



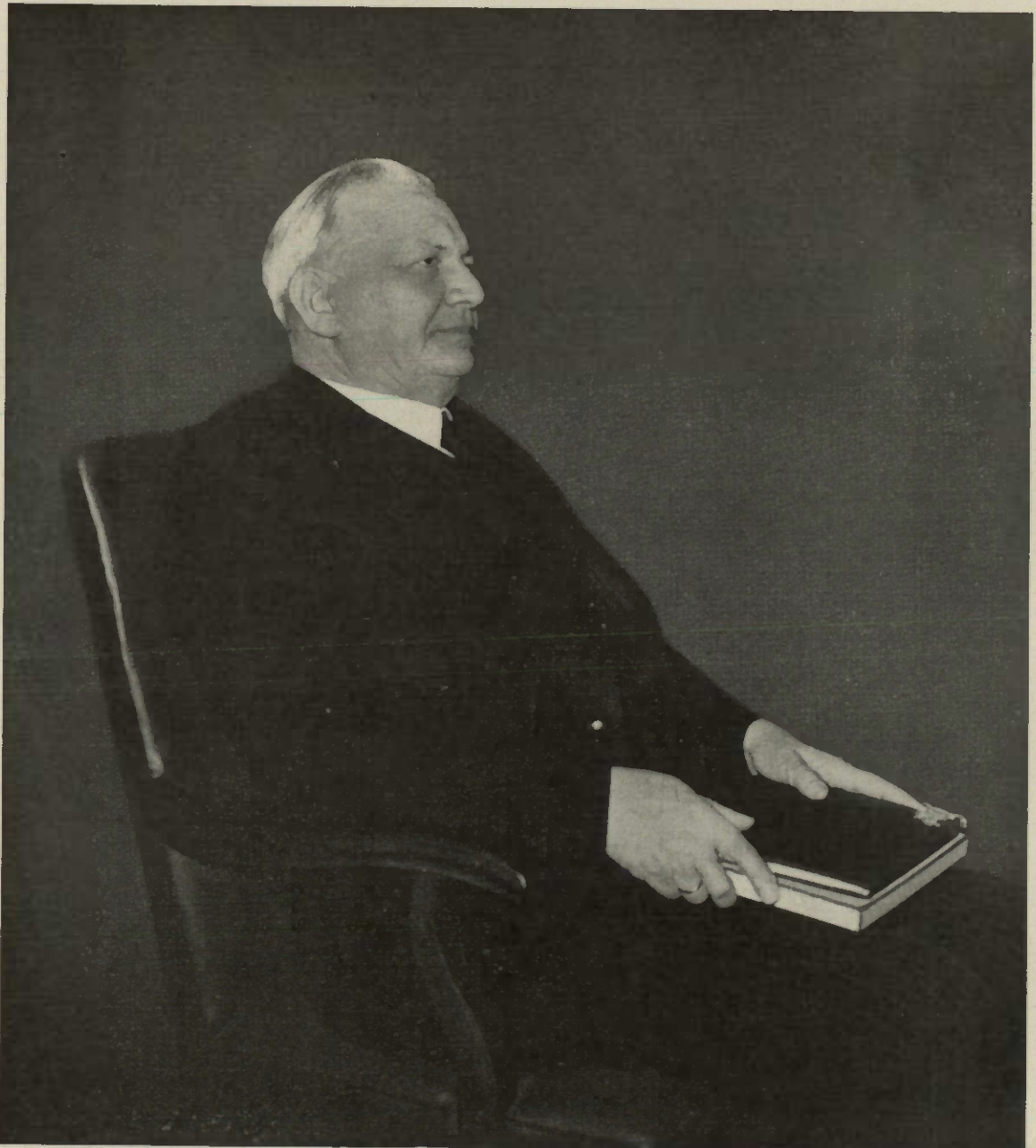
BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 2

München, Februar 1953

7. Jahrgang



Präsident Dr. Karl Weiler

Zum 75. Geburtstag Dr. Weilers

Am 6. Februar 1953 vollendete der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Senator Dr. Karl Weiler, sein 75. Lebensjahr. Zu Ehren ihres Präsidenten, der seit Oktober 1947 in den bewegten Zeiten des Wiederaufbaus die Geschichte der Ärzteschaft als Kammerpräsident maßgebend beeinflusst und geleitet hat, veranstaltete die Landesärztekammer am 7. 2. eine Festsitzung, zu welcher Vizepräsident Dr. Hense eingeladen hatte.

Der Plenarsaal des Bayerischen Landtags im Maximilianeum in München war nahezu gefüllt, als Dr. Hense um 10 Uhr die Festsitzung eröffnete. Neben den zahlreichen Vertretern der ärztlichen Organisationen Bayerns und des Bundesgebietes gab es wohl keine der großen repräsentativen Körperschaften des Landes, die nicht bei der Feier vertreten gewesen wäre. Die Begrüßung des Vizepräsidenten, der die Festsitzung leitete, galt zunächst dem Vertreter der Bayer. Staatsregierung, dem stellvertretenden Ministerpräsidenten und Staatsminister des Innern Dr. Hoegner, sowie dem Präsidenten des Bayer. Landtags Dr. Dr. Hundhammer und dem Präsidenten des Bayer. Senats Dr. Singer, der zusammen mit den beiden Vizepräsidenten und zahlreichen Senatoren anwesend war, ferner dem Staatsminister für Unterricht und Kultus Dr. Schwalber mit Staatsrat Dr. Meinzolt und Min.-Direktor Dr. Meyer. Für das Staatsministerium des Innern waren anwesend Min.-Direktor Platz und Reg.-Direktor Hopfner, für das Arbeitsministerium Min.-Rat Dr. Imhof und Reg.-Medizinaldirektor Dr. Behrend, für das Justizministerium Min.-Direktor Dr. Walter. Die drei Landesuniversitäten hatten ihre Dekane der medizinischen Fakultäten entsandt und die Universität München den Rector Magnificus Professor Dr. San Nicoló, die Bayer. Akademie der Wissenschaften ihren Präsidenten Prof. Dr. Wagner; für die Bayer. Versicherungskammer waren Präsident Herrgen und zwei seiner Mitarbeiter anwesend, für den Bayer. Rundfunk der Vorsitzende des Rundfunkrates Prof. Dr. Dr. h. c. Franke und Intendant von Scholz, für das Bayer. Rote Kreuz Reg.-Medizinaldirektor Dr. Pürkhauer und die Generaloberin Frau Held. Als Vertreter der Stadt waren erschienen die beiden Bürgermeister Thomas Wimmer und Dr. von Miller sowie der Kulturbeauftragte der Stadt Prof. Dr. h. c. Held zusammen mit den ärztlichen Mitgliedern des Magistrats. Auch aus zahlreichen anderen Körperschaften waren die Vertreter erschienen, so Gustav Schiefer für den Deutschen Gewerkschafts-Bund und Dr. Erhardt als Vorsitzender des Landesverbandes der Freien Berufe und die Vertreter einer Reihe von Krankenkassen und Versicherungsverbänden.

Besonders groß war die Zahl der Kollegen aus den Standesorganisationen und freien ärztlichen Verbänden Bayerns und des Bundesgebietes, die sich zur Feier eingefunden hatten. Hier seien nur genannt: Prof. Dr. Neuffer, der erste Vorsitzende des Präsidiums des Deutschen Ärztetages und der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Dr. Weise, der zweite Vorsitzende des Präsidiums und zugleich Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Sievers, der erste Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der KV des Bundesgebietes, zugleich Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Oelemann, Präsident der Ärztekammer Hessen, ferner der erste Vorsitzende des Hartmannbundes Dr. Thieding und Dr. Dr. von Gugel, erster Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des HB, Dr. Hellbrügge, der erste Vorsitzende des Landesverbandes Bayern des Marburger Bundes, Frau Dr. von Zwehl, die erste Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes und Prof. Dr. Dr. Saller, der erste Vorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren. Die Zahnärztekammer war durch Dr. Rowley, die Landestierärztekammer durch ihren Präsidenten Senator Dr. Abmaier vertreten.

Wenn schon aus der — keineswegs vollständigen — Aufzählung der Persönlichkeiten und der Körperschaften, die zur Feier erschienen waren, hervorgeht, wie vielfältig die Beziehungen der Landesärztekammer und ihres Präsidenten zu den politischen und sozialen Körperschaften

sind, so bezeugen die Ausführungen der nachfolgend bezeichneten Redner aufs deutlichste die Bedeutung, welche der Person wie dem Amt des Jubilars von all diesen Stellen beigemessen wird.

Als erster sprach Staatsminister Dr. Hoegner im Namen und in Vertretung des Ministerpräsidenten die herzlichen Glückwünsche der Staatsregierung aus und würdigte die Verdienste des Jubilars besonders auch um die Erhaltung eines gut ausgebildeten und ethisch hochstehenden Arztstandes.

Als Präsident der bayerischen Volksvertretung sprach Dr. Dr. Hundhammer die Glückwünsche des ganzen bayerischen Volkes aus. Aus seinen Worten klang die Anerkennung für die Arbeit des Jubilars, der „weit über den Bereich des Arztes hinaus seine Arbeitskraft und sein Interesse dem Gesamtbereich und Bezirk des menschlichen Daseins und all der Gebiete gewidmet hatte, auf denen Sorgen bestehen und Nöte zu beheben sind“.

Besonders herzlich waren die Worte, mit denen der Präsident des Bayerischen Senats, Dr. Singer, „seinem sehr verehrten Freund und Kollegen“ die Glückwünsche des Bayerischen Senats überbrachte und der Ärzteschaft dankte, daß sie „in richtiger Erkenntnis der hohen Aufgaben des Senats einen ihrer Besten ausgewählt hatte“. Er gab der Freude Ausdruck, daß Dr. Weiler nach seiner turnusmäßigen Auslosung vor zwei Jahren abermals für die Periode von sechs Jahren vorgeschlagen und vom Landtag in den Senat wiedergewählt wurde. Welcher Wertschätzung sich Dr. Weiler im Kreise der Senatskollegen erfreut, kennzeichnet die Tatsache, daß er nicht nur im Hauptausschuß, sondern auch im Sozialpolitischen Ausschuß tätig ist. Obwohl er die Interessen der Ärzteschaft immer auf das wirksamste vertreten habe, so in der Frage der Wahrung des Berufsgeheimnisses und der Schweigepflicht des Arztes, ferner in seinen Initiativanträgen hinsichtlich einer Änderung des Gesetzes über die Meidepflicht von Früh- und Fehlgeburten und bei vielen anderen Gelegenheiten, habe er dabei nie ein Sonderinteresse der Ärzteschaft im Auge gehabt, sondern in weiser Unterordnung unter die Interessen des Gesamtwohles des ganzen Volkes gehandelt. Wegen seiner besonderen Verdienste als Vorsitzender seines Ausschusses bei der Schaffung des Gesetzes für den Bayerischen Rundfunk hat der Senat ihn als einen seiner Vertreter in den Rundfunkrat abgeordnet.

Die Glückwünsche der drei Landesuniversitäten überbrachte der Rector Magnificus der Universität München, Professor Dr. San Nicoló, und sprach dem Jubilar insbesondere den Dank aus für die erfolgreiche Förderung der Universitätsinteressen im Kulturpolitischen Ausschuß des Senats.

Ausgehend von dem alten Homerwort, daß ein heilkundiger Mann mehr wert sei als viele andere, beleuchtete Professor Dr. Dr. h. c. Franke, der Vorsitzende des Bayerischen Rundfunkrates, die Rolle Dr. Weilers als Nestor des Rundfunkrates, der durch sein umfassendes Wissen auf allen Lebensgebieten wertvollste Mitarbeit leistet. Durch seine Weisheit und Überlegenheit habe er manchen drohenden Sturm besänftigen können. Für seine Delegation fühle sich daher der Rundfunkrat dem Senat zu besonderem Dank verpflichtet.

Für die Landeshauptstadt überbrachte Oberbürgermeister Thomas Wimmer die Glückwünsche und Grüße der Stadt München. Besonders dankte er dem Jubilar in herzlichen Worten für sein verdienstvolles Wirken und für seine wissenschaftliche, standesorganisatorische und kulturpolitische Arbeit, die er in fünf Jahrzehnten auf dem Boden Münchens geleistet hatte.

Den Reden der Ehrengäste folgte die Festansprache Dr. Henses. Mit herzlichen Worten überbrachte er dem Jubilar die Glückwünsche der bayerischen Ärzteschaft. Er dankte ihm für die aufopfernde Arbeit, die er im Interesse des einzelnen Arztes und des ganzen ärztlichen



Der Stellvertretende Ministerpräsident und Staatsminister des Innern Dr. Hoegner überbringt die Glückwünsche der Bayerischen Staatsregierung

Standes leistete. In einem lückenlosen Lebenslauf entstand vor den Zuhörern das Bild des Wirkens des Jubilars, wie es sich in logischem Aufbau bis zur heutigen Form entwickelte.

Geboren in Köln, der altehrwürdigen Metropole des Rheinlandes, war die verpflichtende Atmosphäre des Elternhauses und die Schulung durch das humanistische Gymnasium für seine Lebensführung richtunggebend. Die Bereisung fast aller Länder Europas einschließlich des russischen Teiles und ein halbjähriger Aufenthalt in Nord- und Südamerika erweiterten seinen Gesichtskreis.

Seit 1898 in München, famulierte er als junger Mediziner bei Ziemssen und Gudden. Nach seiner 1902 erfolgten Approbation arbeitete er zunächst wieder bei Gudden. Ab November 1904 bis Mitte des Jahres 1915 war er als erster Assistent und Mitarbeiter Kraepelins tätig. Neben der Erfüllung seiner klinischen Abteilungsaufgaben widmete er sich dem Ausbau psychopathologischer Untersuchungsmethoden. Über diese Tätigkeit bekundet Kraepelin selbst: „Seine hervorragende technische Begabung hat ihn dazu befähigt, in größerer Zahl Apparate zu bauen, die sich für die wissenschaftliche Forschung, namentlich auf dem Gebiete der experimentellen Psychologie, als sehr wertvoll erwiesen haben. Er hat auch selbst eine Reihe umfangreicher wissenschaftlicher Untersuchungen durchgeführt, die sich durch Sorgfalt der technischen Arbeit sowie durch klare Sachlichkeit der Problembehandlung auszeichnen.“

Neben dieser Forschungsarbeit ging eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit einher, seit 1909 auch als allgemein vereidigter psychiatrischer Sachverständiger bei den Zivil- und Strafgerichten in München. Die bei dieser Tätigkeit gesammelten Erfahrungen sollten seiner späteren Arbeit sehr zugute kommen.

Der erste Weltkrieg sah ihn von dessen Beginn an — er war aus gesundheitlichen Gründen nicht zum aktiven Wehrdienst herangezogen worden — als ordinerenden Arzt des in der psychiatrischen Klinik eingerichteten, zunächst für chirurgisch Kranke, später für Kriegsneurotiker bestimmten Vereinslazarettes bis zu dessen Schließung Ende des Jahres 1918. Als Kuriosum sei vermerkt, daß ein von ihm — dem Psychiater — angegebenes verbandstoffsparendes Drainageverfahren tiefer Wundhöhlen

sich nach dem Urteil chirurgischer Sachverständiger bestens bewährte und auch sonst im deutschen Heere viel angewandt wurde.

