es erscheint angebracht, die Kostenträger dieser Allgemeinen Krankenhäuser darum zu bitten, die Tuberkuloseabteilungen nicht nur nicht aufzulösen, sondern sie nach Möglichkeit noch zu vergrößern.

7. Kranke mit chronischer Lungentuberkulose, welche im allgemeinen von den Landesversicherungsanstalten nach 6—8monatiger Sanatoriumskur als „invalide“ bzw. als „nicht mehr heilstättenfähig“ betrachtet werden, können auch in Tuberkuloseheimen untergebracht werden, wie sie in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen entwickelt worden sind; diese Heime dürfen keinen Siechenhauscharakter haben. Diesen Heimen können Arbeitsheilstätten angegliedert werden, wie das San.-Rat Dr. Dorn in Schömberg im Anschluß an seine Heilstätte Charlottenhöhe getan hat.

8. Die große Lungenchirurgie sollte nur wenigen Anstalten vorbehalten bleiben. Sobald die operative Behandlung abgeschlossen ist, sollen die Patienten in eine andere geeignete Heilstätte überwiesen werden.

9. Es ist Klage darüber geführt worden, daß Offentuberkulose — vor allem offentuberkulöse Jugendliche — nach Hause entlassen wurden, ohne daß dort eine geeignete Unterkunft bestand. Übergangsweise sollten solche Patienten ebenfalls in ein Tuberkuloseheim oder in eine andere geeignete Stätte eingewiesen werden.

10. Nach Bedarf sollte für jedes Land oder für den Bezirk jeder Landesversicherungsanstalt eine Heilstätte bestimmt werden, wo tuberkulöse Schwangere entbunden werden können.

11. Da viele Tuberkulose-Krankenanstalten nicht in der Lage sind, die Behandlung einer Tuberkulose bei gleichzeitigem Diabetes sachgemäß durchzuführen, dürfte es notwendig sein, in einigen Tuberkuloseanstalten besondere Abteilungen für tuberkulöse Diabetiker zu schaffen. Es wird geschätzt, daß die Zahl der heilstättenbedürftigen tuberkulösen Diabetiker im Bundesgebiet etwa 100 beträgt.

12. Tuberkulöse Strafgefangene, welche bekanntlich in besonderen Tuberkuloseabteilungen der Gefängnisse untergebracht sind, bedürfen nach ihrer Entlassung besonderer Fürsorge im Sinne der Ziffer 9, zumal wenn sie noch als ansteckende Tuberkulose entlassen werden.

Es ist allgemein bekannt, daß die Tuberkulose nicht mehr als Mortalitätsproblem, sondern vielmehr als Inva-

EUSEDON

Neurosedativum



In umfangreichen pharmakolog. Testreihen eingestellt
auf
ausgewogen-harmonischen Wirkungs-
charakter u. hohen Verträglichkeitsindex

- 1) Angenehme Nervenberuhigung (bei Tagesdosierung)
- 2) Erquickender Schlaf (bei Nachtdosierung)

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

liditätsproblem gewertet werden muß; vor allem durch die neuen Chemotherapeutica wird bei vielen Tuberkulösen der Tod an Tuberkulose verhindert oder hinausgeschoben und dadurch die Zahl der Chronisch-Tuberkulösen vermehrt. Diese Beobachtung ist in allen Kulturstaaten gemacht worden. Auch diese Tatsache rechtfertigt unsere Forderung auf Vermehrung der Tuberkulosebetten. Im Namen des Vorstandes des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose:

Dr. Redeker.
Hannover, Sallstraße 41.

Dr. Iekert.

Zahnärzte zum Entwurf des Kassenarztrechts

Die außerordentliche Hauptversammlung des Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen erklärt zu dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen (Kassenarztrecht):

Die deutsche Zahnärzteschaft begrüßt den Grundgedanken des Gesetzentwurfes, die zahnärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Familienangehörigen kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltungsaufgabe zu übertragen. Sie bejaht ferner den Gedanken, daß Krankenkassen und Zahnärzte, aufbauend auf der Selbstverwaltung ihrer eigenen Angelegenheiten, in gemeinsamer Selbstverwaltung und auf dem Boden der Gleichberechtigung und der gleichen Verantwortung zusammenwirken sollen, um die zahnärztliche Versorgung sicherzustellen und ihre gegenseitigen Beziehungen zu regeln. Die Zahnärzteschaft hat aber zu ihrem Bedauern feststellen müssen, daß der Gesetzentwurf den tragenden Grundsatz der Selbstverwaltung, der in der Begründung der Regierung klar herausgearbeitet wurde, an verschiedenen entscheidenden Stellen einschränkt. Solche Einschränkung sieht sie vor allem in der vor-

geschlagenen Zusammensetzung der Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung, in dem Umstand, daß Zulassungsordnung und Schiedsamtordnung nicht von den Selbstverwaltungsorganen, sondern von der Bundesregierung als Rechtsverordnung erlassen werden sollen, sowie darin, daß Krankenanstalten und Zahnkliniken der Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten eine Sonderstellung eingeräumt werden soll. Die Zahnärzteschaft ist der Auffassung, daß die Frage der Zulassung zur Tätigkeit bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen nur im grundsätzlichen durch Gesetz, im übrigen aber im Rahmen einer anpassungsfähigeren Zulassungsordnung geregelt werden sollte. Sie ist weiterhin der Auffassung, daß in dem Zeitpunkt, in dem etwa 80% der deutschen Bevölkerung von der sozialen Krankenversicherung erfaßt sind, eine Beibehaltung der gegenwärtigen Zulassungsbeschränkungen nicht mehr zeitgemäß ist und daß grundsätzlich die freie Arzt- und Zahnarztwahl das Endziel sein muß.

Die Zahnärzteschaft vertritt weiterhin die Meinung, daß es mit allgemein rechtlichen und sittlichen Grundsätzen und mit dem Charakter der Sozialversicherung nicht zu vereinbaren ist, daß die Vergütung an die Heilberufe nach einer Pauschale erfolgt. Sie verlangt daher als Honorarsystem die Honorierung nach Einzelleistungen gemäß einer vom Bundesinnenministerium zu erlassenden Bundesgebührenordnung (s. Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde) und ist gewillt, im Rahmen einer wirklichen Selbstverwaltung diejenigen Maßnahmen zu treffen, die notwendig sind, um dieses Honorarsystem im Rahmen der Gesamtwirtschaft der Krankenkassen tragbar zu gestalten. Sie sieht in der Verteilung der pauschalierten Vergütung keinen Akt der Selbstverwaltung, sondern im Gegenteil eine Belastung der einwandfreien Funktion der Sozialversicherung und eine Trübung eines echten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Kranken.

Verschärfte Bestimmungen zur Sicherung des Straßenverkehrs

Aus dem „Gesetz zur Sicherung des Straßenverkehrs“ vom 19. Dezember 1952, das am 23. Januar 1953 in Kraft tritt, sind folgende Änderungen des Kraftfahrzeuggesetzes und des Strafgesetzbuches von allgemeinem Interesse.

Entziehung der Fahrerlaubnis durch die Verwaltungsbehörde

Bisher war die Verwaltungsbehörde zur Entziehung der Fahrerlaubnis berechtigt, aber nicht verpflichtet, wenn jemand sich als ungeeignet zum Führen eines Kraftfahrzeuges erwiesen hatte. In Zukunft muß die Verwaltungsbehörde in derartigen Fällen die Fahrerlaubnis entziehen, die mit dem Zeitpunkt der Entziehung erlischt. Sie kann Fristen und, wie bisher, Bedingungen für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis festsetzen. Ist gegen den Inhaber der Fahrerlaubnis ein Strafverfahren anhängig gewesen, so kann sie zu dessen Nachteil von dem Inhalt des gerichtlichen Urteils soweit nicht abweichen, als es sich auf die Feststellung des Sachverhalts, die Beurteilung der Schuldfrage oder der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bezieht.

Entziehung des Führerscheins durch das Gericht

Bisher war im Strafgesetzbuch keine Bestimmung enthalten, die eine Entziehung der Erlaubnis zum Führen von Kraftfahrzeugen durch das Gericht möglich machte. Die Entziehung konnte nur durch die Verwaltungsbehörde erfolgen. Das Gesetz zur Sicherung des Straßenverkehrs hat durch Einfügung einer Bestimmung in § 42a des Strafgesetzbuches auch den Gerichten diese Ermächtigung erteilt. Das Gericht entzieht demjenigen die Fahrerlaubnis, der wegen einer mit Strafe bedrohten Handlung, die er bei oder in Zusammenhang mit der Führung eines Kraftfahrzeuges begangen hat, zu einer Strafe verurteilt ist. Voraussetzung ist, daß sich der Verurteilte durch die Tat als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen erwiesen hat. Dies gilt auch, wenn die Verurteilung auf einer Verletzung der dem Führer eines Kraftfahrzeuges obliegenden Pflichten zurückzuführen ist.

Wird die Fahrerlaubnis entzogen, so ist der Führerschein im Urteil einzuziehen. Mit der Rechtskraft des Urteils erlischt die Fahrerlaubnis. Das Gericht bestimmt zugleich im Urteil eine Frist, vor deren Ablauf die Verwaltungsbehörde keine neue Fahrerlaubnis erteilen darf. Die Frist beträgt mindestens sechs Monate und höchstens fünf Jahre von dem Tage ab, an dem das Urteil rechtskräftig geworden ist. Das Gericht kann die Erteilung einer neuen Fahrerlaubnis auch für immer untersagen.

Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß die Erlaubnis zum Führen von Kraftfahrzeugen entzogen werden wird, so kann der Richter dem Beschuldigten durch Beschluß die Fahrerlaubnis schon vorläufig entziehen, wenn dies erforderlich ist, um die Allgemeinheit vor weiterer Gefährdung zu schützen.

Alkoholgenuß — Verletzung des Vorfahrtsrechts

Sehr harte Strafen verfügte der Gesetzgeber bei Alkoholgenuß und grober Verletzung des Vorfahrtsrechts durch Einfügung eines neuen § 315a in das Strafgesetzbuch. Danach wird u. a. mit Gefängnis bestraft, wer die Sicherheit des Straßenverkehrs dadurch beeinträchtigt, daß er

ein Fahrzeug führt (es braucht kein Kraftfahrzeug zu sein), obwohl er infolge des Genusses geistiger Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, oder

in grob verkehrswidriger oder rücksichtsloser Weise die Vorfahrt nicht beachtet, falsch überholt oder an unübersichtlichen Stellen, an Straßenkreuzungen oder Einmündungen zu schnell fährt

und dadurch eine Gemeingefahr herbeiführt. Diese Vorschriften gelten nicht allein für Kraftfahrer, sondern für alle Verkehrsteilnehmer. Gemeingefahr bedeutet eine Gefahr für Leib oder Leben, sei es auch nur eines einzelnen Menschen, oder für bedeutende Sach-

Zur oralen, rektalen und intravenösen
HERZTHERAPIE

SCILLORAL

bei Herzinsuffizienz, Mitralstenose,
Aorteninsuffizienz, absoluter Arrhythmie,
Angina pectoris, Karanarinsuffizienz,
digitalis- u. strophanthinrefraktären Fällen.

15 ccm Liquidum DM 1,70 o. U. 6 Suppositorien zu 0,5 g DM 1,60 o. U.
10 Ampullen zu 1,1 cm DM 2,45 o. U. 6 Suppositorien zu 0,75 g DM 1,75 o. U.



ASTA-WERKE A.-G. · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE (WESTF.)

Meist genügen 10 Tropfen oder 1 Dragee

Vegomed

bei vegetativen Störungen

10 ccm DM 1.95 m. U. – 25 Dragees DM 1.90 m. U.

Die flüssige Form

erlaubt individuelle Dosierung und
leichtes Einnehmen selbst bei emp-
findlichsten Patienten und Kindern



ARZNEIMITTELFABRIK HULS

Dr. Albin Hense

Dolorsan

Das altbewährte
externe
Analgeticum



Gelonida antineuralgica

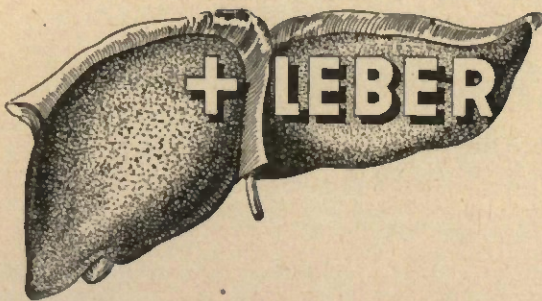
Codein. phosphor. 0,01, Phenacetin, Acid. acetylosalic. aa 0,25

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

Das Arzneimittel mit der potenzierten Wirkung

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK AG. BERLIN WERK MEMMINGEN

VITAMIN B₁₂



PERNIPURON

VITAMIN B₁₂ AUS SÄUGETIERLEBER + LEBEREXTRAKT

1 ccm 30 GAMMA VITAMIN B₁₂
3 AMPULLEN ZU 1 ccm DM 13,50

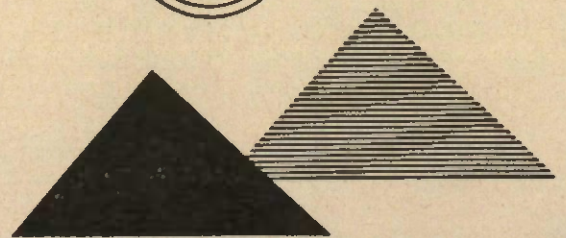
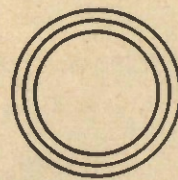
PERNIPURON B

KRISTALLISIERTES VITAMIN B₁₂ IN LEBEREXTRAKT

2 ccm 30 GAMMA VITAMIN B₁₂
3 AMPULLEN ZU 2 ccm DM 4,75



DR. KURT MULLI K·G·HAMBURG 20



neu

KHELLINE·UPHA

Zur erfolgreichen Therapie
der Angina pectoris



UPHA CHEM-PHARM. PRÄPARATE GMBH HAMBURG

werte, die in fremdem Eigentum stehen oder deren Vernichtung gegen das Gemeinwohl verstößt.

In besonders schweren Fällen der Beeinträchtigung der Sicherheit des Straßenverkehrs durch Alkoholgenuß kann auf Zuchthaus bis zu zehn Jahren erkannt werden. Auch wer nur fahrlässig eine der vorbezeichneten Taten begeht, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Ohne Führerschein

Mit Geldstrafe bis zu 10 000 DM oder mit Gefängnis bis zu zwei Monaten wird bestraft, wer ein Kraftfahrzeug führt, ohne einen Führerschein zu besitzen bzw. diesen nach der Entziehung nicht abliefern. Die gleiche Strafe trifft den Halter des Kraftfahrzeugs, wenn er vorsätzlich oder fahrlässig eine Person zur Führung des Fahrzeugs ermächtigt (oder bestellt), die sich nicht durch einen Führerschein ausweisen kann. Wer sich zum Zwecke der Ablegung der Prüfung in der Führung von Kraftfahrzeugen übt, muß dabei von einer mit dem Führerschein versehenen und durch die zuständige Behörde zur Ausbildung von Führern ermächtigten Person be-

gleitet und beaufsichtigt sein. Eine Überlassung des Steuerrades an eine Person ohne Führerschein ist demnach nur einem Fahrlehrer gestattet.

Eriedigung leichterer Übertretungen durch Polizeibeamte

Bei leichteren Übertretungen gegen die Bestimmungen zur Sicherung des Straßenverkehrs und die dazu erlassenen Rechtsvorschriften, z. B. die Beschaffenheit, die Ausrüstung, die Prüfung und die Kennzeichnung der Fahrzeuge, kann ein Polizeibeamter, der hierzu ermächtigt ist und sich durch seine Dienstkleidung oder auf andere Weise ausweist, den auf frischer Tat betroffenen Täter verwarnen und eine Gebühr bis zu zwei Deutsche Mark erheben. Die Verwarnung und Erhebung der Gebühr ist nur zulässig, wenn der Betroffene mit ihr einverstanden und zur sofortigen Zahlung der Gebühr bereit ist. In jedem Falle ist der Betroffene über sein Recht, die Zahlung zu verweigern, zu belehren. Über die Verwarnung und die Zahlung der Gebühr ist eine Bescheinigung zu erteilen. Nach Zahlung der Gebühr kann die Zuwiderhandlung nicht mehr als Übertretung verfolgt werden.

Dr. Cordes.

MITTEILUNGEN

Weihnachtsspende 1952

Die von dem Fürsorgeausschuß der Bayer. Landesärztekammer hinausgegebene Bitte, zu Weihnachten der in Not befindlichen Ärzte, Arztwitwen und -waisen zu gedenken, hat einen recht erfreulichen Erfolg gezeitigt. Es gingen bisher bei der Kammer

DM 9735.—

für die Weihnachtsspende ein.

Unter Mitverwertung dieser hochherzigen Beihilfe war es uns möglich, aus dem Unterstützungsfonds der Kammer allen dauernd Unterstützten eine zusätzliche Weihnachtsgabe in Höhe von einhundert Mark zuzuwenden. Die daraufhin eingegangenen Dankschreiben zeigten in geradezu rührender Weise, wie beglückend diese Sonder-spende bei der außerordentlichen Not der Bedachten empfunden wurde. Es freut mich sehr, den Spendern diesen Dank der Unterstützten weitergeben zu dürfen, dem ich unseren eigenen hinzufüge, da es sich zeigte, daß doch noch das alte Zusammengehörigkeitsgefühl der Ärzteschaft trotz aller Schwierigkeiten der Jetztzeit erhalten blieb.

Die Spender werden in Kürze eine Bestätigung ihrer Gabe erhalten zur Vorlage beim Finanzamt, da es sich hier um eine gemeinnützige Zuwendung handelt, die von der Einkommensteuer in Abzug gebracht werden kann.

Dr. Weiler.

Steuerbegünstigte Spenden

Zu der Frage, ob Spenden von Ärzten an ihre Ärztekammer zwecks Ausschüttung von Weihnachtsbeihilfen an die aus dem Fürsorgefonds der Ärztekammer unterstützten Ärzte und Arztwitwen steuerbegünstigt sind, ist vom Finanzamt Hamburg wie folgt Stellung genommen worden:

„Zuwendungen an eine Körperschaft des öffentlichen Rechts für mildtätige Zwecke im Sinne des § 18 Steueranpassungsgesetzes sind beim Geber im Rahmen der Bestimmungen des § 10 b Einkommensteuergesetzes abzugsfähig.

Werden mithin von Ihnen vereinnahmte Spenden bedürftigen Personen (Hinweis auf § 2 der Gemeinnützigkeitsverordnung) zugewendet, liegt darin die Erfüllung eines mildtätigen Zwecks. Nach Abschnitt 117 c der Einkommensteuerrichtlinien 1951 hat der Spender seinem zuständigen Finanzamt nachzuweisen, daß

a) der Empfänger der Spende zu den begünstigten Körperschaften gemäß § 33 Absatz 3 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung und

b) die Spenden für die begünstigten Zwecke verwendet worden sind.

Für den danach zu erbringenden Nachweis kann das in der Anlage beigefügte Muster als Anhalt dienen. Die Bestätigung ist vom Empfänger der Zusendungen auszustellen.

Sie werden gebeten, bei Eingaben an das Finanzamt die St.Nr. anzugeben.“

100 Jahre Münchener Medizinische Wochenschrift

Mit einer nach Form und Inhalt festlichen Nummer eröffnet die Münchener Medizinische Wochenschrift, das älteste deutsche wissenschaftliche Ärzteblatt, sein Jubiläumsjahr, in dem es sein 100jähriges Bestehen feiert.

Ende 1853 wurde unter dem Namen „Ärztliches Intelligenz-Blatt“ eine Wochenschrift ins Leben gerufen, die als „Organ für Bayerns staatliche und öffentliche Heilkunde“ den Charakter einer wissenschaftlichen Zeitschrift, eines Standesorgans und eines amtlichen Mitteilungsblattes in sich vereinigte, und die mit staatlichen Mitteln unterstützt wurde. Als Herausgeber zeichnete der „ständige Ausschluß bayerischer Ärzte“, in dem die Keimzelle der späteren Standesorganisationen zu erblicken haben. Trotz des hohen Niveaus seiner Beiträge, die der reichen wissenschaftlichen Thematik der damaligen Zeit entsprangen, fristete das Blatt drei Jahrzehnte lang ein recht bescheidenes Dasein. Erst 1885, als der damalige junge praktische Arzt Dr. Bernhard Spatz in die Schriftleitung eintrat, deren Führung er bald übernahm, begann in Zusammenarbeit mit dem neuen Verleger Julius Friedrich Lehmann (1890) der große Aufstieg, der die „Münchener Medizinische Wochenschrift“ wie sie seit 1886 benannt worden war, an die Spitze aller deutschsprachlichen medizinischen Fachblätter brachte. Ein erlesenes Herausbergremium, dem jeweils die führenden Persönlichkeiten der Wissenschaft angehörten, gewährleistete das Niveau, und der Erfolg kam ebenso in der steigenden Auflageziffer zum Ausdruck wie in der immer größeren Beachtung, welche die Zeitschrift auch im Ausland fand. Während der erste Weltkrieg und die anschließende Inflation dem wohlfundierten Unternehmen wenig Abbruch taten, zwangen die Notmaßnahmen des zweiten Weltkrieges die MMW, im Herbst 1944 ihr Erscheinen einzustellen. Trotz der Not der Nachkriegszeit und trotz sachlicher Schwierigkeiten gelang es Dr. Hans Spatz, der schon 1930 von seinem Vater, Geh.-San.-Rat Dr. Bernhard Spatz, die Schriftleitung übernommen hatte, zusammen mit seinem Bruder Otto Spatz als Verleger die MMW wieder neu ins Leben zu rufen, und den Kongreß der Inneren Medi-

zin am 14. April 1950 in Wiesbaden mit der ersten neuerschienenen Nummer des altvertrauten Blattes zu überraschen. In kurzer Zeit hat es sich seinen alten Platz im ärztlichen Schrifttum wieder zurückerobert.

Mit den Glückwünschen der Ärzteschaft zum 100jährigen Jubiläum des Blattes soll auch der Dank verbunden werden für die großzügigen Spenden und Stiftungen, welche die MMW im Laufe ihres Bestehens für wohltätige und wissenschaftliche Zwecke der Ärzteschaft gemacht hat, und die eine Höhe von über 1 1/2 Millionen überschritten haben.

Papst Pius XII. sprach vor Ärzten

Über die Grenzen der medizinischen Forschung sprach Papst Pius XII. zu den Teilnehmern des kürzlich in Rom abgehaltenen Internationalen Mediziner-Kongresses. Papst Pius ging dabei auf das Problem der moralischen Verantwortlichkeit des Menschen ein — sei es die des Arztes, der einen Eingriff erwägt, oder sei es die des Patienten, der das Recht dazu geben muß — und umriß in klaren Sätzen die Prinzipien theologischer und zugleich auch menschlicher Ethik.

Von den drei Prinzipien ausgehend, mit denen man neue Eingriffe, Versuche und Forschungsmethoden moralisch zu rechtfertigen sucht, nämlich 1. von dem Interesse der medizinischen Wissenschaft, 2. von dem individuellen Interesse des zu behandelnden Patienten und 3. von dem Interesse der Allgemeinheit, dem „Bonum commune“, wie es die Philosophen und Soziologen nennen, stellte das Oberhaupt der römisch-katholischen Kirche den Menschen als Individuum und Persönlichkeit über all diese Interessengruppen.

Zu Punkt 1 führte Papst Pius aus, dürfte nie außer acht gelassen werden, daß die Wissenschaft in keinem Fall den höchsten Wert darstelle, dem alle Wertordnungen unterworfen wären. Auch sie muß sich in die Rangstufen der Werte einordnen und damit gleichzeitig klare Grenzen setzen, die auch die Medizin nicht überschreiten kann, ohne höhere moralische Ordnungen zu verletzen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und das persönliche Recht des Patienten auf sein Leben in seiner körperlichen, geistigen und moralischen Integrität sind unter vielen anderen Werten, die über dem wissenschaftlichen Interesse stehen müssen.

Bei der Diskussion des zweiten Gesichtspunktes behandelte der Kirchenfürst die moralische Zulässigkeit des Verfügungsrechts eines Menschen über sich selbst. Hier ist der Patient als Nutznießer und nicht Eigentümer der Fähigkeiten und Kräfte seines Körpers nicht berechtigt, eine Vollmacht zu erteilen, deren Ausführung eine Zerstörung oder Verkrüppelung darstellt. Ebenso hat er kein Recht, seine physische und psychische Gesundheit Experimenten oder medizinischen Untersuchungen auszusetzen, wenn diese Zerstörungen, Verstümmelungen oder ernste Gefahren mit sich bringen. Jedoch — und damit legte Papst Pius in einem wichtigen Punkte die Meinung der Kirche fest — auch medizinische Eingriffe, die ohne Zweifel physische oder psychische Fehler beheben, aber zu gleicher Zeit eine dauernde Unterbindung oder beträchtliche Verminderung der menschlichen Freiheit mit sich bringen, also die Persönlichkeit in ihrer typischen und charakteristischen Funktion verletzen, können nach moralischem Gesetz weder zugelassen noch ausgeführt werden.

Das dritte, gerade in den letzten Jahren häufig zur Rechtfertigung herangezogene, öffentliche Interesse, das nur allzu gern über das des einzelnen gesetzt wird, besprach Papst Pius XII. an Hand der Enthüllungen der großen Nachkriegsprozesse und betonte, daß der Mensch in seiner Persönlichkeit in keinem Falle dem etwa übergeordneten Nutzen der Gemeinschaft unterworfen werden dürfe. Und selbst, wenn der Arzt nicht als Einzelwesen, sondern als Beauftragter einer öffentlichen Macht, etwa im Interesse des Staates, einen Eingriff an dem Körper eines Menschen vornimmt, so arbeitet er, vom moralischen Standpunkt aus — ohne entsprechende Vollmacht. Die öffentliche Macht hat jedenfalls kein Recht, über die Unantastbarkeit des Lebens zu verfügen.

Selbstverständlich ist es bei der Anwendung bzw. Erprobung neuer Methoden nie zu vermeiden, daß sie einmal am lebenden Menschen erstmals angewandt werden. Dies ist, so schloß Papst Pius seine Ausführungen, nicht

zu verwerfen, wenn die Grenzen, die durch die eben besprochenen moralischen Prinzipien gesteckt sind, beachtet werden. (Med. Klin. Nr. 1/53)

Ärztereister der Internationalen Flüchtlingsorganisation

Wie aus dem Ärztereister der Internationalen Flüchtlingsorganisation (IRO) ersichtlich ist, wurden 2570 Ärzte in der Nachkriegszeit aus ihrer Heimat vertrieben. Der größte Teil von diesen ist nach Nordamerika ausgewandert, jedoch stößt die Niederlassung dieser Flüchtlingsärzte dort immer noch auf große Schwierigkeiten, obwohl in vielen Teilen der Vereinigten Staaten, vor allem in den Landbezirken des Südens und Westens, Ärztemangel besteht. Die Landleute seien gegenüber den Ausländern äußerst mißtrauisch. Die nordamerikanische Ärztesgesellschaft hat den Behörden dringend nahegelegt, die Zulassungsbestimmungen für Flüchtlingsärzte zu lockern.