Von Mitte des Jahres 1915 ab war er als vertraglich verpflichteter Zivilarzt auch im engeren Heeresdienst tätig, und zwar zunächst als ordinerender Arzt der psychiatrischen Abteilung eines Reservelazarettes in München. Bald organisierte er eine gerichtspsychiatrische Untersuchungsstelle im Gebäude des Kriegs- und Oberkriegsgerichtes in München. Als Vorstand dieses Instituts, des einzigen im Reichsgebiet, wirkte er bis zum Ausbruch der Revolution im November 1918. Seine Tätigkeit bei dieser Dienststelle beurteilte der Vorstand der Justizabteilung des Stv. Gen. Kom. I. B. A. K. unter anderem wie folgt: „Seine Dienstfeier und seine Fürsorge für die ihm anvertrauten Personen ging über das Pflichtmaß hinaus. Seine gerichtspsychiatrischen Gutachten waren besonders wertvoll, da Weiler über großes Gerechtigkeitsgefühl verfügt und seine Gutachten ohne Rücksicht auf Person und Rang des zu Begutachtenden erstellt werden. Über eine Beeinflussung von irgendeiner Seite war Dr. Weiler bei Erstellung seiner Gutachten erhaben.“

Bei der gerichtspsychiatrischen Tätigkeit kam er häufig in Berührung mit den sog. Kriegsneurotikern. Dies veranlaßte ihn, sich nachhaltig für eine dem zunächst allgemein verkannten wirklichen Wesen dieser Erscheinungen gerecht werdende Behandlung der Betroffenen einzusetzen. Erst nach über 1 Jahr lang fortgesetzten ständigen Bemühungen gelang es ihm, den Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung durch die Tat erbringen zu dürfen. Er wurde daraufhin als fachärztlicher Beirat für Psychiatrie mit der Organisation der Kriegsneurotikerbehandlung und der Überwachung ihrer Durchführung in vier besonders dazu eingerichteten und mit von ihm selbst vorgebildeten Ärzten besetzten Neurotikerlazaretten beauftragt. Für die Organisation der Erfassung und gleichmäßigen Beurteilung der psychopathischen Kriegsteilnehmer, deren zweckmäßige Verwendung, sowie für die Renten- und Versorgungsangelegenheiten der Kriegsbeschädigten waren seine Bemühungen im Heeresdienst von grundlegendender Bedeutung.

Kennzeichnend für diese besonderen neben den bereits genannten Tätigkeiten ausgeführten Arbeiten war deren

Kritik durch maßgebliche Beobachter. Kraepelin legte sein Urteil fest wie folgt: „Als wir es (im Vereinslazarett) nur noch mit Kriegsneurotikern zu tun hatten, wandte er sich mit größtem Eifer und Erfolg der Heilung und Er-tüchtigung dieser Kranken zu, indem er ein eigenes, auf bedenkliche Suggestivmittel verzichtendes Hellverfahren ausbildete und eine Reihe von jüngeren Ärzten zur Handhabung dieser Behandlungsart erzog. Seinen unablässigen Bemühungen ist es in erster Linie zu danken, daß es in verhältnismäßig kurzer Zeit gelang, die Hochflut der Kriegsneurosen im Bereiche des I. Bayer. Armeekorps einzudämmen. Daneben war er verständnisvoll bemüht, der vorauszu-schenden Entwicklung unliebsamer Folgezu-

in den Dienst des Reichsarbeitsministeriums als Regierungsmedizinalrat, wurde 1927 bevorzugt zum Oberregierungsmedizinalrat befördert und war schließlich bis Ende des zweiten Weltkrieges Leiter der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle München.

Aus der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen stammt eine Reihe von Veröffentlichungen über Fragen der Kriegsbeschädigtenversorgung und -fürsorge und insbesondere auch über Probleme der ärztlichen Gutachter-tätigkeit. Ihren Niederschlag fanden seine langjährigen, ausgedehnten Beobachtungen, wissenschaftlichen Feststellungen und Schlußfolgerungen in einem Standardwerk, betitelt: „Nervöse und seelische Störungen bei Teilneh-



Landtagspräsident Dr. Dr. Hundhammer im Gespräch mit Dr. Weller

stände der Kriegsinvalidenfürsorge-Gesetzgebung nach Kräften vorzubeugen.“ Der Chef des Sanitätsamtes des I. B. A. K. nahm ebenfalls Stellung und schrieb in seiner Beurteilung unter anderem: „Auf den von ihm geleiteten Beobachtungs- und Behandlungsstationen der Neurotiker erwarb er sich das feste Vertrauen der Kranken durch sein sicheres und bestimmtes Auftreten und erzielte insbesondere durch seine mit größtem Geschick, mit äußerster Ruhe, Ausdauer und Hingabe geführte Behandlung frappante, überraschende Heilerfolge.“

Äußeren Ausdruck fand die Anerkennung seiner Bemühungen während des Kriegsdienstes in der Verleihung der für Nichtfrontsoldaten höchsten Auszeichnung, des Eisernen Kreuzes am weißschwarzen Bande.

Mit der Beendigung des ersten Weltkrieges begann für den Jubilar ein neuer Abschnitt seiner Tätigkeit. Er trat

am Weltkriege, ihre ärztliche und rechtliche Beurteilung“, das in zwei Teilen 1933 und 1935 erschien.

Auf Bitte des Heeressanitätsinspektors erklärte er sich für den Ernstfall zur nochmaligen Mitwirkung bereit. Demzufolge fand er Verwendung als beratender Psychiater beim Heeressanitätsinspekteur in Berlin vom Ende August 1939 an. Nach dem Ableben dieses Heeressanitätsinspektors war seine Stellung wegen der grundsätzlichen Ablehnung des nationalsozialistischen Systems unhaltbar, so daß er sich zum Rücktritt veranlaßt sah, der im August 1941 genehmigt wurde. Bis Kriegsende war er wieder als Leiter der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle in München tätig. Dann wurde er vom Bayer. Arbeitsminister zum leitenden Arzt des Hauptversorgungsamtes Bayern berufen.

Nach Zerschlagung der gesamten Kriegsbeschädigten-

versorgung in Bayern durch die amerikanische Militärregierung wurde er als Regierungsmedizinalkommissar ins Bayerische Staatsministerium des Innern berufen und mit der Organisation und der Geschäftsführung der Versichertenfürsorge in Bayern betraut. Er konnte jedoch an dieser Stelle seine großen Erfahrungen nicht verwerten, da ihm in jener Zeit, als die fremdgesteuerte Demokratie noch in ihren Anfängen war, so viele bürokratische Widerstände in den Weg traten, daß er im November 1945 vom Amt zurücktrat. Unter Anerkennung einer 47jährigen Dienstzeit wurde er in den dauernden Ruhestand versetzt.

Mit der Beendigung seiner Beamtenlaufbahn begann für ihn ein neuer Lebensabschnitt, in dem er seine Kraft — zunächst noch neben seiner beruflichen Tätigkeit — dem Standesleben widmen konnte. Bewährt in der Durchführung großer organisatorischer Aufgaben, die ihm auch eine tiefe Kenntnis des Verwaltungsrechts vermittelt hatten, trat er an die neue Aufgabe heran. Das Gebiet war ihm kein Neuland. Bereits 1919 war er Gründer und 1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern der Ärzte des ehemaligen deutschen Heeres, 1920 war er Mitgründer der Münchener Neurologisch-psychiatrischen Gesellschaft und dann deren langjähriger 1. Vorsitzender und Vorsitzender der Vereinigung der Fachärztlichen Gesellschaften Münchens bis 1933; außerdem Mitglied des Vorstandes des Ärztlichen Bezirksvereins München und der Landesärztekammer Bayern bis zum Jahre 1933. Sein Bestreben, als Vorstandsmitglied der von Christof Müller gegründeten Gruppe C, die damals in München bestehenden zahlreichen Ärztegruppen zu einer Einheit zusammenzuführen, war zunächst von Erfolg, doch wurde dieser durch die nationalsozialistische Ärztegruppe auf „höhere Weisung“ bald wieder zunichte gemacht. Wie für jede aufrechte Persönlichkeit war unter dem Regime des Nationalsozialismus auch für ihn kein Platz für eine Betätigung im ärztlichen Standesleben. Erst die Not des Zusammenbruchs veranlaßte ihn, aus seiner Zurückhaltung hervorzutreten mit der Neugründung der Psychiatrisch-neurologischen Gesellschaft und der Vereinigung der Fachärzte im Oktober 1947. In beiden Vereinigungen wurde er zum 1. Vorsitzenden gewählt. Er versagte sich auch nicht der Aufforderung, sich als Abgeordneter zur Bayer. Landesärztekammer aufstellen und wählen zu lassen, in der er ab Februar 1947 als Rechtsreferent tätig war und zu deren Präsidenten er am 11. Oktober 1947 gewählt und im September 1950 wiedergewählt wurde.

Der Beginn seiner Amtstätigkeit vollzog sich unter den größten Schwierigkeiten. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen den Status der Kammer hatten die Staatsregierung veranlaßt, der Durchführung des Ärztegesetzes nur zögernd ihre Unterstützung zu leisten. Ferner galt es, die Bedenken der amerikanischen Militärregierung zu überwinden, welche glaubte, die eigene Form demokratischer Einrichtungen auch auf andere Länder übertragen zu müssen. Dies ging so weit, daß der bayerische Ministerpräsident den Befehl erhielt, bis zum 1. 9. 1949 die Bayer. Landesärztekammer entweder an die von der Militärregierung erlassenen Vorschriften anzugleichen oder dieselbe aufzulösen. In zähen und hinhaltenden Verhandlungen, die bis zu den höchsten amerikanischen Dienststellen vorgetrieben wurden, gelang es, die Durchführung des Befehles der Militärregierung bis zur Veränderung der politischen Lage zu verhindern. Die rechtlichen Bedenken über die Verfassungsmäßigkeit des Ärztegesetzes wurden durch die Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes vom 20. 7. 1951 endgültig zerstreut. Damit war für Bayern als dem ersten Land im Bundesgebiet der Bestand der Ärztekammer gesichert, ein Beispiel, dem die meisten anderen Länder gefolgt sind. Diese Festigung der Rechtsbasis blieb nicht ohne Einfluß auf die Stellung der Kammer und somit der Ärzteschaft gegenüber allen Dienststellen wie auch gegenüber der Öffentlichkeit. Aus dem weiten Arbeitsgebiet des Präsidenten, dessen Umfang durch die Ausführungen der Vorredner angedeutet wurde, seien nur noch als Wesentlichstes erwähnt seine erfolgreichen Bemühungen um das Niederlassungsgesetz und die Eingliederung der heimatvertriebenen Ärzte in Bayern, auf dem Gebiet des inneren Aufbaus der Kammergesetzgebung: die Genehmigung der Berufsordnung, der Facharztordnung und die Durchführung der genehmigten Berufsgerichtsordnung. In den Kämpfen



Senatspräsident Dr. Singer
überbringt die Glückwünsche des Bayerischen Senats

um das Gesetz zur Meldung von Fehl- und Frühgeburten war es ihm, gestützt auf die festgefügte Kammer und auf seine Stellung im Senat, möglich, eine für die Ärzteschaft tragbare Form des Gesetzes zu erreichen bei voller Wahrung des Staatsinteresses. Oberster Gesichtspunkt war ihm dabei der stets von ihm mit äußerster Konsequenz vertretene Standpunkt der Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Auch auf vielen anderen Gebieten der Gesetzgebung war seine Stimme im Senat mit von entscheidender Bedeutung, so bei der Schaffung des Bayer. Apothekengesetzes. Die äußere Anerkennung der Regierungsstellen für die Mitarbeit Dr. Weilers an den staatlichen Aufgaben kam in der Verleihung des Verdienstkreuzes des Verdienstordens durch den Bundespräsidenten Prof. Dr. Heuss am 7. 11. 1952 zum Ausdruck.

Als Präsident der Bayer. Landesärztekammer erstreckte sich sein Arbeitsfeld weit über die Landesgrenzen hinaus. Als Vertreter Bayerns wußte er in der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern die Stellung und die besonderen Bedürfnisse der bayerischen Ärzteschaft wirksam zu vertreten und war in einer Reihe von Ausschüssen mitverantwortlich für die dort gefaßten Beschlüsse. Wohl die wichtigste Aufgabe, die ihm in diesem Gremium zugefallen ist, ist die Stellung als 1. Vorsitzender des Ausschusses für die Reform der Sozialversicherung bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, ein Problem, das nicht nur die Interessen der Ärzteschaft, sondern das Wohl des ganzen Volkes auf tiefste berührt. Die Grundsätze, von denen all sein Handeln getragen war, sind niedergelegt in einer Reihe von Veröffentlichungen im Bayer. Ärzteblatt, in denen er zu den jeweils aktuellen Fragen Stellung genommen hat:

Freiheit des Arztes und des ärztlichen Handelns von allen äußeren Beschränkungen,

Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ohne Zwischenschaltung eines Dritten, insbesondere Sicherung des ärztlichen Berufsgeheimnisses, materielle Sicherstellung als Voraussetzung eines ethisch und wissenschaftlich hochstehenden Ärztestandes im Interesse des Volksganzen.

Neben den Glückwünschen bringt darum die bayerische Ärzteschaft am heutigen Tage dem Jubilar durch den Mund ihres Vizepräsidenten die tiefste Dankbarkeit zum Ausdruck für seine erfolgreichen Bemühungen.

Nach der Festansprache Dr. Henses kamen die Vertreter der ärztlichen Standesorganisationen des Bundesgebietes und des Landes Bayern zu Wort. Als erster sprach für sämtliche Organisationen des Bundesgebietes, die im Präsidium des Deutschen Ärztetages vertreten sind, Professor Dr. Hans Neuffer, Präsident des Deutschen Ärztetages und erster Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. Er überbrachte Dr. Weiler als dem Ehrenvorsitzenden des Deutschen Ärztetages den Dank und die Glückwünsche des Präsidiums des Deutschen Ärztetages und der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern für die aufrechte und erfolgreiche Mitarbeit im Gesamtvorstand. Als persönlicher Freund des Präsidenten gedachte er auch in warmen Worten dessen jüngst verstorbener Gattin, der er gerne am Ehrentage ihres Mannes gedankt hätte für das große Opfer der Entsagung, das dessen übergroße Belastung mit standespolitischer Arbeit von ihr forderte. Ganz besonders betonte Dr. Neuffer, von welcher entscheidender Bedeutung es für den Aufbau der übrigen westdeutschen Ärztekammern gewesen sei, daß es der energischen und zähen Arbeit Dr. Weilers gelang, die Bayerische Landesärztekammer gegen die Widerstände von Innen und außen zu verteidigen und ihre Anerkennung als Körperschaft des öffentlichen Rechts zu erhalten.