In Australien soll von 500 Flüchtlingsärzten kein einziger die Erlaubnis zur Niederlassung erhalten haben, trotzdem sich unter den Flüchtlingen u. a. gute Spezialärzte befinden.

Behandlung von ausländischen Ärzten

Da deutsche Ärzte und Arztangehörige, wenn sie im Ausland erkranken, im allgemeinen keine Liquidation bekommen, bittet die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, bekanntzugeben, daß sie es für ein „Nobile officium“ hält, daß auch die deutsche Ärzteschaft ihrerseits ausländischen Ärzten und ihren Angehörigen gegenüber auf jede Liquidation ärztlicher Bemühungen verzichtet. („Südwestdeutsches Ärzteblatt“ Nr. 12/52.)

Die Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Sicherheit in der ganzen Welt

gpk. Im letzten Bulletin der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit sind zwei interessante Tabellen veröffentlicht, die einer Studie des Büros des Internationalen Arbeitsamts über die Kosten der sozialen Sicherheit im Jahre 1949 in 24 Ländern entnommen sind. Die eine davon gibt den Stand der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Sicherheit je Person in jedem dieser Länder wieder, die andere stellt das Verhältnis des Nationaleinkommens zu den besagten Einnahmen und Ausgaben dar. Wir fassen nachstehend beide Tabellen zusammen und ordnen dabei die Länder nach der Höhe ihrer Aufwendungen je Person für die soziale Sicherheit. In den beiden Spalten werden die Vmhunderterteile wiedergegeben, die einerseits die Einnahmen und andererseits die Ausgaben für den öffentlichen Dienst am Nationaleinkommen ausmachen. Die Beträge sind in Dollar angegeben:

		Einnahmen Ausgaben	
		v. H.	v. H.
Neuseeland	113,72	13,82	13,06
Schweden	87,85	11,56	11,28
Großbritannien	86,92	12,90	11,26
Saar	77,54	23,81	21,77
Belgien	74,72	14,08	12,83
Vereinigte Staaten	71,13	6,00	4,83
Frankreich	65,47	13,88	13,68
Kanada	62,31	8,26	7,03
Dänemark	62,31	9,22	9,00
Irland	59,21	7,30	7,10
Westdeutschland	55,12	18,56	17,15
Luxemburg	50,60	13,90	9,21
Norwegen	50,22	9,18	8,51
Niederlande	42,22	9,36	8,41
Island	39,21	10,28	8,32
Australien	38,80	7,27	5,63
Schweiz	34,80	8,30	4,10
Österreich	30,62	14,96	14,14
Finnland	30,56	10,62	8,77
Israel	23,19	6,64	6,25
Italien	14,94	6,79	6,36
Südafrikanische Union	9,85	5,67	3,68
Griechenland	3,81	4,06	2,97
Türkei	1,79	2,18	3,68

Nach dieser Aufstellung steht Westdeutschland an elfter Stelle mit der Höhe der Gesamtausgaben für die soziale

NEU

Reginerton

DRAGEES

das

neuartige

Umstimmungstherapeuticum

bei vegetativ - dystonisch - dyshor-
monalen Krankheitszuständen



**Preisniedrig
und sparsam!**

Klein-Pack.,
Inh. 25 Dragees
DM 1.55 o. U.

Zusammensetzung:

1 Dragee enth.: Khellin 0,005 g,
Chelidonin 0,001 g, Hypericin 0,002 g, Yohimbin nitr. 0,001 g, Scopol. hydrobrom. 0,0001 g, Papaver. 0,01 g, Hypophys. cerebr. 0,02 g, molak. Verbdg. v. Diäthylbarbitursäure-Phenyldimethylpyrazol. 0,04 g, Ca-Salz + Constituent. 0,0218 g.

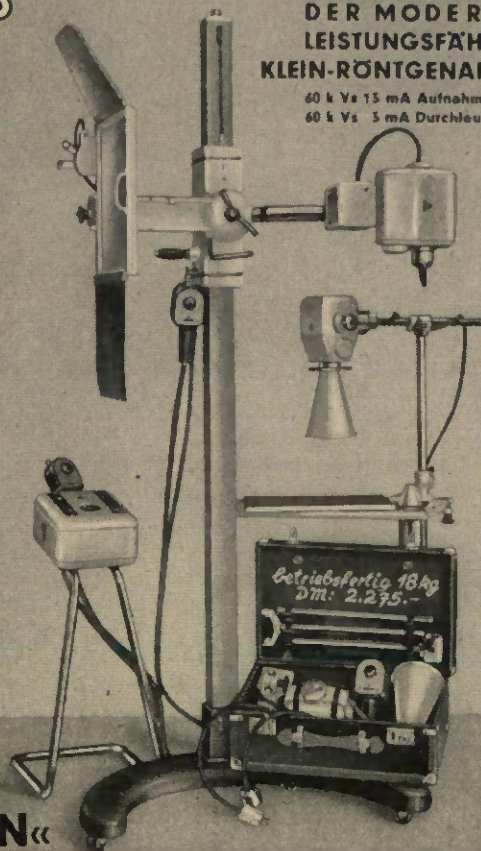
DOLORGIET  BAD GODESBERG



ELINAX

DER MODERNE
LEISTUNGSFÄHIGE
KLEIN-RÖNTGENAPPARAT

60 k Vs 15 mA Aufnahme
60 k Vs 3 mA Durchleuchtung



»ELIN«

Vertrieb und Kundendienst: F. L. Bittner G.m.b.H., München 25,
Fürstenfelder Straße 333, Tel. 7 14 12 — Günstige Zahlungsmöglichkeit.

Warum Sulfojodetten?

Wegen ihrer zuverlässigen optimalen Wirkung trotz niedrigster Dosierung der Halogene, ihrer Billigkeit, ihrer großen therapeut. Verwendungsmöglichkeit bei

Furunkulose, Aene usw., Skrofulose, Struma, Hypertrophien der Rachenmandeln im Kindesalter und überall da, wo kleine Joddosen angebracht sind.

Anscheltung unerwünschter Nebenwirkungen durch die Zusätze Ca. und Br.

Stärken: mitiores $\frac{1}{50}$ mg Jod pro dosi, fortiores $\frac{1}{4}$ mg Jod pro dosi
Größen: 50 Tabletten DM 1.30, 100 Tabletten DM 2.35

Chem.-pharmazeut. Fabrik H. WELTER, Uslar

Jetzt...

PRIMOTUSSAN-BALSAM
ohne/mit je 0,5% Jod und Brom

PRIMOTUSSAN-TROPFEN
ohne/mit 0,75% Codein

PRIMOTUSSAN-SAFT
ohne/mit 0,1% Codein

Literatur und Muster auf Wunsch.

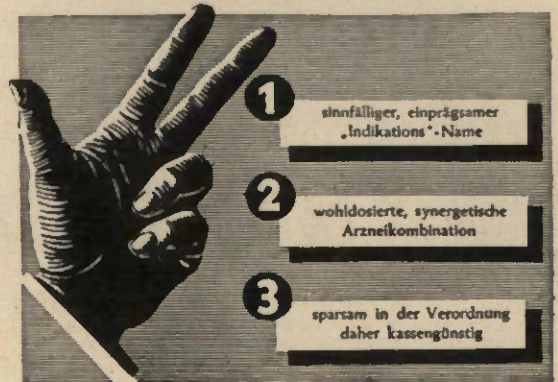


Galenika **Dr. HETTERICH**
FUERTH / BAVARIA

Bei allen neurovegetativen Störungen

NEUROVEGETALIN

sympathico-vagolytisches Sedativum
mit folgenden besonderen Kennzeichen:



EINES DER **VERLA** PRÄPARATE

VERLA-PHARM. FABRIK. PHARM. PRÄPARATE
APOTHEKER H. J. v. EHRlich, TUTZING / OBB.

160 Jahre Apothekertradition

CHLOROPHYLL

der souveräne Arzneistoff

Vulnophyll

Bei Wunden und Verletzungen
Salbe · oleosum · aquasum · Puder

Aescosulf

Bei varicösem Symptomenkomplex
Drogees · Tropfen · Hämorrhoiden-Salbe u. Supp.

EX-ODOR

Chlorophyll-Pillette
Erstes deutsches orales Desodorans

APOTHEKER
MÜLLER

G.M.B.H. ARZNEIMITTELFABRIK · BIELEFELD

Sicherheit. In bezug auf das Verhältnis der Einnahmen für soziale Sicherheit zum Nationaleinkommen steht es an zweiter Stelle, wiederum nach dem Saargebiet mit dem Vorrang seiner Ausgaben für soziale Sicherheit zum Nationaleinkommen.

Preis für Heilverfahren bei Schlafkrankheit

Die belgische Regierung veröffentlichte ein Preisausschreiben für Teilnehmer aller Nationen über ein Heilverfahren bei Schlafkrankheit, das Spätstadium der afrikanischen Trypanosomiasis. Als Preis ist 1 Mill. belg. Francs ausgesetzt, das sind etwa 85 000 DM.