Als Zeichen seiner Anerkennung hat der Geschäftsführende Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern am 15. Januar 1953 beschlossen,

„Herrn Senator Dr. Weiler in München, Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages, in Würdigung seiner großen Verdienste um Begründung und Erhaltung der deutschen Ärztekammerorganisationen, in Dankbarkeit für seine langjährige treue Mitarbeit am Zusammenschluß aller deutschen Ärzte in der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und in Anerkennung seiner erfolgreichen Bemühungen um die Erhaltung eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärztestandes zu seinem 75. Geburtstag die Würde eines Ehrenvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zu verleihen.“

Im Anschluß an die Rede überreichte Prof. Dr. Neuffer die Ehrenurkunde.

Anschließend sprach für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns der 1. Vorsitzende der Landesstelle Dr. Völlinger die Glückwünsche seines Landesverbandes aus.

Besonderen Beifall fanden die Worte des ersten Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern der Ärzte Deutschlands, Dr. Dr. von Gugel, mit denen er in geschliffener Diktion dem Jubilar als dem Neubegründer und zeitweiligen Vorsitzenden des Hartmannbundes in Bayern die herzlichen Glückwünsche des Verbandes überbrachte. Vor allem dankte er ihm, daß er vorausschauend die Notwendigkeit auch einer wirtschaftlichen Interessenvertretung der Ärzte erkannt habe. In voller Offenheit sprach er über den Spannungszustand, der zeitweise zwischen Kammer und Hartmannbund dadurch entstanden war, daß man die Erreichung dieses Ziels von verschiedenen Standpunkten aus versucht hatte, und er dankte dem Präsidenten mit großer Courtoisie, daß er sich in diesem Zwiepsalt „nie als Feind, sondern immer nur als ein sachlicher Gegner anderer Anschauungen erwiesen habe, ohne daß dadurch die Brücken der gegenseitigen persönlichen Verantwortung, persönlichen Achtung und Verständigung abgebrochen wurden“. Sein Gruß galt dem Präsidenten als Mensch wie als begnadetem Arzt, als Organisator und als Vertreter des Wertes der Einzelpersönlichkeit.

Als letzter Redner sprach Dr. Hellbrügge im Auftrage des Westdeutschen Gesamtverbandes des Marburger Bundes. Er dankte dem Jubilar besonders für die verständnisvolle Zusammenarbeit und für die energische Haltung, mit der dieser in unmißverständlicher Weise gegen die Abwertung geistiger Tätigkeit Stellung genommen hatte, und verband damit den Wunsch, daß die

große Erfahrung und die väterliche Güte seinem Verband und der bayerischen Ärzteschaft erhalten bleiben möge.

Nachdem der letzte Redner geendet hatte, tritt ans Rednerpult der Jubilar Dr. Weiler und spricht tiefbewegt den Versammelten seinen Dank aus für die durch ihr Erscheinen bezeugte Anteilnahme und den Rednern für ihre lebenswürdigen, ehrenden Worte und guten Wünsche. Er gibt der Ansicht Ausdruck, daß der ihm selbst in so reichem Maße ausgesprochene Dank in erster Linie dem Schöpfer allen Lebens gebühre, der ihn mit Eigenschaften in die Welt treten ließ, die ihm überhaupt eine Bewährung im Lebenskampf ermöglichten. Des weiteren verdankte er dies seinem Glück, Eltern zu besitzen, deren Lebensführung von den Grundsätzen christlicher Lebensauffassung und westlicher Kultur getragen war. Bestimmend für seine eigene Lebenshaltung seien der Wahlspruch seines ebenso strengen wie grundgütigen Vaters: „Fürchte Gott, tue recht, scheue niemand“ und die Lehren seiner allem Schönen aufgeschlossenen, in der Sorge für andere aufzehenden Mutter: „Versprich nicht, was du nicht zu halten vermagst“ und „Verschiebe nicht auf morgen, was du heute tun kannst“ gewesen. Die von dem Redner hervorgehobenen Erfolge seiner Bestrebungen seien ferner dem Umstande zu verdanken gewesen, daß er ein humanistisches Gymnasium besuchen konnte und das Glück hatte, ein langjähriger Mitarbeiter des großen Psychiaters Kraepelin zu sein. Endlich, doch nicht zuletzt gebühre seiner treuen Lebensgefährtin ein ganz besonderer Dank dafür, daß sie in selbstlosester Weise das überaus große Opfer brachte, einem Mann anzugehören, dessen Aufgaben ihm die Führung eines Eigenlebens fast völlig versagten.

Bei der Berufswahl habe er lange geschwankt, ob er seinen künstlerischen Neigungen folgen und sich der bildenden Kunst widmen solle oder dem Arztberuf. Für die Wahl des letzteren sei der Eindruck des Hausarztes, eines hervorragenden Arztes alten Schlages, bestimmend gewesen, dessen seelischer Einfluß Sorge, Angst und Schmerzen behob, Menschenliebe und eine Befähigung zur Menschenkenntnis habe es ihm nie bereuen lassen, den Arztberuf erwählt zu haben, zumal seine Ausübung ihn in früheren besseren Zeiten nicht hinderte, auch seinen künstlerischen Neigungen Raum zu geben.

Den Verlauf seiner Lebensarbeit glaubte er auch mit als einen Beweisgrund für seine Ansicht betrachten zu dürfen, daß der viel angewandte Satz: „Männer machen Geschichte“ keineswegs als vollwertig anzusprechen sei, vielmehr müsse es wohl heißen: Die Entwicklung der Menschheitsgeschichte gibt Befähigten Gelegenheit, sich zu bewähren und mitzuwirken am Weltgeschehen. So könne er es nur als ein unverdientes Glück betrachten, zur Zeit des Ausbruches des ersten Weltkrieges durch die Lehrjahre bei Kraepelin in der Lage gewesen zu sein, die erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen mit Erfolg einzusetzen zu dürfen und in den folgenden sturmbelegten Zeiten als Psychiater abnormen und daher verderblichen Einflüssen nicht zum Opfer zu fallen. Ein von seinen Erziehern oft beklagter Mangel an Ehrgeiz habe ihn vor Anwendungen einer Überheblichkeit geschützt und wesentlich dazu beigetragen, eine Lebensharmonie zu bewahren und in allen Lebenslagen sich nur als Mensch unter Menschen zu fühlen. Für das ihm vielleicht nicht zuletzt deshalb in reichlichem Maße entgegengebrachte Vertrauen sei er seinem Schicksal ganz besonders dankbar. In ganz schwierigen Lebenslagen habe ihm außerdem ein rheinischer Humor immer wieder geholfen, sich zu behaupten.

Seine Lebensbeichte schloß der Jubilar ab mit nochmaligem herzlichsten Dank für die ihm erwiesene Ehrung. Er meinte, als Geburtstagskind vielleicht auch Wünsche äußern zu dürfen. Für sich selbst habe er keine, da sein Lebensbogen sich dem Ende zuneige. Er bitte aber die Vertretung des bayerischen Volkes und die bayerische Staatsregierung, der Bayer. Landesärztekammer das Wohlwollen und die Unterstützung, die sie ihr in den letzten Jahren in reichem Maße zuteil werden ließ, auch weiterhin zu gewähren. An die bayerische Ärzteschaft richte er die Bitte, daß sie nach wie vor bestrebt bleiben möge, das bayerische Arztum, das deutsche Arztum und das Weltarztum zu erhalten und im Kampfe um die Freiheit des Arztes nicht nachzulassen.

Die Feier war eingeleitet durch musikalische Darbietungen des Orchesters Kurt Graunke mit dem Brandenburgischen Konzert Nr. 3 von J. S. Bach und wurde geschlossen mit der Kleinen Nachtmusik von Mozart.

Anschließend fand ein Empfang der geladenen Gäste im Senatssaal statt, wo die Festgäste Gelegenheit fanden, noch persönlich ihre Glückwünsche dem Jubilar zu überbringen. Bei einem kalten Büfett ergab sich an kleinen Tischen die Gelegenheit zu mannigfachen Aussprachen der Festteilnehmer untereinander, wobei in der freundlichen Atmosphäre der Feststimmung sicherlich manches Wort auf fruchtbaren Boden gefallen sein mag.

Die Ärzteschaft darf mit Befriedigung auf den Verlauf dieser Veranstaltung zurückblicken, die nicht nur eine Ehrung der Person und der Verdienste ihres Präsidenten bedeutete, sondern auch nach außen hin eine repräsentative Demonstration des Kammergedankens darstellte, wie sie in gleicher Höhe seit Gründung der Ärztekammer noch nicht in der Öffentlichkeit veranstaltet worden war.

Die reibungslose Durchführung des wohlgegangenen Festes ist dem Organisationstalent des Vizepräsidenten Dr. Hense zu verdanken, der trotz erschwerender Umstände in hingebender Arbeit die Vorbereitungen geleitet hatte.

Wa.

Ausbildung des Arztes, Weiterbildung des Arztes zum Facharzt

Von Senator Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Auf Grund des für alle Ärzte in Bayern rechtswirksamen, vom Bayer. Landtag beschlossenen und nach Anhörung des Bayer. Senats unter dem 4. 10. 1950 bekanntgegebenen Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens — Ausübung des ärztlichen, zahnärztlichen, tierärztlichen und dentistischen Berufes — ist die Aufnahme einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit dem Medizinstudierenden nach Ablegung des Staatsexamens erst nach einer anschließenden 2jährigen praktischen medizinisch-ärztlichen Tätigkeit in nicht selbständiger Stellung erlaubt. Der Medizinstudent erhält auch in Bayern nach dem mit Erfolg beendeten theoretischen Studium die ärztliche Approbation und nach Ableistung einer 15monatigen Praktikantenzeit die ministerielle Bestätigung der Erfüllung der grundsätzlichen Vorbedingungen zur Ausübung des ärztlichen Berufes. Er muß sich jedoch noch einer weiteren praktischen Ausbildung für die Dauer von 9 Monaten in nicht selbständiger Stellung unterziehen, bevor er das Recht erhält, als freiberuflicher Arzt tätig zu sein.

Diese erweiterte Ausbildung zum Arzt wurde vom Gesetzgeber für die Ärzte in Bayern in der Erkenntnis vorgeschrieben, daß eine 2jährige praktische Ausbildung des Mediziners zum Arzt nach Beendigung des Universitätsstudiums zur Sicherung der Volksgesundheit notwendig ist. Die für die Ärzte in Bayern gesetzlich verbindliche Vorschrift ist nicht etwa auf die Überfülle von Ärzten zurückzuführen. Dies wurde in den Beratungen des Bayer. Landtags und des Bayer. Senats über das vorgenannte Abänderungsgesetz des unter dem 19. 1. 1949 bekanntgegebenen Gesetzes zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens besonders hervorgehoben.

Das frühere Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens sah eine 3jährige praktische Ausbildung vor. Diese längere Vorbereitungszeit zur freien ärztlichen Berufsausübung war zwar auch in erster Linie in der unbedingt notwendigen, das theoretische Universitätsstudium ergänzenden praktischen Ausbildung zum Arzt begründet, jedoch außerdem in der besonders starken Überschwehung des Landes Bayern mit Ärzten nach dem Zusammenbruch des Jahres 1945. Die Herabsetzung der 3jährigen Ausbildung auf eine 2jährige geschah mit Rücksicht auf den allmählich eingetretenen Ausgleich der Folgen des Hitlerregimes und der Kriegsnotwendigkeiten.

Die nunmehr gesetzlich festgelegte 2jährige praktische Ausbildung des Medizinstudierenden zum freiberuflich tätigen Arzt steht außer jedem Zusammenhang mit dem den Bedarf der Bevölkerung übersteigenden Angebot ärztlicher Kräfte. Sie dient lediglich den unbedingten Erfordernissen einer vollwertigen Ausbildung des Arztes, wie sie auch die im Zusammenwirken mit den Medizinalreferenten der zuständigen Ministerien der Länder, den Vertretern der medizinischen Fakultäten und der westdeutschen Ärzteschaft vorbereitete Neuordnung des

Medizinstudiums im Gebiete der Deutschen Bundesrepublik vorsieht.

Der Mediziner befindet sich daher nach Ableistung der medizinischen Staatsprüfung in Bayern noch 2 Jahre lang in der Ausbildung zum Arzt. Seine Verwendung und die von ihm dabei zu verrichtenden medizinischen Arbeiten haben demzufolge unter dem Gesichtspunkt seiner Ausbildung zum freien Arztberuf zu erfolgen. Nach Beendigung der 2jährigen praktischen Ausbildung obliegen dem dann zur freiberuflichen, selbständigen, vollverantwortlichen Krankenbehandlung berechtigten Arzt einerseits alle mit der Ausübung des ärztlichen Berufes verbundenen Pflichten. Andererseits stehen ihm bei der ärztlichen Berufsausübung auch alle einem voll ausgebildeten Arzt gebührenden Rechte zu. Erfolgt seine Berufstätigkeit auch weiterhin in nicht selbständiger Stellung, so hat die Entlohnung seiner Tätigkeit zumindest nach den Sätzen der TOA. III zu erfolgen, d. h. nach den für eine Beschäftigung von Vollakademikern vorgesehenen Mindestsätzen.

Die Erteilung der Approbation als Arzt und die Prüfung seiner Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung ist Angelegenheit der zuständigen Staatsbehörden. Ohne deren unmittelbare Mitwirkung geschieht die Anerkennung und Beurkundung der Facharztgesellschaft auf Grund einer vom Staatsministerium des Innern genehmigten Facharztordnung durch die ärztliche Berufsvertretung, in Bayern durch die im Bayer. Ärztegesetz vom 25. Mal 1946 verankerte Bayer. Landesärztekammer. In der Facharztordnung sind u. a. die zugelassenen Facharztbezeichnungen aufgeführt und die für die Erlangung einer Facharztanerkennung zu erfüllenden Voraussetzungen festgesetzt. Letztere bestehen im wesentlichen in einer je nach Art des Fachgebietes mehr oder weniger lang bemessenen Zeit einer Weiterbildung des bereits voll ausgebildeten Arztes. Diese hat unter der Leitung von Fachärzten des betreffenden Faches in besonders dazu bestimmten Anstalten zu erfolgen.

Anlaß zu der Entwicklung einer Facharztordnung gab der erst in der Zeit nach dem ersten Weltkrieg notwendig gewordene Schutz der Allgemeinheit vor den Folgen unberechtigter, nicht auf ein vom Hilfesuchenden als selbstverständlich vorausgesetztes vertieftes Wissen, verbunden mit einer entsprechenden Erfahrung auf dem betreffenden Spezialgebiet der Medizin gestützter Bezeichnungen als Facharzt. Die ärztliche Berufsvertretung selbst fühlte sich zur Abwehr der den Kranken durch eine solche mißbräuchliche Verwendung des Facharztstitels drohenden Gefahren verpflichtet. Sie entwickelte allmählich die jetzt staatlich anerkannte Facharztordnung. Deren praktische Anwendung blieb ihr darin überlassen.

Die für die urkundlich von der zuständigen Landesärztekammer zu bestätigende, den gesetzlichen Vorschriften entsprechende Weiterbildung zum Facharzt hat mit der Ausbildung zum Arzt an sich gar nichts zu tun. Sie

Bei
RHEUMA

Thermulsion

MEISSNER & CO.
Chem. pharm. Präp.
Bayr. Gmain

hat eine abgeschlossene ärztliche Ausbildung überhaupt zur Voraussetzung. Obwohl auch die fachärztliche Weiterbildung in Krankenanstalten erfolgt und die betreffenden Ärzte ebenfalls in nicht selbständiger Stellung tätig sind, befinden sich diese dennoch keineswegs in der Ausbildung zum Arzt. Ihre ärztliche Arbeit während ihrer Weiterbildung zum Facharzt ist daher wie die jedes anderen vollausgebildeten Arztes zu bezahlen, somit nach den Bedingungen der TOA. III. Einem anerkannten Facharzt, der in einem Krankenhaus in einer Stellung beschäftigt wird, die eine Facharztbeigenschaft des Inhabers erfordert, steht eine Entlohnung seiner Arbeit mindestens nach den Vorschriften der TOA. II zu.

Den grundsätzlichen Unterschied zwischen der Ausbildung des Arztes zur Aufnahme einer selbständigen Berufsausübung und der Weiterbildung des vollausgebildeten Arztes zum Facharzt herauszustellen, erschien geboten, um der irrigen Anschauung gebührend zu begegnen, daß es sich in beiden Fällen um noch in der Ausbildung stehende Ärzte handle. Die daraus abgeleitete Folgerung, daß auch die Arbeit der in der Weiterbildung zum Facharzt stehenden Ärzte nicht nach den für die Beschäftigung von Vorkadern geltenden Bestimmungen zu entlohnen sei, mußte als verfehlt und verwerflich gekennzeichnet werden.

Der Facharzt für Anaesthesie — zu weit getriebene Spezialisierung?

Von Dr. L. Zörn*)

Auf Veranlassung des Herrn Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Senators Dr. Weiler, ist nachfolgendes Referat über ein aktuelles Problem entstanden. Wir begrüßen es dankbar, auf diese Weise einem größeren Kollegenkreis eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand des Narkosewesens im westdeutschen Bundesgebiet geben zu können.

Die neueren Erkenntnisse und Verfahren der Anaesthesie haben in den letzten Jahren nicht unwesentlich zur Neugestaltung der operativen Heilkunde beigetragen. Die große Chirurgie, insbesondere die in so überraschend schneller Entwicklung begriffene Thoraxchirurgie, verdankt ihre früher nicht zu erreichenden und noch vor wenigen Jahren kaum erhofften Erfolge in einem außerordentlichen Maße den neuen Betäubungsverfahren. Dabei wurden die größten Fortschritte auf dem Gebiet des Narkosewesens zweifellos in den angelsächsischen Ländern gemacht, wo es seit mehr als einem halben Jahrhundert Narkosefachärzte gibt. Wohl haben sich auch in Europa immer wieder einzelne Chirurgen um die Verbesserung der Narkosemethoden bemüht — die Entwicklung blieb jedoch in der breiten Masse unserer chirurgischen Krankenanstalten an einer Stelle stehen, die schon vor vielen Jahrzehnten erreicht war. Man begnügte sich, Studenten, junge Voiontärzte und vor allem Schwestern mit der Durchführung der einfachsten Form der Narkose mittels Äthertropf zu betrauen. Nichtärztliches oder unerfahrenes ärztliches Personal führte und führt noch die Narkose aus, einen Eingriff, von dem wir heute wissen, daß er in vielen Fällen mehr Einfluß auf den kranken Organismus ausübt als das eigentliche operative Trauma.

Es war das große Verdienst englischer und amerikanischer Anaesthesiologen, die richtige Koordination zwischen der theoretischen Grundlagenforschung von Physiologen und Pharmakologen und der Praxis hergestellt zu haben. Sie erkannten schon vor über 30 Jahren die Notwendigkeit, das Narkosewesen von Grund auf zu verbessern und schufen aus der Verbindung theoretischer Erkenntnisse und klinischer Erfahrungen die moderne Anaesthesie.

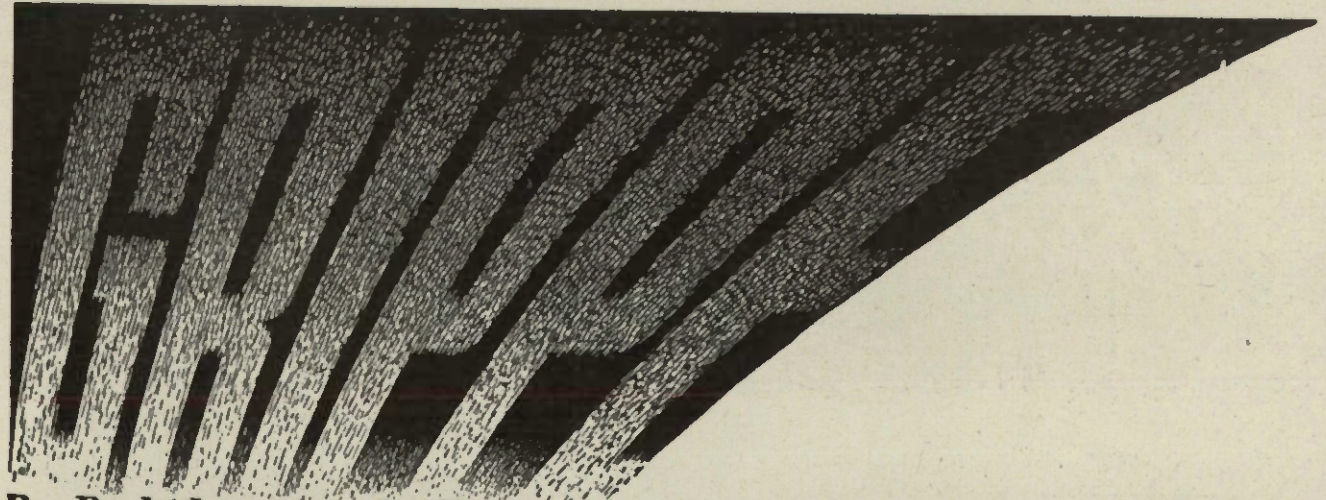
Es lohnt sich in diesem Zusammenhang, die Erinnerung fünf Jahre zurückzulenken. Etwa 1947 wurden uns wieder ausländische Fachzeitschriften zugänglich, die Einblick in die Arbeit der Kliniken vor allem in Übersee gaben. Staunend und mit einem guten Maß Ungläubigkeit lasen wir die Erfolgsstatistiken von Hunderten und Aberhunderten einseitiger Lungenflügel- oder Lungenlappenexstirpationen, von Operationen angeborener oder erworbener Gefäßanomalien und Herzfehler, von kühnen Gefäßanastomosen bei der Aorten-Isthmusstenose, der operativen Behandlung des offenen Ductus Botalli und gewisser Formen therapieresistenter cavernöser Lungentuberkulose. Immer waren es die großen Zahlen, die uns erstaunten. Es gab wohl zu dieser Zeit einige wenige Kliniken, die sich auch bei uns mit großen Intrathorakalen Eingriffen befaßten — und vor allem die Schüler Sauerbruchs —, doch die Anzahl der Fälle war verhältnismäßig gering, und die Erfolge waren nicht immer ermutigend. Aus den ausländischen Berichten ging hervor, daß neben dem Gebrauch von Antibiotica (Peni-

cillin usw.) und reichlichem Blutersatz (Blutbank) vor allem neuartige Betäubungsverfahren, ausgeführt von Fachärzten für Anaesthesie, maßgeblich zum Gesamterfolg beigetragen hatten. Ein Facharzt für Anaesthesie — nun, dies schien uns allen damals in einer Zeit, als das Narkotisieren noch als eine Tätigkeit für Anfänger galt, einer der überflüssigsten Seitenwege falschgelenkter Spezialisierung zu sein. Wenn diese neuen Verfahren für eine Schwester zu schwierig sein sollten, so konnte sie doch sicher ein chirurgischer Assistent ausführen. In der Abiehnung, den Angelsachsen wie auch den nordischen Ländern und Frankreich in der Anerkennung des „Facharztes für Anaesthesie“ zu folgen, war man sich einig.

Heute, kaum fünf Jahre später, werden auch bei uns 300–400 Herz- und Lungenoperationen jährlich an einer Klinik vorgenommen, die Ergebnisse stehen hinter den ausländischen nicht zurück, der Vorsprung scheint aufgeholt. Auf die Frage, wie dies ermöglicht wurde, gibt es eine einfache Antwort: Wir sind in das Ausland gegangen (England, Amerika, Schweden, Frankreich, Schweiz) und haben an dortigen Narkoseschulen gelernt. Teils konnten Chirurgen Stipendien für einen ihrer Assistenten erreichen, teils waren es Einzelunternehmungen junger Chirurgen unter oft erheblichen persönlichen materiellen Opfern. So verfügen wir heute im Bundesgebiet etwa über ein halbes Hundert ausgebildeter Narkoseärzte, die gleiche Anzahl steht, ebenfalls im Ausland oder auch bereits an den im Inland errichteten Anaesthesieabteilungen, in Ausbildung. Das wachsende Interesse aller Chirurgen wird gekennzeichnet durch Sondersitzungen für Fragen der Betäubung bei chirurgischen Kongressen und Ausbildungskursen chirurgischer Assistenten selbst kleinerer Krankenhäuser.

Ein Zweites hat sich allerdings ebenfalls mit aller Deutlichkeit gezeigt: Eine gelegentliche Ausführung dieser neuen Betäubungsmethoden durch chirurgische Assistenten neben der chirurgischen Betätigung ist nur mit Vorbehalt möglich. Die Verfahren, die in der Hand eines nicht ausreichend Geübten von ausgesprochener Gefährlichkeit sind, erfordern eine langjährige Erfahrung, die der Gelegenheitsnarkotiseur gar nicht erlangen kann. An den größeren Kliniken hat man dies rasch eingesehen und den oder die Anaesthesisten von der übrigen chirurgischen Tätigkeit und Stationsarbeit entbunden. Von kleineren Krankenhäusern werden aber noch laufend Assistenten geschickt, die in einigen Wochen Gastarzt-tätigkeit die Vorteile der neuen Methode auch für das Kreis Krankenhaus erschießen sollen. Demgegenüber muß mit aller Deutlichkeit gesagt werden, daß die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen nicht in „Schnellkursen“ erworben werden können. Wir haben dies als Übergangslösung versucht, die Berichte vieler Briefe solcher Assistenten und deren Chefarzten haben aber gezeigt, daß mangelnde Erfahrung zu Zwischenfällen führt, denen ein Gelegenheitsnarkotiseur nicht gewachsen ist. Er sieht an einer gut geleiteten Anaesthesieabteilung wenige Wochen lang alles meist komplikationslos ablaufen, lernt keine Zwischenfälle kennen und ist ihnen dann zu Hause ohne beratenden Beistand hilflos ausgeliefert. Komplikationen, nicht selten mit tödlichem Aus-

*) Leiter der Anaesthesieabteilung an der Chirurg. Univ.-Klinik München (Prof. Dr. E. K. Frey).



Des Praktikers erprobte Therapie bei Grippe und Erkältungskrankheiten

THOMASCO

DRAGÉES

Röhre mit 15 Dragées



Die neugeführten, dünndarmlöslichen Dragées sind auch bei Halsschmerzen leicht zu schlucken und belästigen den empfindlichen Magen des Fieberkranken nicht.

DR · KARL THOMAE GMBH · BIBERACH AN DER RISS

gegen **Rheuma**

DOLORGIET-flüssig, Kl.-P., ca. 50 g DM 1.15 o. U.

DOLORGIET-SALBE, Kl.-P., ca. 25 g DM 0.95 o. U.

und alle Krankheitsfälle, in denen Schmerzlinderung und Heilung durch einen intensiven Haut-Wärmereiz erreicht werden sollen. Stark wirkendes, jod-salicylhaltiges, leicht steuerbares Haut-Hyperaemicum in Salben- und flüssiger Form.

Dolorgiet

DOLORGIET  BAD GODESBERG



Laryngsan

JOHANN G. W. OPFERMANN u. SOHN
Bergisch-Gladbach

Ultra-Kurzwellen-
Therapie Apparat

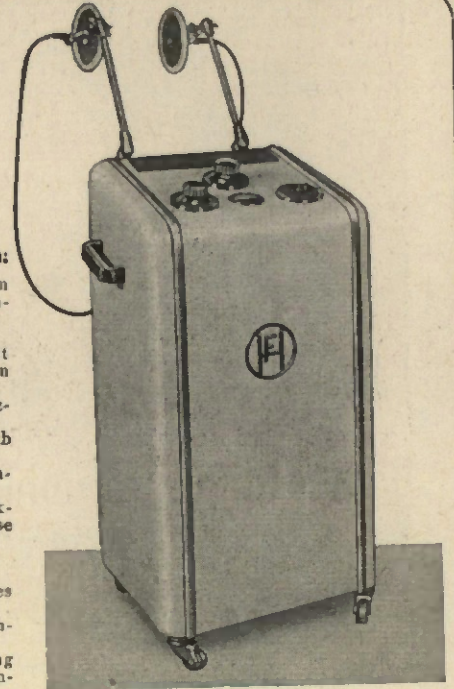
"Promulta 11"

Das Gerät bietet Ihnen:

1. Hohe Leistung von 400 Watt im Patientenkreis
2. Wirtschaftlichen 2-Röhrenbetrieb mit 2 UKW-Sendetrioden TB 2,5/500
3. Automatischen Netzspannungs-Gleichhalter innerhalb 50 Volt
4. eingebaute automatische Zeituhr
5. Neues geschmackvolles Metallgehäuse

Wir bieten Ihnen:

6. Rücknahme eines alten Apparates
7. Auf Wunsch Zahlungserleichterung
8. Ständige Betreuung durch unseren Kundendienst



Nach den Bestimmungen für Hochfrequenzgeräte unbeschränkt zugelassen.
Serienprüfnummer B 043/52

Röntgen- und elektromed. Apparate - Ärzte- und Krankenhausbefehl

Kurt Pfeiffer - Nürnberg

Marientorgraben 17 - Telefon 2 69 50

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungensräume

Meist genügen 10 Tropfen oder 1 Dragée

Vegomed

bei vegetativen Störungen

10 ccm DM 1.95 m. U. - 25 Dragées DM 1.90 m. U.

Die flüssige Form

erlaubt individuelle Dosierung und leichtes Einnehmen selbst bei empfindlichsten Patienten und Kindern



ARZNEIMITTELFABRIK HULS

Dr. Albin Hense

Haemorrhoiden,
Analfissuren und

-Ekzeme, Pruritus ani :

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.

Desinfizierend und adstringierend · Anaesthesierend und kühlend · Hämostyptisch

Rascher Wirkungseintritt - gute Rückbildung

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

gang (Hüglin hat im Gebiet der Schweiz in den letzten Jahren über 100 solcher Todesfälle festgestellt), sind das bittere Ergebnis. Deshalb hört man heute mit Recht überall die laute Warnung, daß die Anwendung von Curare oder blutdrucksenkenden Stoffen durch einen Nichtanaesthesisten nicht zu verantworten ist. Wer aber darf sich „Anaesthesist“ nennen, welche Möglichkeiten hat er, und wie ist den kleineren Krankenhäusern zu helfen?