Aufbau einer Bundesopiumstelle

Nach § 3 des Gesetzes über die Errichtung eines Bundesgesundheitsamtes vom 27. Februar 1952 ist eine Abteilung für Rauschgiftbekämpfung mit einer Bundesopiumstelle aufzubauen. Die Vorarbeiten dafür sind soweit abgeschlossen, daß die Zonen- und Länderopiumstellen am 30. November 1952 ihre Tätigkeit einstellen und ihre Aufgaben auf die Bundesopiumstelle überführen konnten. Die Bundesopiumstelle hat ihren Sitz im Bundesgesundheitsamt, Koblenz, Am Rhein 2. Bezugschelanträge und die nach der Opiumgesetzgebung vorgeschriebenen Meldungen müssen durch die in Frage kommenden Berufskreise in Zukunft dieser Dienststelle vorgelegt werden.

PERSONALIA

Dr. Dobler 60 Jahre alt

Am 7. Januar 1953 beging Herr Reg.-Medizinaldirektor a. D. Dr. Dobler, Schorndorf, seinen 60. Geburtstag. Als letzter Standortarzt von Tübingen bewahrte er im Frühjahr 1945 die Stadt durch sein mutiges Verhalten vor der Zerstörung. Sein Einsatz für die Allgemeinheit geschah ohne Rücksicht auf die eigene Person. Die Universität Tübingen ehrte Dr. Dobler vor einigen Jahren schon mit der Verleihung der Würde eines Ehrensensors.

Unter der Leitung Dr. Doblens wurde sofort nach dem Zusammenbruch das Gesundheitswesen in Württemberg-Hohenzollern neu aufgebaut. Er leitete die erste deutsche Behörde, die im Rahmen des neuen Staatsgebildes damals existierte. Ein Hauptanliegen Dr. Doblens war es von Anfang an, den Verwundeten und Kriegsversehrten jede nur mögliche Hilfe zukommen zu lassen. In unermüdlicher Arbeit, die ihn bald so sehr in Anspruch nahm, daß er die Leitung des Gesundheitswesens abgab, um sich ganz dieser Aufgabe widmen zu können, schuf er in Württemberg-Hohenzollern ein mustergültiges Versorgungswesen mit der Einrichtung von 11 Versorgungskrankenhäusern. Daneben widmete sich Dr. Dobler dem Wiederaufbau der ärztlichen Standesorganisationen. Unter seiner Leitung entstand die Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, deren Präsident er war. Der Verband der Ärzte Deutschlands wählte ihn zu einem seiner Vorsitzenden. Im Juli 1950 zog sich Dr. Dobler, als er seine Aufgabe als erfüllt ansah, wieder in seine ärztliche Praxis nach Schorndorf zurück. An seinem 60. Geburtstag gebühren ihm die aufrichtigsten Glückwünsche und der Dank für seinen erfolgreichen Einsatz zum Wohle der Kranken und der Ärzteschaft.

Professor Dr. Burger, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Würzburg, hat eine Einladung erhalten, als Redner am 1. Weltkongreß über Fertilität und Sterilität in New York (Mai 1953) zu sprechen.

Geheimrat Prof. Dr. phil., Dr. med. vet. h. c., Dr.-Ing. h. c. Reinhard Demoll (ordentlicher Professor für Zoologie und Fischkunde in der Tierärztlichen Fakultät) wurde am 3. 12. 1952 zum Dr. med. honoris causa (Dr. med. h. c.) in der Medizin. Fakultät der Universität München ernannt.

Regierungsdirektor Dr. med. habil. E. Lederer, München, Bayerischer Landesgewerbearzt, ist auf der Generalversammlung der Internationalen Union gegen die Tuberkulose am 27. 8. 1952 in Rio de Janeiro zum ordentlichen Mitglied (Membre titulaire) gewählt worden.

25 Jahre Chefarzt des Mütterheimes München

Der bekannte Münchener Frauenarzt Dr. Franz Jäger konnte dieser Tage das 25jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Chefarzt der Klinik „Mütterheim“ an der Taxisstraße begehen. Seit Gründung der Anstalt im Jahre 1916 mit der Leitung betraut, mußte er dieselbe 1933 aus politischen Gründen aufgeben. 1945 wurde Dr. Jäger neuerdings als Chefarzt des Mütterheimes berufen und verhalf der Anstalt, an der Rot-Kreuz-Schwesterntätig sind, durch seine aufopfernde Tätigkeit zu einem weit über München hinausreichenden Ruf.

AUS DER FAKULTÄT

Priv.-Doz. Dr. Karl Heckmann (Röntgenologie) wurde mit M. E. Nr. V 90047 vom 8. 12. 1952 zum apl. Professor in der Mediz. Fakultät der Universität München ernannt.

Prof. Dr. Kurt Kolie (bisher apl. Professor in Frankfurt/M.) wurde mit Wirkung vom 1. 12. 1952 auf den ordentlichen Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie in München berufen und zugleich zum Direktor der Univ.-Nervenklinik München ernannt.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Internationaler Kurs für Anaesthesiologie

Der große Erfolg des im März 1952 abgehaltenen Internationalen Lehrgangs für Anaesthesie in London veranlaßt die Londoner Universität, erneut einen Internationalen Kurs für Anaesthesiologie in der Zeit vom 1. bis 15. März 1953 zu veranstalten. Das tägliche Programm umfaßt Demonstrationen im Operationsaal und Diskussionsabende. Teilnahme nur für Anaesthesisten mit mindestens zweijähriger Vorbildung und für Chirurgen, die an den modernsten Anaesthesiemethoden interessiert sind. Die Teilnehmerzahl ist auf 15 beschränkt, Teilnehmergebühr 35 engl. Pfund.

Umgehende Anmeldung durch die Brit. Med. Assoc., Tavistock Square, London, W.C. 1.

Deutsche Gesellschaft für Allergieforschung

In der Zeit vom 11. bis 12. April 1953 hält die Deutsche Gesellschaft für Allergieforschung ihre zweite Tagung in Frankfurt a. M. ab. Die Hauptthemen sind: Entwicklung der Allergie in der Pathologie; normergische und hyperergische Entzündungen; Bedeutung der Allergie für die Klinik. Referenten u. a. von Albertini, Zürich; Letterer, Tübingen; Hansen, Lübeck; Kämmerer, München.



Standartin.

-pucum
-cum Codein
-cum Ephedcin

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

antitussicum

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie tagt in der zweiten Septemberhälfte vom 21. 9. bis 25. 9. 1953 zu Aachen. Die Hauptverhandlungsthemen sind:

1. „Transurethrale Technik.“ (Drei Referate)
 - a) „Transurethrale Technik der alten Ärzte bis zur Jahrhundertwende 1900“
Bühler, Landshut.
 - b) „Die Erfindung des Blasenspiegels“
Keller, Dresden.
 - c) „Der heutige Stand der transurethralen Technik“
Forßmann, Bad Kreuznach.
2. „Das Wesen der Isotope und deren Möglichkeiten für die Urologie“
Wildbolz, Bern.
3. „Allergien des Harnsystems“
Sarre, Freiburg i. Br.
4. „Organerhaltende urologische Operationen“
Bischoff, Hamburg.
5. „Das urologische Gutachten“
Boshamer, Wuppertal.

Vorträge zu diesen Referaten sowie Diskussionsvorbemerkungen und Vorträge selbstgewählter Themen bitten wir so früh wie möglich, spätestens aber bis zum 1. 5. 1953 bei dem 1. Vorsitzenden, Herrn Dozent Dr. med. habil. K. Heusch, Chefarzt der Urologischen Klinik, Städtische Krankenanstalten, Aachen, Goethestraße, oder dem 1. Schriftführer Herrn Dr. med. K. Tzschirntsch, Iserlohn, Elisabeth-Hospital, Urologische Abteilung, Hochstraße, schriftlich anzumelden. Den Mitgliedern der Gesellschaft werden Einladungen mit Anmeldekarten zugehen.

Deutscher Ärztinnenbund

Die nächste Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes findet am 2. und 3. Mai 1953 in Berlin statt. Als Rahmenthema wurde gewählt: „Frauenarbeit und Gesundheit.“

Fortbildungskurs für praktische Ärzte

vom 24. bis 28. Februar 1953 in Gießen

Mittwoch, den 25. Februar 1953

Nieren und ableitende Harnwege

- 8—9 Uhr: Prof. Dr. Dr. H. Bohn, Direktor der Medizinischen Klinik Gießen:
„Die latent verlaufende chronische Pyelonephritis“
- 9—10 Uhr: Prof. Dr. Dr. H. Bohn, Direktor der Medizinischen Klinik Gießen:
„Die Bedeutung des Nachschubgeschehens für den Ablauf der chronisch diffusen Nephritis“
- 10—11 Uhr: Dozent Dr. H. Voegt, Oberarzt an der Medizinischen Klinik Gießen:
„Klinik und Therapie der Nephrosen“
- 11—12 Uhr: Dr. L. Kaufmann, Assistenzarzt der Medizinischen Klinik Gießen:
„Differentialdiagnose der Haematurien“
Vorträge und Diskussionen finden im Hörsaal der Medizinischen Klinik, Klinikstraße 32 b, statt.
- 15—16 Uhr: Prof. Dr. Gg. Haas, Direktor der Medizinischen Poliklinik Gießen:
„Über Niereninsuffizienz“
- 16—17 Uhr: Dr. S. Bettge, Oberarzt der Medizinischen Poliklinik Gießen:
„Klinik der Anomalien und Mißbildungen der Nieren und Harnwege“
Diskussion
- 17—18 Uhr: Prof. Dr. Haas und Dr. Bettge:
„Kolloquium über die Differentialdiagnose der Schmerzzustände im Bereich der Nierengegend mit Röntgendemonstrationen“

Vorträge und Kolloquium finden im Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Frankfurter Straße 63, statt.