Entsprechend den Verhältnissen in nun allen europäischen Ländern (selbst ein so kleines Land wie Jugoslawien hat Fachärzte für Anaesthetie, und Österreich hat als letztes westeuropäisches Land — außer der Bundesrepublik — im Sommer 1952 den Facharzt für Anaesthetie eingeführt) fordert die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Anaesthetie für ihre Mitglieder den Facharzt. Sie stützt sich hierbei auf die Vorschläge der Narkosekommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 25. 11. 1950, auf die Vorschläge des Deutschen Ärztetages 1951 und auf die immer wieder erhobenen Forderungen der führenden deutschen Chirurgen. Prof. Dr. E. K. Frey, der Vorsitzende der ersten Sondersitzung „Moderne Anaesthetie“ während des 69. Deutschen Chirurgenkongresses 1952, führte bei seiner Eröffnungsrede unter anderem folgendes aus: „Da es auch für andere Gebiete der Chirurgie gesonderte Fachärzte gibt, so für urologische Chirurgie, für Orthopädie, für Neurochirurgie — in München sogar für Kinderchirurgie —, ist angesichts der überragenden Bedeutung der modernen Narkoseverfahren kaum etwas dagegen einzuwenden, daß ein wirklicher Könnler auf seinem Gebiet, der die vorgeschriebene Ausbildung nachweisen kann, auch als Facharzt für Anaesthetie anerkannt wird.“

Als Ausbildungsgang sind von der Narkosekommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als auch von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Anaesthetie, die in diesem Frühjahr in eine Deutsche Gesellschaft für Anaesthesiologie umgewandelt wird, folgende Studienfächer nach Ableistung des Pflichtassistentenjahres festgelegt worden: Ein Jahr Chirurgie, ein Jahr innere Medizin, Physiologie oder Pharmakologie, zwei Jahre theoretische und praktische Tätigkeit an einer Anaesthesieabteilung oder unter einem Facharzt an einer chirurgischen Abteilung mit mindestens 3000 Operationen jährlich, einschließlich Thoraxchirurgie — insgesamt also vier Jahre. Nur für diesen Facharzt trifft die bisher so mißbrauchte Bezeichnung „Anaesthesist“ zu. In Abweichung von den Gegebenheiten in vielen anderen Ländern (Amerika, England, Schweden, Frankreich usw.), in denen die Anaesthesiologie zu einem eigenen Fachgebiet mit selbständiger Verantwortlichkeit erklärt wurde, soll in der Bundesrepublik die Unterstellung unter die chirurgische Verantwortlichkeit nicht geändert werden. Es besteht Übereinstimmung, daß innerhalb der Kliniken die Fachärzte für Anaesthetie den Charakter als Oberärzte erreichen sollen. Die Möglichkeit einer Niederlassung als Facharzt in freier Praxis ist von vornherein vorgesehen. Hier glauben wir die Entwicklung so zu sehen, daß auch auf dem Lande mehrere kleinere Krankenhäuser die Zusammenarbeit mit einem Narkosefacharzt in freier Vereinbarung erhalten können, wie dies in allen anderen Ländern üblich ist. Denn ein kleines Krankenhaus wird schon aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage sein, allein einen Facharzt für Anaesthetie anstellen zu können.

Die Zulassung von Privatdozenten für das Fach der allgemeinen und örtlichen Betäubung ist inzwischen an mehreren Universitäten erfolgt, nachdem die praktische Ausbildung besonderer Narkoseärzte an verschiedenen Kliniken bereits seit länger als vier Jahren im Gang ist.

Vorlesungen über allgemeine und örtliche Betäubung sollen tunlich von einem Fachdozenten gehalten werden.

Prof. Derra schrieb als Mitglied der Narkosekommission über den Narkosefacharzt:

„Die Besonderheit seiner Stellung verlangt aber, soll der Beruf erstrebenswert sein, eine weitergehende Regelung, die ihn der satzungsmäßigen Bindung der nichtselbständigen Stellung in wichtiger Beziehung enthebt. Während der Urologe, Neurochirurg, Röntgenologe usw., die an großen Kliniken unter dem Klinikleiter ebenfalls

als Abteilungsärzte zu fungieren pflegen, meist nach einer Reihe von Jahren der Betätigung an einem Krankenhaus sich außerhalb desselben ihre Lebensposition verschaffen, soll der Chefanaesthesist, der an sich der chirurgischen Klinik angehört, aber für das gesamte Narkosewesen eines Klinikverbandes verantwortlich sein soll, im Interesse des Krankenhauses oder des Krankenhauskomplexes ihm auf die Dauer erhalten bleiben. Das setzt die Realität einer ausreichenden wirtschaftlichen Sicherung voraus. Nüchtern formuliert muß er, um seine Leistung wirtschaftlich zu untermauern, neben seinem Gehalt oder einer diesem entsprechenden Abgeltung das Liquidationsrecht erhalten aus der Privatpraxis im Gefüge des Krankenhauses und aus konsiliarer Tätigkeit außerhalb desselben. Diese Konzession verlangt für diesen Sonderfall eine Abänderung der derzeit gültigen Ministerialverordnung über die Nebeneinnahmen von Assistenten, die in analoger oder ähnlicher Weise für alle Krankenhäuser gilt. Es muß aber auch die Alters- und Hinterbliebenenversorgung garantiert sein durch einen besonderen Anstellungsvertrag, durch Verleihung einer Diätendozentur oder eines planmäßigen Extraordinariates. Ohne diese Fundierung wird sich begreiflicherweise keine begabte und strebsame Kraft finden, die die Aufgabe des Anaesthesisten übernimmt, in der Art, wie sie die Narkosekommission als am ersprießlichsten betrachtet.“

Man könnte vom rein formalen Standpunkt gegen die Schaffung eines Facharztes für Anaesthetie zwei Einwände vorbringen: Einmal, daß die Facharztordnung, die ja ausschließlich zum Schutze des Publikums geschaffen wurde, den Narkosearzt gar nicht betreffe, da er durch die Eigenart seiner Tätigkeit außerhalb der üblichen Ordinationstätigkeit stehe. Eine Garantie für den Kranken durch Führung eines Facharztstitels sei deshalb entbehrlich. Zum anderen, daß die Tätigkeit des Narkosearztes sich hauptsächlich auf die Therapie erstreckt, die Diagnostik aber fehle und damit ein wichtiges Gebiet eines für einen Facharzt unerläßlichen allgemeinärztlichen Handelns fehle. Hierzu muß festgestellt werden, daß die Garantie, die der Facharzttitel ganz allgemein gibt, in diesem Falle ebenso den Kranken betrifft wie den Chirurgen. Auch für diesen ist es von Wichtigkeit, ob der sich ihm anbietende Narkosearzt Facharzt ist, oder ob es sich um einen Gelegenheitsnarkotiseur mit rasch angeeigneten, aber ungenügenden Kenntnissen handelt. Umgekehrt ist aber auch ein Schutz des ausgebildeten Narkosearztes durch eine Facharztanerkennung dem Krankenhauskostenträger gegenüber unerläßlich. Der zweite Einwand ist noch leichter zu entkräften: Es handelt sich bei diesem zukünftigen Facharzt nicht um einen einseitigen Techniker, dessen Aufgabe sich in der Durchführung der Betäubung erschöpft. Abgesehen davon, daß er dank seiner Ausbildung und der fortlaufenden, aus der täglichen Praxis heraus immer aufs neue erwachsenden Beschäftigung mit den Problemen des Kreislaufes über besondere Kenntnisse in der inneren Medizin verfügen sollte und so der „Internist am Operationstisch“ ist, hat er auch beratende Funktion bei der Indikationsstellung zur Operation sowie in der Vor- und Nachbehandlung. Sein Urteil bei der praeoperativen Untersuchung, vor allem der Kreislauf- und Lungenfunktion, ist neben der chirurgischen Diagnose bestimmend für die Durchführung, Ablehnung oder Aufschiebung der Operation. Damit fallen ihm auch wesentliche diagnostische Aufgaben zu. Daneben wird ihm die Verantwortung über die postoperative Nachbehandlung der ersten 24 Stunden übertragen, in späteren, gemeinsam mit dem Chirurgen unternommenen Visiten der weitere Heilverlauf überwacht. Bei postoperativen Komplikationen, vor allem solchen der Lunge (Atelektasen) und des Kreislaufes, verzichtet man nicht auf seine fachkundige Mitarbeit. Die Entwicklung an den größeren Kliniken im Bundesgebiet zeigt heute, daß sich die Tätigkeit des Narkosearztes immer weiter ausdehnt. Röntgenologen und Laryngologen nehmen ihn heute als Mitarbeiter bei Bronchographien und Bronchoskopien, Psychiater bei Durchführung des Elektroschockes und der Behandlung von Schlafmittelvergiftungen, Chirurgen bei der Behandlung des Wundstarrkrampfes in Anspruch. Urologen, Gynäkologen und Kieferchirurgen betonen den Vorteil, der durch diese Zusammenarbeit für den Kranken erwächst.

Die Notwendigkeit eines Fachanaesthesisten besteht dabei nicht nur an großen Kliniken. Man darf nicht verallgemeinernd sagen, daß die kleine und mittlere Chirurgie, die an vielen Häusern das Hauptkontingent ausmacht, keine besonderen anaesthesiologischen Schwierigkeiten mit sich bringt. In der Regel stimmt das. Jedoch gibt es wohl eine kleine Chirurgie, aber keine kleine Anaesthesie. Ein intraabdomineller Eingriff bei einem Diabetiker, eine Ileusoperation bei dekompensierter Herzinsuffizienz kann mehr anaesthesiologische Problematik bieten, als eine Herzoperation. Auch gibt es immer Zwischenfälle durch Verlegung der Luftwege (z. B. Aspiration) oder Kreislaufkollaps, die der Fachanaesthesist mit mehr Aussicht auf Erfolg als jeder andere behandeln kann. Das Verdienst der „zuverlässigen Schwester, die seit 20 Jahren zur besten Zufriedenheit die Narkose macht“, soll nicht geschmälert werden. Sie führt mit viel Geschick und Gefühl das aus, was man ihr gezeigt hat. Ich habe selbst mit einer solchen Narkoseschwester während drei Jahren an einem kleineren Krankenhaus zur damaligen außerordentlichen Zufriedenheit gearbeitet. Heute allerdings weiß ich, daß viele Zwischenfälle und zwei Todesfälle nicht schicksalhaft bedingt waren, sondern zu einem großen Teil auf fehlerhafte Durchführung der Narkose, ungenügende Erkennung und unzulängliche Behandlung von immer möglichen Zwischenfällen zurückzuführen waren. Wo ein schulmäßiges physiologisches Denken fehlt, kann man nicht mehr erwarten. Der Satz von der „zuverlässigen Narkoseschwester, die einen Anaesthesisten bestens ersetzt“, wird allerdings

erst dann verstummen, wenn wir über eine genügende Anzahl von Fachärzten für Anaesthesie verfügen. Die oft von chirurgischer Seite geäußerte Ansicht, wer einmal mit einem Fach-Anaesthesisten operiert habe, wolle diese Zusammenarbeit nicht mehr missen, bestätigt die guten Fortschritte, die bisher durch die Aufgeschlossenheit der Chirurgen und das Bemühen der Anaesthesisten erreicht werden konnte. Welche Einwände man auch gegen die immer mehr um sich greifende Spezialisierung vorbringen mag — auf dem Gebiet der Anaesthesie hat sie in wenigen Jahren große Verbesserungen zum Nutzen der Kranken erzielt.

Es ist für deutsche Begriffe Neuland, das der Narkosefacharzt betritt. Aber wir sind fest überzeugt, daß das Fach Anaesthesie auch in Deutschland sich durchsetzen wird. Es ist in anderen — auch viel kleineren — Ländern, die ebenfalls zum Teil unter einer wirtschaftlichen Depression leiden, lebensfähig, ja für viele operative Eingriffe unbedingte Voraussetzung. Auch bei uns gibt es bereits einen guten Grundstock geschulter Kräfte, das Interesse ist vorhanden, die Notwendigkeit, verbesserte Anaesthesie zu betreiben, ist gegeben. Alles weitere ist eine Frage der Organisation. Man müßte nur den Kollegen, die sich für die Anaesthesie spezialisieren und gute Arbeit auf diesem Gebiet zu leisten gewillt sind, auch die Plätze einräumen, die ihnen zustehen, wie dies ja auch in anderen Ländern der Fall ist. Nur so können wir hoffen, selbst eigene Fortschritte zu machen, zum Nutzen unserer Kranken, die Anspruch auf bestmögliche Behandlung haben.

Zu dem Entwurf des Gesetzes über das Kassenarztrecht

äußert sich der Leiter der Kassenärztlichen Vereinigung Saar, Dr. Schmelz, im „Saarländischen Ärzteblatt“ (1953, Nr. 1) u. a. in folgender Weise:

Wir müssen uns bewußt sein, daß ein neues Kassenarztrecht auf der Grundlage der in der Bundesrepublik wie auch im Saarland geltenden Reichsversicherungsordnung allgemeine Rückwirkungen hat, so daß auch wir genötigt sind, zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Wir sind der Meinung, daß bei der internationalen Verflechtung der sozialen Probleme, insbesondere des Schutzes gegen Krankheit, auch die gesamte Ärzteschaft dem geplanten neuen Kassenarztrecht ihre Aufmerksamkeit zuwenden sollte. Es handelt sich dabei ja nicht nur ausschließlich um eine standespolitische Angelegenheit der Ärzteschaft, sondern weit mehr noch darum, welche Auswirkungen sich für die sozialversicherten Patienten ergeben. Wenn wir bisher mit unserer Meinung zurückgehalten haben, so geschah es deshalb, weil es zunächst abzuwarten galt, wie sich die davon unmittelbar und am stärksten Betroffenen, nämlich die westdeutschen Ärzte, zu dem mit der Veröffentlichung des Gesetzentwurfs aufgeworfenen Fragenkreis stellen würden.

Diese Probleme sind uns nicht neu. Den saarländischen Ärzten ist bereits vor Jahr und Tag der amtliche „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen den Ärzten, Zahnärzten, Dentisten und den Krankenversicherungsträgern“ durch das für uns zuständige Ministerium für Arbeit und Wohlfahrt zur Stellungnahme vorgelegt worden. Wenn wir diesen für das Saarland vorgesehenen Gesetzentwurf eines neuen Kassenarztrechts mit dem in der Bundesrepublik veröffentlichten vergleichen, so ergibt sich daraus eine weitgehende Übereinstimmung in der Konzeption. Der saarländische Gesetzentwurf weicht nur insoweit von dem westdeutschen ab, als den besonderen Verhältnissen des Saarlandes Rechnung getragen wird, also der Tatsache, daß im Saarland eine Einheitsversicherung besteht, und der Tatsache, daß im kleinen saarländischen Raum eine einzige Kassenärztliche Vereinigung für sämtliche saarländischen Kassenärzte besteht. Auch fehlerfreulicherweise in dem saarländischen Entwurf der Krankenhaushalter als anonymen Kassenarzt. Beide Entwürfe stimmen darin überein, daß sie die sogenannte gemeinsame Selbstverwaltung wie auch eine in einem Zwangsschiedsgerichtsverfahren „gipfelnde“ Vertragshilfe zum Gegenstand haben.