Donnerstag, den 26. Februar 1953

Weiblicher Fluor

- 8—9 Uhr: Prof. Dr. H. Roemer, Direktor der Frauenklinik Gießen:
„Diagnose und Differentialdiagnose des Fluors“

9—10 Uhr: Dr. E. Klees, Oberarzt der Frauenklinik Gießen:

„Fluor als Symptom genitaler Erkrankungen“

10—11 Uhr: Dr. J. Spechter, Assistenzarzt der Frauenklinik Gießen:

„Fluor als Symptom extragenitaler Erkrankungen“

11—12 Uhr: Dr. H. Wagner, Assistenzarzt der Frauenklinik Gießen:

„Medikamentöse Fluorbehandlung“

Zusammenfassende Diskussion ab 12 Uhr.

Die Vorträge des Vormittags finden im Theoretischen Hörsaal des Pathologischen Institutes, Klinikstraße 32 g, statt.

Nachmittags wechselweise von 15—17 Uhr und von 17—19 Uhr in der Medizinischen Klinik, Klinikstraße 32 b, Demonstrationen und klinische Visiten zum Thema „Nieren und ableitende Harnwege“ und

in der Frauenklinik, Klinikstraße 28, Demonstrationen und Übungen zum Thema „Weiblicher Fluor“ (Kolposkopie und Praxis der Fluorbehandlung).

Freitag, den 27. Februar 1953

Akute Ernährungsstörung im Säuglingsalter

8—10 Uhr: Prof. Dr. H. Flungerland, Direktor der Kinderklinik Gießen:

„Die Pathogenese der akuten Ernährungsstörung im Säuglingsalter“

10—11 Uhr: Prof. Dr. G. Eigler, Direktor der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik Gießen:

„Otologische Betrachtungen zur occuluten Säuglings-Mastoiditis“

11—11.30 Uhr: Diskussion

11.45—12.30 Uhr: Doz. Dr. Fr. Koch, Oberarzt der Kinderklinik Gießen:
„Medikamentöse und antibiotische Therapie der akuten Ernährungsstörung des Säuglings“

Die Vorträge des Vormittags und der Vortrag von Prof. Dr. Kemkes des Nachmittags finden im Theoretischen Hörsaal des Pathologischen Institutes, Klinikstraße 32 g, statt.

15—16 Uhr: Prof. Dr. B. Kemkes, Direktor des Hygiene-Institutes Gießen:

„Milchhygiene“

16—18 Uhr: Demonstrationen und evtl. weitere Diskussionen zum Thema des Tages in der Kinderklinik, Klinikstraße 32 e.

Samstag, den 28. Februar 1953

Vormittags Fahrt nach Bad Nauheim

8.50—9.30 Uhr: Prof. Dr. A. Weber, Direktor des Balneologischen Institutes der Gießener Akademie in Bad Nauheim:
„Hypertension“

9.30—10.30 Uhr: Prof. Dr. A. Pierach, Chefarzt des Konitzky-Stiftes zu Bad Nauheim:
„Entstehung, Behandlung und Verhütung der Nephrolithiasis“

10.30—11.30 Uhr: Prof. W. Blasius, Physiologisches Institut Gießen:
„Kreislaufunktionsprüfungen“

Diskussionen im Anschluß an die Vorträge.

Der Vortrag von Professor Weber findet im Balneologischen Institut, die Vorträge von Prof. Pierach und Prof. Blasius im Kerckhoff-Institut statt.

12 Uhr: Besichtigung der Badeanlagen.

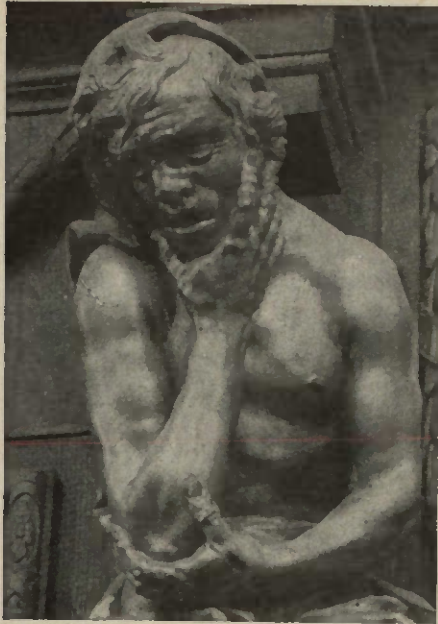
Anmeldung, Auskunft und Prospekte durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Gießen, Patholog. Institut, Klinikstraße 32 g.

Studienfahrten deutscher Akademiker

Die Spanienreise hat solches Interesse gefunden, daß sie in der Zeit vom 30. März bis 19. April wiederholt werden muß. Sie geht im Autobus von München über Frankreich und durch Nordspanien (San Sebastian und Burgos) nach Madrid und Toledo, besucht ganz Südspanien (Cordoba, Sevilla, Granada, Valencia, Tarragona, Barcelona) und kehrt über die Provence und die Schweiz zurück nach München.

Zum ersten Male nach dem Kriege wird vom 4. bis 23. September eine Studienfahrt nach Ägypten führen. Sie geht von München nach Genua und von dort zu Schiff über Neapel nach Alexandria. In Ägypten werden außer Kairo mit Gizeh, Memphis und Sakkarah auch Luxor, Theben, Edfu und Assuan eingehend besucht. Die Rückfahrt erfolgt von Alexandria über Brindisi, Venedig nach München.

Auskünfte und ausführliche Programme beim Leiter der Fahrten: Prof. Kutscher, München 33, Postfach 5.



Blatt 1 aus unserer Bildreihe
"Der leidende Mensch"
von J. J. Christian.

bella sanol

exakt*

dosiert und stabilisiert im Alkaloidgehalt

* Secale-Alkaloide (hauptsächlich Ergotaxine)
entspr. 0,3 mg Ergotamintritartrat

Belladonna-Gesamtalkaloide entspr. 3,3 mg
DAB 6 Extrakt

Das sparsame Sedativum

175
DM



Aus der Wissenschaftlichen Abteilung der chem.-pharm.
Fabrik Ludwig Heumann & Co., Nürnberg

Optimale Magentherapie

Welch große, fast kausale Bedeutung die medikamentöse Regularisierung der vegetativen Magen-Darm-Innervation bei Gastritiden, *Ulcus ventriculi et duodeni* hat, ist so bekannt, daß der immer von neuem wiederholte Versuch, mit rein lokalen chemischen und physikalischen Methoden die Heilung zu erzwingen, als erstaunlich angesehen werden muß. Auch in den verschiedenen Formel- und Rezeptsammlungen finden sich hauptsächlich die Kombinationen mehrerer Antacida. Das Kombinationspräparat Nervogastrol unterscheidet sich von ihnen durch die zusätzliche Verwendung vegetativnerval wirksamer Drogen, von anderen Präparaten gleicher Tendenz durch die Auswahl der Wirkstoffe. Da für die bei Magenkrankheiten in der Regel notwendige Dauerbehandlung das Atropin zu stark mit unerwünschten Nebenerscheinungen belastet ist und auch den Anschauungen der psychosomatischen Medizin und der Konstitutionspathologie infolge der brüsken Verlagerung des vegetativen Gleichgewichts nicht gerecht wird, ist in dem Präparat Nervogastrol folgende Kombination eingesetzt worden: Rad. Scopol. standard. (0,3%) + Extr. Chelidonii. Wenn die Scopolia-Alkaloide auch parasympatholytisch sind, so erreicht ihre Wirkung in der gewählten Dosierung doch nicht diejenige des Atropins, ist eher sedativ und dämpft damit den Tonus beider Antagonisten des vegetativen Systems. Auf diese Weise wird eine allgemeine und für die gesunden Organe unzutragliche Störung des vegetativen Tonus vermieden. Was am Orte der Schädigung an Wirkung fehlt, ergänzt das Alkaloid Chelidonin (aus dem Schöllkraut, *Chelidonium*), das zwar parasympatholytisch ist, aber nur peripher am intramuralen Nervengeflecht der Organe angreift. Hier wird die Übermittlung ungeordneter Impulse verhindert.

Die sonstigen Bestandteile in Nervogastrol — Magn. ust.; Natr. bicarb.; Calc. carbonic. zur Neutralisierung überflüssigen Magensaftes, ohne kompensatorische Neubildung zu produzieren; Bism. subnit. und Bism. subgall. zur Bildung eines Schwermetall-Albuminat-Schutzfilmes auf der Schleimhaut, Zurückdrängung der Sekretion, Beseitigung pathogener Darmflora und Bindung übermäßigen Schwefelwasserstoffes im Darm (Schwarzfärbung des Stuhls durch Wismutsulfid; nicht zu verwechseln mit okkultem Blut!) — bedürfen keiner Erläuterung. Wichtig ist noch der Zusatz von Extr. Condurango, das als Bittermittel die Appetitlosigkeit beseitigt und den Magen zu normaler Funktion anregt.