Als bald nach der Vorlage des saarländischen Entwurfs eines neuen Kassenarztrechts haben sich die saarländischen Standesorganisationen eingehend mit diesem Entwurf befaßt. So wie in der Bundesrepublik ist auch seinerzeit in den Beratungen der saarländischen Standesorganisationen die Frage der Zwangsschiedsgerichtsbarkeit als der zentrale Punkt angesehen worden, an dem die Kritik einsetzte, jedoch nicht etwa in dem Sinne, daß es sich dabei um ein isoliertes Problem handelte. Vielmehr wurde in der Kritik festgestellt, daß die Zwangsschiedsgerichtsbarkeit der Kulminationspunkt ist, in dem sich der Zwang der gemeinsamen Selbstverwaltung am deutlichsten zu erkennen gibt. Deshalb erscheint es angebracht, in unserer Betrachtung auch von diesem Punkt auszugehen.

So wie in den §§ 368 g und h des westdeutschen Gesetzentwurfes ist in den §§ 16 und 17 des saarländischen Entwurfes das Vertragswesen geregelt. Grundsätzlich soll also die kassenärztliche Versorgung durch Verträge zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Sozialversicherungsträger gesichert werden. Im Gegensatz zu dem saarländischen Entwurf enthält der westdeutsche Entwurf Richtlinien für den Inhalt der Verträge, die wir nicht als einen Gewinn für den Kassenarzt ansehen können, auch wenn nach dieser Bestimmung eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen vorgeschrieben ist. Die Angemessenheit ist nämlich gebunden, gebunden an die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen, so daß nicht die Angemessenheit auf Wert und Umfang der ärztlichen Leistungen abgestellt, sondern auf die wirtschaftliche Lage der Kassen ausgerichtet ist. Das ist nun freilich ein Maßstab, der sehr variabel, seitens der Kassenärzte kaum objektiv feststellbar und dagegen höchst einseitig und subjektiv deutbar ist. Der Versicherungsträger mißt mit seinem eigenen Maß, nicht mit dem Maß, das im übrigen für das Arbeitsrecht gilt und sich auf die Leistungen gründet. Es wäre etwa so, wie wenn in einem Tarifvertrag die Höhe des Stunden- oder Leistungslohnes von der wirtschaftlichen Lage des Unternehmens abhängig gemacht würde, nicht aber von der durch die Arbeiterschaft erbrachten Leistung. Man wird sich nicht immer über die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen einig sein und darüber streiten können. Hätte man die staatliche Gebührenordnung, die Mindestsätze enthält, zur Grundlage

genommen, so wäre damit jeder Streit ausgeschaltet. Sinn und Zweck einer Mindestgebührenordnung ist der, die unterste Grenze einer angemessenen Vergütung festzusetzen.

Die in dem saarländischen Entwurf vorgesehene „Vertragshilfe“ ist ebenso fragwürdig wie die des westdeutschen Entwurfs. So wie in § 368 g Abs. 7 des westdeutschen Entwurfs bestimmt § 17 des saarländischen Entwurfs, daß das Schiedsamt den Inhalt eines neuen Vertrages festzusetzen habe, falls ein Gesamtvertrag nicht rechtzeitig, also vor Ablauf des gekündigten Vertrages, zustande komme.

Wir haben immer wieder darauf hingewiesen, daß der Abschluß eines Vertrages, der von zwei Parteien angestrebt wird, über dessen Inhalt aber keine Einigkeit erzielt wird, nicht dadurch erzwungen werden kann, daß ein Dritter von sich aus den Inhalt des Vertrages bestimmt. Man mag auch einer solchen „Festsetzung“ den Namen und die äußere Gestalt eines Vertrages geben, so ist es doch keineswegs ein Vertrag, weil ein Vertrag ohne Einigung der Vertragspartei ein Widerspruch in sich ist. Man verträgt sich nur, indem man sich einigt. Einigt man sich nicht, so hat man sich auch nicht vertragen. Wenn ein Vertrag durch das Gebot eines Dritten ersetzt werden soll, so kann dieses Gebot nur dann bindende Wirkung haben, wenn wir darin einen obrigkeitlichen Befehl sehen. Eine Regelung zwischen zwei Parteien, die auch nach der von dem Gesetzgeber vertretenen Meinung im Wege des Vertragsschlusses erfolgen sollte, schließlich aber durch obrigkeitlichen Befehl erzwungen wird, ist immer eine schlechte Regelung; der Befehl trägt den Zwang in sich. Zwang und Einigung schließen einander aus. Die Einigung ist sowohl in funktionaler Beziehung als auch in sittlicher Hinsicht von weit höherem Wert.

... Gegen ein Schlichtungswesen ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Wenn sich zwei Vertragspartei, die aufeinander angewiesen sind und noch dazu einen so hohen Zweck wie die kassenärztliche Versorgung zu erfüllen haben, über den Inhalt des von beiden Teilen gewollten Vertrages nicht einigen, so kann es nur willkommen sein, wenn sich ein Schlichter findet, der einen Ausgleich zwischen den bestehenden Interessengegensätzen herstellt. Wir sind allerdings der Meinung, daß eine solche Schlichtung nicht durch gesetzlich geschaffene Instanzen versucht werden sollte. Man kann vertraglich ein solches Schlichtungswesen vorsehen, man kann aber auch, und das scheint uns besser, aus der jeweils gegebenen Lage heraus nach einem Schlichter Ausschau halten, der für die schwierige Aufgabe besonders qualifiziert ist. Dabei wird es sich meist nicht um die Frage der Instanz, sondern der Persönlichkeit handeln, und da Persönlichkeit, Amt und Instanz nicht eine Einheit sind, wäre es wohl besser, je nach den Umständen den Parteien die Wahl des Schlichters zu überlassen. Allenfalls kann eine hohe Behörde um dessen Nominierung gebeten werden. Aber, wie gesagt, mit einem instanzmäßig geregelt-

ten Schlichtungswesen kann man sich abfinden, jedoch nur dann, wenn diese Schlichtung nicht in einem Zwangsschiedsspruch endet. Auch Schlichtung und Zwang schließen sich aus; denn wer zwingt, schlichtet nicht. Endet das Schlichtungswesen in einer Festsetzung, in einem Gebot, einem Befehl, dann ist auch die Schlichtung gescheitert. Man soll nicht einwenden, daß die Schlichtung keinen Sinn und Zweck habe, wenn nicht schließlich ein gordischer Knoten durchhauen werden kann. Es gibt kaum einen Knoten, der nicht zu lösen wäre und zerhauen werden müßte. Das ist eine Frage der Geschicklichkeit. Die Schlichtung hat schon ihren Wert, gleichgültig, ob sie durch gesetzliche Instanzen oder einen frei gewählten Schlichter versucht wird. Die Schlichtung wird mit einem Vorschlag enden, und von diesem Vorschlag geht ein sehr starker moralischer Druck aus. Die Parteien werden sich gründlich überlegen müssen, ob sie einen solchen nach sorgfältiger Prüfung ergangenen Vorschlag ablehnen können. Der Vorschlag bedeutet die Aufforderung zu einem Vergleich. Ein Vergleich hat zur Voraussetzung, daß beide Teile etwas von dem, was sie fordern, ablassen, oder von dem, was sie gewähren wollen, etwas zulegen. Eine Weigerung wird nur dann — besonders wenn es sich um öffentliche Angelegenheiten handelt und damit auch das öffentliche Interesse aufgerufen ist — gebilligt werden können, wenn die in dem Vergleichsvorschlag enthaltene Zumutung nicht tragbar ist. Dann aber wäre der Vergleichsvorschlag schlecht und der Schlichter hätte versagt. Man wird nach allen Erfahrungen davon ausgehen dürfen, daß der moralische Druck eines Vergleichsvorschlags genügt, die Parteien zu einem echten Vertragsschluß zu führen, denn das Motiv eines Vertragsschlusses ist ja doch meist die Anerkennung einer Notwendigkeit.

Es bedarf aber nach unserer Meinung keines Zwangsschiedsspruches, der schon des innewohnenden Zwanges wegen Widerspruch, Unwillen und demnach eine der Vertragserfüllung abträgliche Gesinnung auslöst. Der Schlichter wird erfahrungsgemäß die biderseitige Interessenlage prüfen und in subtiler Abwägung der widersprechenden Interessen eine Regelung, einen Vorschlag, ausarbeiten, um den von ihm wie von den Parteien erstrebten Erfolg herbeizuführen. Der Zwangsschlichter dagegen ist in der Lage eines Richters, der zu entscheiden hat, ohne auf die Billigung der Parteien Rücksicht zu nehmen. Die Entscheidung erlangt zwingende Kraft und ersetzt damit die Billigung.

Schließlich muß mit besonderer Betonung hervorgehoben werden, daß der Zwangsschiedsspruch von den Gewerkschaften mit aller Entschiedenheit als Hilfsmittel zur Überwindung arbeitsrechtlicher Streitigkeiten abgelehnt wird. Wenn auch der Kassenarzt nicht Arbeitnehmer im arbeitsrechtlichen Sinn ist, so besteht doch eine unbestreitbare soziale Abhängigkeit der Kassenärzte von dem Sozialversicherungsträger, besonders dort, wo die Einheitsversicherung gilt und nur noch ein verschwindend kleiner Sektor für privatärztliche Behandlung verbleibt. Auch

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

das neue Kassenarztrecht ist Arbeitsrecht. Es wäre aber das einzige Gebiet des Arbeitsrechts, für das eine Zwangsschiedsgerichtsbarkeit bestünde. Warum aber soll man für den Arzt ein Ausnahmerecht schaffen? Ist das Verantwortungsbewußtsein des Arztes geringer als das der Arbeitnehmer? Oder ist es so, daß das neue Kassenarztrecht einen Teil des sozialen Lebens regelt, das in einem besonders hohen Maße schutzbedürftig ist? Nur die letzte Frage können wir bejahen. Demgegenüber aber stellen wir fest, daß das Schutzbedürfnis des kranken Menschen die in den Gesetzentwürfen vorgesehene Ausnahmeregelung in keiner Weise rechtfertigt. Anders wie der Arbeitnehmer erhebt der Arzt niemals den Anspruch, seine Forderung im Wege eines Streikes durchzusetzen. Er wird niemals den Kranken ohne Hilfe lassen, weil ihm sein Honorar ungenügend erscheint. Viel stärker als durch alle bestehenden oder erdenklichen gesetzlichen Zwangsmaßnahmen ist der Arzt durch sein Gewissen gebunden, das ihm zur Pflicht macht, unabhängig von der Frage nach dem Entgelt zu heilen und zu helfen. Eine solche Bindung besteht unseres Wissens außer für die Geistlichkeit für keinen anderen Berufsstand. Schon darin liegt eine so große Garantie, daß es keiner zusätzlichen Regelung bedarf. In einem vertragslosen Zustand — das beweist das Beispiel Berlins — als der äußersten Zuspitzung einer Auseinandersetzung zwischen Kassenarzt und Sozialversicherungsträger bleibt kein Patient ohne Hilfe. Die ärztliche Versorgung geht weiter. Der vertragslose Zustand ist gesetzlich normiert. Es bestehen also auch weiterhin im vertragslosen Zustand Rechtsbeziehungen, Bindungen gegenüber dem Sozialversicherungsträger. In einem Streik, etwa in einem Streik der Bergleute, der Eisenbahnbetriebe, der Elektrizitätswerke leidet die Gesamtheit, leiden die Gesunden mit den Kranken. In einem vertragslosen Zustand der Kassenärzte jedoch leidet niemand, erleiden vor allen Dingen die Kranken keine Nachteile. Wie also soll dieses Ausnahmerecht für die Kassenärzte gerechtfertigt werden?

Aus der gesetzlich vorgesehenen Zwangsschiedsgerichtsbarkeit spricht ein Mißtrauen, das gänzlich unbegründet ist. Dieses Mißtrauen beherrscht die beiden Gesetzentwürfe. Das gilt auch für die gemeinsame Selbstverwaltung, die angeblich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gewährleisten soll. Von einer gemeinsamen Selbstverwaltung könnte nur dann die Rede sein, wenn sie sich nicht allein auf das Kassenarztwesen, sondern auf die gesamte Sozialversicherung erstreckte, wenn also auch die Ärzte in den Organen der Sozialversicherungsträger mitwirkten. Die gesetzlich vorgesehene gemeinsame Selbstverwaltung scheint uns eine Fremdverwaltung und, wenn

man zuspitzen will, eine Zwangsverwaltung zu sein. Es ist in keiner Weise einzusehen, weshalb der Sozialversicherungsträger in alien Ausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung mitwirken soll, warum er sogar in dem kassenärztlichen Disziplinarwesen selbständig Rechtsmittel einlegen kann. Für diese paritätische Mitwirkung der Vertreter des Sozialversicherungsträgers in den Ausschüssen und Organen der Kassenärztlichen Vereinigung gilt dasselbe, was wir zu den paritätisch zusammengesetzten Schiedsgerichtsinstanzen gesagt haben. Auch in diesen Ausschüssen wird sich die faktische Überlegenheit des Sozialversicherungsträgers, sein wirtschaftliches Übergewicht als arbeitgeberähnlicher Partner, zum Nachteil der Kassenärzte auswirken müssen. Wie kann der Sozialversicherungsträger für sich in Anspruch nehmen, Einfluß auf den Honorarverteilungsplan zu verlangen, wenn er die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung zahlt? Wie kann er in den Zulassungsausschüssen über die Qualifikation der Bewerber mitentscheiden? Das sind Eingriffe in die Rechte der Kassenärzteschaft, die man nicht mit dem schön gefärbten Mantel einer gemeinsamen Selbstverwaltung zudecken kann. Die soziale Gerechtigkeit ist untellbar. Sie muß auch den Geist der Gesetze beherrschen. Ein Ausnahmerecht für den Kassenarzt ist abzulehnen. Eine solche Ablehnung ist nicht nur die Geltendmachung eines guten Rechts, sondern sie ist sittliche Pflicht.

... Das freie Spiel der Kräfte mag zuweilen ein etwas heftiges Spiel sein, ist aber jedenfalls der starren Ruhe eines weitschichtigen, in alle Einzelheiten hineinreichenden Paragraphenwerkes vorzuziehen, weil es den ständig fortschreitenden Bedürfnissen des Lebens in weit höherem Maße gerecht wird. Vor allem lebt bei der vertraglichen Gestaltung zu beachten, daß sie stärkere und verlässlichere Bindungen erzeugen kann als obrigkeitliche Befehle. Das Element der Vertragstreue, die dem Wortlaut eines Vertrages überhaupt erst den lebendigen Inhalt gibt, ist selbstverständlich nur den Verträgen eigen. Obrigkeitliche Befehle können keine Vertragstreue erzeugen.

So gelangen wir zu dem Schluß, daß es immer noch besser ist, auf den Grundlagen eines alten reformbedürftigen Sozialversicherungsrechts Verträge abzuschließen als ein neues Recht zu schaffen, das zwar rein theoretisch an dem Vertrag als einem Prinzip festhält, diesem Prinzip aber seine Bedeutung dadurch nimmt, daß am Ende aller gesetzlichen Bestimmungen über die Vertragshilfe der Zwang steht. Wir lehnen den Zwang ab und bekennen uns zum Vertrag. Wir bekennen uns zum Vertrag deshalb, weil wir wissen, daß Sozialversicherungsträger und Kassenärzte aufeinander angewiesen sind.

(Sperrdruck nicht nach dem Original)

Soziale Krankenversicherung — gefährlich erkrankt

Von Max Roßbach, Bonn

Um die Gestaltung der sozialen Krankenversicherung spielt sich gegenwärtig ein heftiger Kampf ab, der der erhöhten Aufmerksamkeit einer breiteren Öffentlichkeit bedarf. Die Stärke der Kräfte, die sich hier gegenüberstehen, ist nicht klar erkennbar, da der am meisten betroffene Teil, dessen Haut zu Markte getragen wird, zunächst noch abseits steht. Es sind die Millionen der Arbeitnehmer, 75 v. H. der Gesamtbevölkerung, die nach der kürzlich erfolgten Heraufsetzung der Pflichtversicherungsgrenze zwangsweise versichert wurden, ohne überhaupt um ihre Meinung gefragt worden zu sein. Es ist nicht mit Sicherheit festzustellen, in welchem Lager sie stehen: auf seiten der Verfechter des Totalitätsanspruches, also der sozialistischen Parteien und der Gewerkschaften, oder im Lager der Ärzteschaft, die einen verzweifelten Kampf um ihre Stellung innerhalb der Gesellschaftsordnung und um ihre nackte Existenz auszutragen hat. Die Arbeitgeber, die ein Drittel der Versicherungsbeiträge ihrer Belegschaften zu zahlen haben, halten sich noch zögernd zurück, weil sie nicht in den Ruf „sozialreaktionärer“ Gesinnung kommen wollen, und die breite Masse der Versicherten ergibt sich geduldig

in ihr Schicksal wie immer, wenn sie die Dinge nicht durchschaut und durch hochtrabende Schlagworte befangen gemacht wird. Die Schlagworte aber sind: „Soziale Sicherheit für alle Staatsbürger“ — „Freie Menschen durch soziale Sicherung“ — „Soziale Sicherheit ist die Voraussetzung für menschliche Freiheit und Würde“. Sie sind auch im Sozialprogramm der SPD enthalten. Es läßt sich nicht verhehlen, daß sie auf den ersten Blick bestechend wirken. Und das Ziel, das damit aufgestellt wird, erscheint auch durchaus erstrebenswert. Aber es kommt auf die Methode an, wie es erreicht werden könnte.

Wer ist hilfsbedürftig?

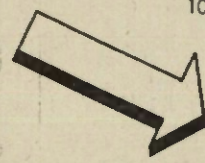
Es ist eine merkwürdige Wandlung, die sich in der deutschen Sozialversicherung seit der kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, der Geburtsurkunde des deutschen Sozialversicherungswesens, vollzogen hat. In dieser Botschaft kam klar und deutlich zum Ausdruck, daß die zu treffenden gesetzgeberischen Maßnahmen allein der sozial schutzwürdigen Bevölkerung zugute kommen sollten. Aber wenn nicht verkannt werden darf, daß die staatlichen und sozialen Umwälzungen, die sich



SCHMERZEN
gegen FIEBER
RHEUMA

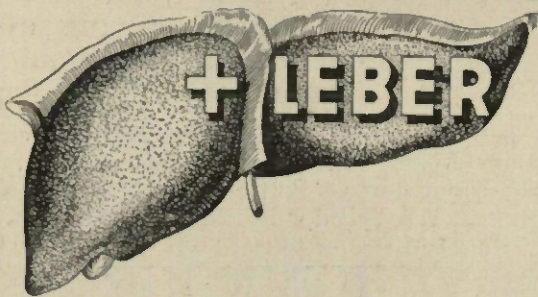
COMPRETETEN *Antineuralgicum*

10 Compretten DM -85 20 Compretten DM 1.50



Durch häufige Verordnungen unserer wirtschaftlichen MBK-Compretten werden bei Sanderfällen in der Kasenpraxis die Verordnungen teurer Präparate weitgehend ermöglicht.

VITAMIN B12



PERNIPURON

VITAMIN B12 AUS SÄUGETIERLEBER + LEBEREXTRAKT

1 ccm 30 GAMMA VITAMIN B12
3 AMPULLEN ZU 1 ccm DM 13.50

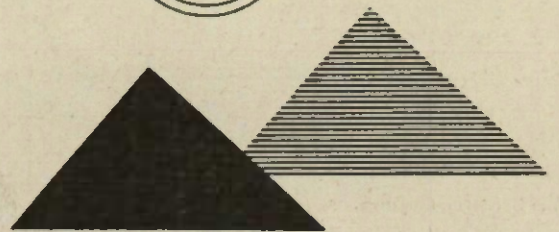
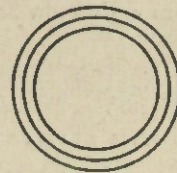
PERNIPURON B

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



Blatt 2 aus unserer Bildreihe
„Der leidende Mensch“
 von J. J. Christian.

Migräne

kupiert

ergo sanol

(auf Secole - Coffein Basis)

DR. SCHWARZ KG., MONHEIM BEI DUSSELDORF

Bei Brechreizneigung:

1 Suppositorium

In sonstigen Fällen:

2 Dragées

Frühzeitige Einnahme
 erhöht die Wirksamkeit



ARBUZ, das pflanzl. Verdauungs-Enzym, bewirkt eine durchgreifende Verbesserung sowohl der Magen- wie auch der Darmleistung. Bewährt bei Verdauungs-Störungen verschiedenster Genese — neurogenen, tox., Fäulnis-Dyspepsien- und Diarrhöen — gestörter Fettverdauung und Nahrungs-Verwertung.

Meist schlagartige Behebung der subj. Beschwerden: Magendruck, Völle, Meteorismus, Ructus, Nausea etc.
 Origin.-Packg. = 60 Tabl. DM 1.65. Doppel-Packg. = 120 Tabl. DM 3.—

2 LAX-Arbuz

Das enzymat. Laxans. Mildes Abführmittel von prompter Wirkung.

Aus Pflanzenstoffen der Anthrachinonreihe — potenziert durch das Arbuz-Enzym und emulgierende gallensaure Salze.

Original-Packg. = 20 Drag. DM 1.25. Kur-Packg. = 50 Drag. DM 2.90

3 CHOL-Arbuz

Zuverlässiges Cholericum und Cholagogum mit fettverdauender, enzymat. Komponente.

Bei Cholecystitis, Cholangitis, Störungen der Leberfunktion und Gallensekretion. Normalisierte Fettverdauung, deshalb meist Wegfall der Diätbeschränkungen.

Original-Packg. = 20 Drag. DM 1.65. Kur-Packg. = 50 Drag. DM 3.70

4 VERMIzym

Neu! Wurmmittel, welches die Darmparasiten in neuartiger Weise durch proteolyt. Enzyme andaut u. auflöst. Unschädlich, weil ungiftig!

Original-Packg. = 25 Drag. DM 2.80. Kur-Packg. = 75 Drag. DM 6.50

Arztmuster und Literatur obiger Präparate zur Verfügung

Dr. Schwab G.m.b.H. München 23

in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts vollzogen haben, zu einer Erörterung der Frage zwingen, wer als schutzbedürftig gelten mag, so kann wohl von niemandem behauptet werden, daß dieser Anteil sich inzwischen von 20 v. H. auf 75 v. H. erhöht haben könnte, daß also anstatt vor 50 Jahren ein Fünftel jetzt drei Viertel der Gesamtbevölkerung hilfsbedürftig und sozial schutzwürdig wären. Es liegt vielmehr offenkundig eine Ausweitung der sozialen Versicherung auf große Bevölkerungsteile vor, die durchaus in der Lage und auch willens wären, für ihre Gesunderhaltung und Krankenbehandlung aus eigener Verantwortung zu sorgen oder eine private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, also lieber aus freiem Entschluß Subjekt als Objekt ihrer Versicherung sein möchten.

Sozialversicherung — unsozial

Die immer weitere Ausweitung des Personenkreises der Versicherten wird von den Verfechtern der Einheitsversicherung damit begründet, daß auf diese Weise das Risiko verteilt und durch die Einbeziehung wirtschaftlich bessergestellter Schichten zugunsten der minderbemittelten verringert werde. Dieses Argument ist deshalb falsch, weil hier aus naheliegenden Gründen eine Beitragshöchstgrenze festgesetzt werden muß, so daß nicht das gesamte Einkommen der Beitragsberechnung unterliegt. So widerspruchsvoll es klingen mag — die Sozialversicherungspraxis ist dadurch im Laufe der Jahrzehnte unsozial geworden, und es ist angesichts dieser Entwicklung völlig unverständlich, daß gerade von sozialistischer Seite her einer immer stärkeren Ausweitung das Wort geredet wird. Es steht fest, daß die Krankenversicherung von den sogenannten gehobenen Bevölkerungskreisen viel stärker in Anspruch genommen wird, als beispielsweise von den Arbeitern, zu deren Gunsten sie geschaffen worden ist. Die Angehörigen der sozial bessergestellten Schichten steigern also durch ihre Beiträge nicht die Leistungsfähigkeit der Kassen, es ist vielmehr so, daß die sozial Schutzwürdigen die Versicherung der sozial gehobenen Schichten mitfinanzieren. Selbst die Träger der Einheitsversicherung haben zugegeben, daß durch die Ausweitung keine Entlastung zugunsten der breiten Massen herbeigeführt wird. Mit wachsender Verwirklichung des Totalitätsanspruches wirkt sich somit die Versicherung zu einem Unrecht gegenüber den ärmeren Versicherten aus, womit aber das Gegenteil von dem erreicht wird, was ursprünglich beabsichtigt war. Es scheint hier der jeder Macht innewohnende imperialistische Drang vorzuliegen, der solche Ausweitungstendenzen erzeugt, um die im Zuge der Fehlentwicklung gewonnenen Machtpositionen immer weiter auszubauen, auch wenn es auf Kosten derer geht, denen die Einrichtung in erster Linie dienen soll.

Der störende Dritte

Durch die krankhafte Ausweitung der Sozialversicherung ist der ärztliche Berufsstand zwischen zwei Mühlsteinen geraten, die seine Stellung im Gemeinschaftsleben des Volkes und seine wirtschaftliche Existenz zunehmend zerstören. Die Entwicklung hat dazu geführt,

daß der Arzt in die Rolle des frühkapitalistischen Arbeitnehmers gedrängt worden ist, dem kein Feld mehr für den freien Einsatz seiner Arbeitskraft bleibt und der seine Arbeitsleistung zu den von den Marktbeherrschern festgesetzten Bedingungen verkaufen muß. Nimmt man dem Arzt aber seine Freiheit, so zerstört man das Fundament aller Heilbehandlung. So wie der Richter seine gesellschaftliche Funktion nur dann erfüllen kann, wenn er frei und unabhängig ist, so kann auch der Arzt seinen Beruf nur dann mit Erfolg ausüben, wenn er frei und unabhängig seinen Patienten gegenübersteht. Was würde beispielsweise die Belegschaft eines Industrieunternehmens dazu sagen, wenn ihr Arbeitgeber dem Betriebsrat einen bestimmten Betrag als Gesamtlohnsumme zur Verfügung stellte mit der Zumutung, daraus unabhängig von der Arbeitsdauer und der Zahl der Beschäftigten alle Lohnansprüche zu befriedigen? Denn so ist es doch bei den kassenärztlichen Vereinigungen, die gewissermaßen als Betriebsräte zur Befriedigung der Honoraransprüche der ihnen angeschlossenen Ärzte einen von den Einnahmen der Kassen abhängigen Gesamtbetrag erhalten, ohne Rücksicht darauf, daß die Zahl der Krankheitsfälle (Morbidität) sich in den letzten Jahren verdoppelt hat, die Ärzte also ihre Arbeitszeit ebenfalls verdoppeln müssen, wenn sie nicht den Ausweg wählen, nur noch die Hälfte der Zeit auf den einzelnen Patienten zu verwenden. Dies aber kann sich nur zu Ungunsten der Kranken auswirken. Die Abgeltung durch Pauschalhonorierung war durchaus tragbar, solange der Anteil der Kassenpatienten noch 20 v. H. an der Gesamtpraxis betrug. Jetzt aber sind über 90 v. H. aller Patienten, die den Arzt aufsuchen, tarifgebundene Kassenversicherte zu geringfügigen Pauschalsätzen, und der Privatpatient, der früher den Ausgleich zur Erfüllung der sozialen Aufgaben der Ärzte schuf, ist zur Ausnahme geworden. Zwischen den hilfesuchenden Kranken und dem helfenvollenden Arzt hat sich trennend als Sinnbild des entstellten Sozialgedankens das gewaltige Gebäude der staatlichen Versicherungsanstalten eingeschoben, in denen, um das Beispiel der Berliner Einheitsversicherung anzuführen, einige tausend Funktionäre und Angestellte sitzen, die nichts anderes tun, als die eingehenden Millionenbeträge aus den Versicherungsbeiträgen zu verwalten und an die Vertragspartner zu verteilen. Mit dem Ergebnis, daß für die eigentlichen Träger des Gesundheitsdienstes, nämlich die Ärzte, die die praktische Arbeit zur Gesunderhaltung des Volkes leisten, immer geringere Honorare übrigbleiben und auch die Leistungen für die Versicherten immer tiefer herabgeschraubt werden müssen. Daß viele dieser Unzulänglichkeiten zur Gewohnheit geworden sind und manche Ärzte auch leidlich dabei fahren mögen, spricht nicht dafür, daß dieses System richtig wäre.

Zur Nachahmung nicht empfohlen

Wir leben in Europa so dicht beieinander, daß es nicht länger zu verantworten ist, wenn die Erfahrungen der benachbarten Länder nicht nutzbar gemacht und daraus nicht die Folgerungen gezogen werden. Man könnte sich auf das Berliner Beispiel beschränken, das unter dem Titel „Ärzte kontra Einheitsversicherung“ in Nr. 32/52



Bronchicum - Nattermann

- ELIXIR DM 1.55
- TROPFEN DM 1.45
- VEGETABLE DM 1.55

Reich an seltenen und edlen Wirkstoffen. Flochkonzentriert.



des „Volkswirt“ bereits behandelt worden ist. Oder es könnte das Beispiel der Saar herangezogen werden, wo durch Dekret der französischen Besatzungsmacht das gleiche Experiment bereits seit dem Jahre 1949 durchgeführt wird mit dem gleichen negativen Erfolg. Aber dies genügt anscheinend den Verfechtern des Totalitätsanspruches nicht, weil es nur Teilergebnisse sind und der Beweis für das Funktionieren des Systems nur auf breiter Ebene erbracht werden könne. Aber auch hier gibt es ja sehr naheliegende abschreckende Beispiele.