Die Verwendung von *Succus Liquiritiae* (Lakritzen-saft) ist unzumutbar, da er lediglich die Nebennierenrinde stimuliert und Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt verursacht mit Ödemen und Blutdrucksteigerung, überdies nur Magengeschwüre, nicht aber *Ulcera duodeni* beeinflußt (*Hochrein*); außerdem müssen derartige Mengen täglich eingenommen werden (40 bis 60 g), daß mit erheblichem Widerwillen des Patienten zu rechnen ist.

Handelsform: OP mit 60 Tabletten DM 1.90 o. U.

Literatur: *Greiling, G.*: Med. Mschr. 4 (1950), 11: 851 bis 853. — *Hochrein, M.*: Ärztl. Praxis IV (1952), 16: 2.

Muster und Literatur auf Wunsch von

LUDWIG HEUMANN & CO., NÜRNBERG
Chem.-pharm. Fabrik

Inspirool

c. Antibioticum Tyrothricin
(Tyrosolvin-Byk)

Die modernen bakteriostat. Heilmittel bei allen Erkrankungen von Mund, Hals, Nase, Luftwegen

LYSSIA-WERKE WIESBADEN

Ultraschall Außer dem bewährten Ultraschallgerät

Ultravibrator

DR. LEHFELDT & CO. Heppenheim a.d.B.

Kurzwelle

haben wir jetzt auch die Fertigung des bekannten KW-Gerätes **Junior 3** (früher Scillo) übernommen.

Fabrik für Ultraschall- und Hochfrequenzgeräte



Ihre Fachzeitschrift aufbewahren!

Bestellen Sie rechtzeitig, möglichst noch heute, die beliebtesten Sammelmappen. Da wir uns keine Lagervorräte anschaffen, ist Ihre Vorbestellung unbedingt notwendig. Später eingehende Bestellungen können nicht berücksichtigt werden.

Einbanddecken für den Jahrgang 1952

mit Goldprägung aufdruck „Bayerisches Ärzteblatt“ auf Vorderseite und Rücken, in Ganzleinen Preis ca. DM 2.80.
Auslieferung im Monat Januar 1953.

Klemmrücken-Mappen

zur Aufbewahrung der laufenden Hefte, in Halbleinen, mit Prägeaufdruck. Preis ca. 5,50 DM.
Bei Vorauszahlung auf unser Postscheckkonto München Nr. 6 04 18, Lieferung portofrei, sonst durch Nachnahme zuzüglich Portospesen.



Richard Pflaum Verlag München 2
Abteilung Formulare, Lazarettstr. 2-4



Pianos-Flügel

neue und gebrauchte verkauft und vermietet das führende Fachgeschäft

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstr. 23/1
Augsburg, Bahnhofstr. 15/1
Regensburg, Kassianspl. 3

Eine ANZEIGE ist die direkte Verbindung zur Kundschaft!

Werkzeugkasten



Stellig, ohne Inhalt DM 14.85, mit 32 Werkzeugen für den Hausgebrauch DM 52.—, Ab DM 50.— franko!

Katalog gratis. Westfalia-Werkzeugco. Hagen 570 l. W.

Gegen **Enuresis nocturna** hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt u. Muster kostenlos durch den Allein-Hersteller: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, (13b) München 42.



Das Erfolgsbuch in zweiter Auflage!

Sieben entscheidende Jahrzehnte deutscher Geschichte in der Schau des großen Arztes und Menschenkenners, der noch Bismarck erlebte, am Krankenbette Lenins stand und schließlich als Psychoter sein Urteil über Hitler fällt.

Oswald Bumke / Erinnerungen und Betrachtungen

232 S. mit 3 Bildtafeln DM 11.70

RICHARD PFLAUM VERLAG, MÜNCHEN

**Haemorrhoiden,
Analfissuren und**

-Ekzeme, Pruritus ani :

Desinfizierend und adstringierend · Anaesthesierend und kühlend · Hämostyptisch

Rascher Wirkungseintritt - gute Rückbildung

Vial & Uhlmann, Inh. Apoth. E. Rath, Frankfurt a. Main

Bismolan

6 Zäpfchen DM 1.30 o.U. 20 g Gleitsalbe DM 1.10 o.U.
12 Zäpfchen DM 2.40 o.U. 40 g Gleitsalbe DM 2.- o.U.

AMTLICHES

Bezeichnung der ärztlichen Kreisverbände und der ärztlichen Berufsgerichte

Ein von mir unter dem 7. 11. 1952 hinausgegebenes Ersuchen, die Bezeichnung der ärztlichen Kreisverbände und Bezirksvereine, soweit diese noch nicht erfolgt ist, richtigzustellen und zwar in der Form, daß lediglich die Benennung des Kreisverbandes bzw. der Bezirksvereine auf die Kopfbogen gesetzt werden und nicht zugleich die Bayer. Landesärztekammer genannt wird, wurde leider nicht überall entsprechend beachtet. Hinzu kam, daß ein ärztliches Berufsgericht sich wie folgt bezeichnete: „Bayer. Landesärztekammer, Kreisverband . . ., Ärztliches Berufsgericht“. Diese Bezeichnung wurde sowohl auf dem Kopfbogen wie auf dem Stempel des Ärztlichen Berufsgerichtes angebracht.

Nachdem insbesondere der letzte Vorgang zu schwersten Bedenken führen mußte, nahm ich Anlaß, beim Bayer. Staatsministerium des Innern zu dieser Sache Vortrag zu halten. Nachstehend wird die Entscheidung des BSTdI vom 7. 1. 1953 bekanntgegeben.

Ich muß nun dringend ersuchen, die Kopfbögen und Stempel sowohl der Kreisverbände, Bezirksvereine und ebenso auch der Berufsgerichte entsprechend einzurichten. Abweichungen von dieser Anordnung würden zu sehr unangenehmen Folgen für die säumigen oder widerstrebenden Vorsitzenden der zuständigen Organisationen führen.

Dr. Weiler

Abschrift

Bayer. Staatsministerium München 22, den 7. Jan. 1953
des Innern Odeonsplatz 3
111 8 — 5041/25 Telefon 2 85 11

An die
Bayer. Landesärztekammer
München 22,
Königinstr. 23.

Betr.: Bezeichnung der ärztlichen Kreisverbände und der ärztlichen Berufsgerichte.

1. Nach Art. 12 des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 (GVBl. S. 193) sind die ärztlichen Bezirksvereine jedes Regierungsbezirks zu einem Ärztekreisverband zusammengeschlossen. Hieraus folgt wegen der Bezeichnung des Kreisverbandes, daß diese zu lauten hat, wie folgt: „Kreisverband der ärztlichen Bezirksvereine des Regierungsbezirks . . .“ oder „Kreisverband der ärztlichen Bezirksvereine (Oberbayerns)“.

2. Das Staatsministerium des Innern pflichtet der dortigen Auffassung bei, daß in der Bezeichnung der ärztlichen Berufsgerichte jede Bezugnahme und jeder Hinweis auf die ärztliche Ständesvertretung zur Vermeidung von Schwierigkeiten unterbleiben soll. Wenn auch die ärztlichen Berufsgerichte keine Gerichte im Sinne der Verfassung sind, sondern disziplinäre Einrichtungen, so soll doch jeder Anschein vermieden werden, als ob die ärztlichen Berufsgerichte von der ärztlichen Berufsvertretung abhängige Organe seien.

Nach Art. 22 Abs. I des Bayer. Ärztegesetzes ist für jeden Regierungsbezirk ein ärztliches Berufsgericht zu errichten.

Hiernach lautet die Bezeichnung des ärztlichen Berufsgerichts: „Ärztliches Berufsgericht für den Regierungsbezirk . . . in . . .“.

Das ärztliche Landesberufsgericht führt die Bezeichnung: „Ärztliches Landesberufsgericht in München“.

Die Regierungen haben Abdruck dieser Entschliebung erhalten. Die Bayer. Landesärztekammer wolle ihrerseits die ärztlichen Kreisverbände und die ärztlichen Bezirksvereine verständigen.

I.A.
gez. Platz,
Ministerialdirektor

Umsiedlung von Ärzten.

Das Bundesvertriebenengesetz, das in Kürze vom Bundestag verabschiedet werden dürfte, enthält auch Bestimmungen über die anteilige Umsiedlung von Angehörigen freier Berufe. Die Bayerische Landesärztekammer ersucht deshalb jene Ärzte, die sich seinerzeit um eine Umsiedlung beworben haben, ihr bekanntzugeben, ob sie ihren Antrag noch aufrechterhalten.

Anmerkung: Es wird darauf hingewiesen, daß diese Umfrage nur zum Zweck von Vorarbeiten durchgeführt wird und daß deshalb z. Z. persönliche Vorsprachen bei der Bayer. Landesärztekammer in Angelegenheit der Umsiedlung zwecklos sind. Die in Betracht kommenden Ärzte werden rechtzeitig verständigt werden.

Zulassungen im Arztregisterbezirk Oberfranken

Der Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken hat die Ausschreibung folgender Kassenarztstellen beschlossen:

Kulmbach 1 prakt. Arzt*)
1 Facharzt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten
1 Facharzt für Chirurgie

An der mit einem *) bezeichneten Stelle ist bereits ein niedergelassener Arzt vorhanden. Weitere Bewerbungen sind möglich.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken, Bayreuth, Bahnhofstraße 16/III, zu richten.

Dort sind auch Bewerbungsformulare erhältlich.

Letzter Termin für die Bewerbung: 10. 2. 1953.

Die Bewerbungsgebühr von 5 DM ist auf das Konto Städt. Sparkasse Bayreuth 1801 zu überweisen oder dem Antrag beizufügen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Bezirksstelle Oberfranken
gez. Dr. Herling, Vorsitzender

Stellenausschreibungen für die Staatl. Gesundheitsämter

Die Amtsarztstellen bei den Staatlichen Gesundheitsämtern Rodding und Vilshofen sind neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben, im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind oder waren und die für die Leitung eines Gesundheitsamtes erforderliche fachliche Eignung besitzen. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen. Ärzte, die bereits bei einem Staatl. Gesundheitsamt tätig sind, richten ihr Gesuch an die für ihren Dienstort zuständige Regierung. Die Gesuche müssen gesondert für jede Stelle bis spätestens 15. Februar 1953

„ümdroht...?“

Mulgatum phos.



A. NATTERMANN & CIE · KÖLN-BRAUNSFELD

mit element. Phosphor,
rezeptpflichtig

O.P. DM 195

eingegangen sein. Mitteilung an die Bewerber ergeht nur bei Einstellung. I. A. Platz, Ministerialdirektor

Bei dem Staatl. Gesundheitsamt Ingolstadt ist eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerber können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen. Die Gesuche müssen bis spätestens 10. Februar 1953 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Verg.Gr. III der TO. A. Mitteilung an die Bewerber ergeht nur bei Einstellung. I. A. Platz, Ministerialdirektor

International gültige Impfzeugnisse bei Pocken- und Choleraimpfungen

Das Bundesministerium des Innern hat folgendes Rundschreiben vom 5. November 1952 — 4205-1457/52 über international gültige Impfzeugnisse bei Pocken- und Choleraimpfungen (GMBL S. 314) erlassen, auf das zur Kenntnisnahme und Beachtung hingewiesen wird:

„Nach dem internationalen Sanitätsabkommen, das in einer Reihe von Staaten am 1. Oktober 1952 in Kraft getreten ist und das nach der Beschlussfassung durch die gesetzgebenden Körperschaften auch für die Bundesrepublik verbindlich wird, sind neue Vordrucke für Impfungen vorgeschrieben. Die darin vermerkten Impfungen gegen Cholera und Pocken müssen, um internationale Gültigkeit zu besitzen, mit einem von der obersten Gesundheitsbehörde des Staates dazu bestimmten Siegel versehen sein.

Dieses Siegel soll die Gewähr dafür geben, daß die Impfungen von einem ordnungsgemäß approbierten Arzt vorgenommen wurden.

Da diese Impfungen in überwiegendem Maße von Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgeführt werden und eine kostspielige Neuanschaffung von Spezialimpfsiegeln nicht erforderlich erscheint, gilt im Einverständnis mit der Welt-Gesundheits-Organisation in der Bundesrepublik Deutschland das Dienstsiegel des für den Impfarzt zuständigen Gesundheitsamtes als Amtssiegel im Sinne der Vorschriften des internationalen Sanitätsabkommens bei Pocken- und Choleraimpfungen.“

Hinsichtlich der Pockenschutzimpfung verbleibt es bei der ME, vom 23. November 1951 — III 3a — 5165 a 15 betr. internationale Impfbescheinigungen (autogr.)

I. A. Vetter, Ministerialdirigent

Wiedereröffnung der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee bei Wasserburg

Die Obb. Heil- und Pflegeanstalt Gabersee b. Wasserburg a. Inn wird nach Beendigung des ersten Bauabschnittes voraussichtlich im Sommer 1953 wieder eröffnet. Sie kann zunächst 500, nach vollem Ausbau 1000 Kranke aufnehmen. Die Anstalt soll ihrer Überlieferung entsprechend die Arbeitstherapie bevorzugt pflegen.

Zu besetzen sind die Stellen eines Anstaltsdirektors in Bes. Gruppe A 2 b, sowie 2 Anstaltsarztstellen in Bes.Gr. A 2 c 2 bzw. Verg. Gruppe III TO. A.

Bewerbungen erfahrener Psychiater mit Anstaltspraxis sind samt Unterlagen binnen drei Wochen an die Regierung von Oberbayern (Verwaltung des Bezirksverbandes), München, Maximilianstr. 14, zu richten. Bewerber, welche nach Art. 131 GG unterbringungsberechtigt sind, wollen dies durch Vorlage des Unterbringungsscheines nachweisen. Schon vorliegende Bewerbungen bedürfen keiner Erneuerung. Dr. M a n g, Regierungspräsident

Betr.: Warnung vor einer suchtvörderlichen Betrügerin

Seit längerer Zeit treibt sich die Hilfsarbeiterin Veronika Reinecke, geb. Lischewski, geb. 9. 4. 1928 in Ortelsburg, ohne festen Wohnsitz im Bundesgebiet umher. Sie sucht Ärzte auf, täuscht Koliken vor und erschleicht sich Betäubungsmittel. Unter dem gleichen Vorwand fand sie auch Aufnahme in Krankenanstalten. Sie wurde angeblich 16mal wegen Ileus operiert. Es besteht der Verdacht, daß sie dieses Leiden nur vortäuscht und sich sogar operieren läßt, um in den Genuß von Betäubungsmitteln zu kommen.

Es besteht der Verdacht der Schizophrenie.

In allen Fällen gab die Reinecke die Hamburg-Münchener Ersatzkasse als Kostenträger an. Dieser Versicherungsschutz besteht nicht mehr, so daß bisher etwa 80 Krankenanstalten und über 30 Ärzte geschädigt wurden.

Personenbeschreibung:

163 cm groß, schlank, gebrechlich, ovales, eingefallenes, blaßes Gesicht, dunkelblonde Haare, graue Augen, große Nase, große Ohren, lückenhafte Zähne, spricht ostpreussische Mundart.

Es wird gebeten, den genannten Sachverhalt in „Ärztlichen Mitteilungen“ und in den örtlichen Ärzteblättern zu veröffentlichen, damit weitere Ärzte und Krankenanstalten vor Schaden bewahrt bleiben.

Bundeskriminalamt
Hamburg 36, Karl-Muck-Platz 1
den 19. Dez. 1952
Akt.Zch.: NA/S-R — Z L 10937 f. A.

Hamburg, 22. 12. 1952

Br

RUNDSCHAU

Ein Institut für medizinische Arbeitsforschung als wissenschaftliches Zentrum für die Erforschung und Bekämpfung der Berufskrankheiten in Bayern wurde in München gegründet. Die Forschungsarbeiten des Instituts erstrecken sich auf folgende Fachgebiete: Arbeitspathologie, Gewerbetoxikologie, Verschleißkrankungen, Konstitutionsforschung, Arbeitsverwendung von Frauen, Jugendlichen und Schwerbeschädigten, Volkskrankheiten und internationale Literatur und Statistik. Die Forschungsergebnisse des Münchener Instituts stehen ähnlichen Instituten anderer westdeutscher Länder und des Auslandes zur Verfügung. (Med. Klin. Nr. 52/52)

Druckschrift über „Carcin“. Wie uns bekannt geworden ist, wird unter dem Titel „Das Buch der Tatsachen. Die integrale Wahrheit über Carcin, Paris 1952“ eine Druckschrift vertrieben, die für ein Krebsheilmittel „Carcin“ zu werben sucht unter Anführung zahlreicher Zeugnisse von Ärzten, von denen aber nur die Anfangsbuchstaben der Namen und des Ortes angegeben werden. Die berichteten Erfolge sind nur so oberflächlich dargestellt, daß sich niemand darüber ein Urteil bilden kann. Irgendein bekannter Krebsforscher ist in dem Verzeichnis nicht zu finden. Bereits 1950 (Monatsschrift für Krebsbekämpfung, Heft 11, S. 322) wurde von Lönne-Düsseldorf die Wirkungslosigkeit des Carcins festgestellt. Es muß daher davor gewarnt werden, dieses Mittel anzuwenden oder zu empfehlen, bevor nicht eine Nachprüfung in einem anerkannten Krebsinstitut mit den von der Wissenschaft geforderten Unterlagen ausgesprochen worden ist. Süd. Abl. Nr. 12/52.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:

- Curta & Co. GmbH., Weilheim/Obb.
- Chemisch-Pharmazeutische Fabrik Adolf Klinge GmbH., München 9, Bergstraße 15.
- C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim a. Rhein.
- Arzneimittelfabrik Dr. Schwab GmbH., München 23, Martiusstr. 8.
- Robogen GmbH., Pharmazeutische Präparate, Eßlingen a. N.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königinstraße 23, Schriftleiter Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6, Telefon 6 31 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25-27, Telefon 2 51 33. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postcheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“), Anzeigenverwaltung; Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 51, Telegrammadresse: Werbepflaum, München. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

Veröffentlichung gemäß § 8 Abs. 3 des Gesetzes über die Presse vom 3. 10. 1949: Inhaber des Richard Pflaum Verlages ist die Richard Pflaumsche Erbgemeinschaft mit Anteilen von Frau Violet Pflaum, geb. Price, München, zu 1/4, Frau Elfriede Medel, geb. Pflaum, München, und Herrn Carl Heinz Pflaum, London, zu je 1/4. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.