In England ist das Problem in der Praxis in seiner ganzen Tragweite aufgerollt. Der von der Labour-Regierung eingeführte staatliche Gesundheitsdienst hat aus dem Nichts an sozialer Gesetzgebung über Nacht den „sozialen Himmel auf Erden“ geschaffen, indem der Staat die gesamten Kosten für das Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung übernahm. Aber bald sind an diesem Himmel dunkle Wolken aufgezo-gen. Noch die Arbeiterregierung mußte die staatlichen Zuschüsse, die in die Milliarden anzuwachsen drohten, auf 424 Mill. Pfund begrenzen, so daß eine allgemeine Selbstkostenbeteiligung bis zu 50 v. H. an den Heil- und Hilfsmitteln eingeführt werden mußte, womit das Programm bereits auf die Hälfte beschränkt wurde. Wie lange aber wird der britische Haushalt die jetzt noch gebilligten Millionenzuschüsse tragen können?

Auch in Frankreich herrscht seit 1946 die Einheitsversicherung in Gestalt der „Sécurité sociale“ als staatlicher Versicherungsträger. Der Sozialversicherte ist hier jedoch mit 20 v. H. an allen Behandlungskosten beteiligt, aus der richtigen Erkenntnis, daß soziale Schutzmaßnahmen des Staates nicht dazu führen dürfen, die persönliche Initiative des Schützlings völlig aufzuheben und dadurch schließlich zu ersticken. Auch fehlt hier der zwischen Arzt und Patient stets störende Dritte — nach deutschem Recht also der Versicherungsträger. Die Sécurité sociale gewährt nur den Anspruch auf 80 v. H. der notwendigen Kosten für die Krankenbehandlung, die der Patient direkt an den Arzt bezahlt. Die Selbstbeteiligung der Versicherten wirkt sich als retardierendes Moment zugunsten des Versicherungsträgers aus, und die Ansprüche der Patienten gehen nicht ins Ungemessene. Gleichwohl befindet sich die französische Sozialversicherung in einer schweren Krise. Die Einnahmen betragen, um einige Zahlen zu nennen, im Jahre 1951 für die Krankenversicherung 132 Milliarden Francs, die Ausgaben jedoch 205 Milliarden Francs, so daß 73 Milliarden aus anderen Einnahmequellen geschöpft werden mußten, vorwiegend aus den jetzt noch anfallenden Überschüssen der Altersversicherung, die später hierfür fehlen werden.

Als Vorbild dagegen sei die Schweizer Sozialversicherung genannt, die die Selbstbeteiligung an den Kosten entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Patienten abgestuft hat, und zwar in der Weise, daß der arme Versicherte fast kostenlos behandelt, der wirtschaftlich gutgestellte aber entsprechend seiner Zahlungsfähigkeit beteiligt wird. Das aber ist der Konzeption nach das genaue Gegenteil zur Einheitsversicherung, wie sie anderwärts gehandhabt wird.

In den Vereinigten Staaten von Amerika gibt es überhaupt keine soziale Krankenversicherung, die an europäischen Maßstäben zu messen wäre, und mit ihrer Ein-

führung ist auch der ganzen Struktur der amerikanischen Wirtschaft nach nicht zu rechnen. Dort schafft man eine Sicherung gegen materielle Verluste im Falle der Erkrankung beim Abschluß der Tarifverträge, die meist Entschädigung für Verdienstausfall bei Krankheit vorsehen. Die Erstattung des Aufwandes für ärztliche Leistungen beschränkt sich in den Tarifverträgen in der Regel auf Vergütungen von Krankenhaus- und Operationskosten. Nur in seltenen Fällen wird auch eine Kostendeckung bei ambulanter Behandlung vereinbart. Es ist nur als Zeichen der Gesundheit eines Volkskörpers und einer Volkswirtschaft zu werten, wenn die Amerikaner es entrüstet ablehnen, den europäischen Beispielen mit ihren verkrampften Verzerrungen zu folgen, da sie sich — jeder einzelne — stark genug fühlen, für ihre und ihrer Familie Gesundheit aus eigener Verantwortung und nach freiem Ermessen zu sorgen.

Diagnose: Hypertrophie

Es hat nichts mit sozialreaktionärer Gesinnung zu tun, wenn man den Schiffbruch schildert, den sozialistische Ideologien allenthalben erlitten haben, wo sie praktiziert werden. Es ist vielmehr im besten Sinne fortschrittlich und dient nur der Gesundung unseres gesamten Gemein-schaftswesens, wenn Fehlentwicklungen erkannt und daraus die notwendigen Folgerungen gezogen werden. Es geht auch gar nicht um die Arzthonorare, wie es von der Gegenseite vielfach hinzustellen versucht wird. Ihr Niedergang ist lediglich das Krankheitssymptom, das zur Zeit am augenfälligsten in Erscheinung tritt. Wenn jetzt mit dem Gesetzentwurf zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen die reformbedürftige Magna Charta der deutschen Sozialversicherung, die Reichsversicherungsordnung, in einigen Punkten, die geradezu nach einer Reform schreien, geändert werden soll, so ist dies nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Das Abweichen von der natürlichen Entwicklung und die Verleugnung des ursprünglichen Sinns der deutschen Krankenversicherung, die im Kern gesund war, haben eine solche Fülle von Komplikationen heraufbeschworen, daß die Materie in ihrer Problematik kaum mehr zu überschauen und zu bewältigen ist. Je mehr man versucht, mit Pflastern die schlimmsten Wunden zu heilen, um so klarer wird es, daß hier nur eine Reform an Haupt und Gliedern helfen kann, wenn der Patient nicht vollends zugrunde gehen soll.

Die Diagnose ist klar und eindeutig: Hypertrophie. Aber es hat den Anschein, als ob es, wie bei einer gefährlichen Seuche, noch kein wirksames Mittel, dagegen gäbe. Die Ärzte jedenfalls kämpfen einen verzweifelten Kampf dagegen. Doch es ist kein Kampf, der zu ihrem eigentlichen Metier gehört, auf dem ihre großen Wissenschaftler schon manche Schlacht zum Wohle der Menschheit gewonnen haben. Es ist ein politischer Kampf geworden gegen Kollektivierung und Vermassung und gegen die Überwucherungen durch die Funktionsärwirtschaft. Er ist schwerer als die Bekämpfung körperlicher Kreislaufstörungen mit ihren zunehmend tödlichen Auswirkungen. Diesen medizinischen Kampf müssen die Ärzte allein führen. In dem politischen Kampf, der ihnen aufgezwungen ist, sollten sie nicht länger alleingelassen werden. („Der Volkswirt“ Nr. 47/52)

MITTEILUNGEN

Zur Frage einer Zuzugssperre für Kassenärzte aus der Ostzone

gab Staatsminister Dr. Oechsle in der Sitzung des Bayer. Landtages am 10. 2. 1953 eine Erklärung ab, in der es u. a. heißt: „Bei der bekannten Überbesetzung Bayerns mit Kassenärzten erscheint es zweifelsohne gerechtfertigt, wenn von bayerischer Seite aus beim Bund dahin gewirkt wird, daß eine weitere Vermehrung der zugelassenen Kassenärzte durch Zustrom aus der Ostzone womöglich unterbleibt. In diesem Sinne wird auch mein Ministerium in Bonn wirken.“

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Bezirksstelle München-Stadt und -Land, hält einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis gemäß § 15 Abs. 6 des Zulassungsgesetzes am Samstag, den 14. 3., und Sonntag, den 15. 3. 1953, in München, Anatomie, Pettenkoflerstraße 11, ab. Beginn 9 Uhr.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Teilnahme an diesem Einführungslehrgang für jeden Kassenarzt Pflicht ist, sofern er an einem solchen Lehrgang noch nicht teilgenommen hat oder eine Bestätigung darüber nicht besitzt. Ebenso ist die Teilnahme an einem solchen

Kurs nach dem Zulassungsgesetz Voraussetzung bei einer Bewerbung um eine Zulassung für die RVO- oder Ersatzkassenpraxis.

Anmeldungen sind rechtzeitig zu richten an
Kassenärztl. Vereinigung Bayern, Bezirksstelle München,
Briener Straße 11.

Ende des Berliner Ärztstreites

Nach stürmischer Diskussion der einzelnen Vertragsbestimmungen gab die Delegiertenversammlung der VSB ihre Zustimmung zu dem neuen Honorarabkommen mit der KVAB. Von den noch anwesenden 40 Delegierten stimmten 8 dagegen, 30 waren dafür und 2 enthielten sich der Stimme. Das neue Abkommen ist bis zum 30. September dieses Jahres befristet. Danach zahlt die KVAB an die VSB zur Verteilung an die etwa 2500 Berliner Kassenärzte für das zweite Quartal des vergangenen Jahres 13 Millionen DM und für das dritte Quartal 13,25 Millionen zuzüglich des Honorars für die sogenannten Bundesbehandlungsscheine. Vom vierten Quartal 1952 an wird nach Einzelstellung auf der Basis von 1,5 Prozent der Grundlohnsumme honoriert. Für Rentner beträgt das ärztliche Honorar 4 DM im Kalendervierteljahr pro Rente. Die im Sommer des vergangenen Jahres von den Ärzten ursprünglich erhobenen Honorarforderungen beliefen sich auf vierteljährlich 13,8 Millionen DM. Das Höchstangebot der KVAB lag bei 12 Millionen DM. Durch Senatsverfügung waren 12,5 Millionen geboten worden.

Neuer Versuch zur Einheitsversicherung

Die Forderung der Ortskrankenkassenverbände, durch das Krankenhausgesetz die Notlage der Krankenhäuser durch staatliche Unterstützung zu heben und gleichzeitig für die Kassen „tragbare“ Pflegesätze zu sichern, ist ein Versuch, die angebliche Notlage der sozialen Krankenversicherung über diese Hintertreppe zu beheben, ein Versuch, weitere staatliche Subventionen für die Krankenkassen auf dem Umweg über das Krankenhaus zu erhalten. Die Kassen haben seit der Währungsreform Rücklagefonds aufgefüllt, Pensionsfonds gebildet, Guthaben ausgeliehen und Gebäude errichtet. In den drei Rechnungsjahren 1949 bis 1952 wiesen die Träger der Sozialversicherung eine Vermögensbildung von 2,65 Milliarden D-Mark auf, zu einem guten Teil aus Steuermitteln und Bundeszuschüssen gebildet. Die Krankenhäuser haben keine Rücklagen machen können. Sie leben aus der Substanz und erfordern immer mehr Zuschüsse.

(Der Deutsche Arzt, Inform.-Dienst Nr. 1a/53.)

Laryngologische Gesellschaft

Die frühere Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gesellschaft von München (Laryngologische Gesellschaft), die seit langem ihre Tagungen eingeteilt hatte, hat auf Wunsch zahlreicher Fachärzte aus München und Umgebung unter der Leitung des neuberufenen Direktors der Univ.-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Professor Dr. A. Herrmann, in diesem Jahre ihre Tagungen wieder aufgenommen. Es ist geplant, die Sitzungen abwechselnd in der Univ.-HNO-Klinik, Pettenkofferstr. 8a, und in der Städt. HNO-Abteilung in der Ziemssenstraße (Chefarzt Dr. Michels) abzuhalten. Die erste Sitzung fand am 31. Januar in der Univ.-HNO-Klinik statt.

Gründung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte

Die Berufsvertretungen der Zahnärzte und der Dentisten haben sich in abschließenden Besprechungen am 24. und 25. Januar in Wiesbaden dahin geeinigt, daß die Gründung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte am 27. März 1953 im altherwürdigen Rathaus in Rothenburg o. d. T. stattfinden soll. Dieser neue Bundesverband wird schon jetzt als einheitliche Organisation alle Zahnärzte und Dentisten umfassen. Anfang April beginnen die Fortbildungskurse, deren Besuch die Voraussetzung ist, daß die Dentisten die Bestallung als Zahnarzt erhalten. Es kann damit gerechnet werden, daß diese Fortbildungskurse im Laufe des Jahres 1953 in allen westdeutschen Bundesländern und in Westberlin durchgeführt werden, so daß die Vereinigung beider Berufe in einem einheitlichen Zahnärztestand im wesentlichen am Ende des Jahres abgeschlossen sein wird.

Um schon jetzt die Gründung einer gemeinsamen Berufsvertretung zu ermöglichen, haben sich die zahnärzt-

lichen und dentistischen Organisationen in den einzelnen Bundesländern zu Zweckverbänden der zahnärztlichen und dentistischen Berufsvertretungen zusammengeschlossen. Diese Zweckverbände werden am 27. März in Rothenburg die Gründung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte vollziehen. Am gleichen Tage werden sich in getrennten außerordentlichen Hauptversammlungen die bisherigen Berufsverbände, der Verband der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen und der Verband Deutscher Dentisten, auflösen. Am 28. März wird, gleichfalls in Rothenburg, die erste ordentliche Hauptversammlung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte stattfinden.

Neuordnung des Arztrechtes

Das Land Schleswig-Holstein hat eine Neuordnung des Rechtes der Berufsvertretungen der Heilberufe im Bundesrat gefordert. Der Vertrag wird voraussichtlich unter der Federführung des Ausschusses für Inneres an die zuständigen Ausschüsse überwiesen werden. Von der Stellungnahme des Bundesinnenministeriums wird es abhängen, ob die Länder selbst einen Gesetzentwurf ausarbeiten werden.

Das Deutsche Institut für Paracelsus-Forschung

wurde nach Laufen in Oberbayern verlegt, wo es sich somit in der Nähe der internationalen Muttergesellschaft befindet, die in Salzburg ihren ständigen Sitz hat. Präsident ist der Laufener Arzt Dr. Bruno Friton, Vizepräsident ist der Hamburger Paracelsusforscher Hans Carl. Die Mitarbeiter sind über ganz Westdeutschland verstreut. Das Institut selbst erstrebt keinerlei materielle Gewinne und befaßt sich damit, die Person, das Leben und die Heilmethode des Arztes und Denkers Paracelsus (1493—1541) wissenschaftlich zu ergründen.

AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Alois Fürmaier (Assistent und Oberarzt d. Orthopädischen Poliklinik München) wurde mit M. E. Nr. 90849 v. 8. 1. 1953 zum Privatdozenten für Orthopädie ernannt.

Dr. med. Walter Stich (Assistent der I. Med. Klinik München) wurde mit M. E. Nr. V 90848 vom 12. 1. 53 zum Privatdozenten für Innere Medizin ernannt.

Prof. Dr. Pleikart Stumpf (apl. Professor für Röntgenologie u. Physikalische Therapie) wurde mit M. E. Nr. V 96488 vom 31. 12. 1952 wiederum als apl. Professor für Physikalische Therapie und Röntgenologie in der Med. Fakultät d. Univ. München best. d. g.

PERSONALIA

Professor Dr. med., Dr. h. c. Erich Grafe, Würzburg, und Professor Dr. med. Gerhard Katsch, Greifswald, haben den ihnen angetragenen Ehrenvorsitz des Deutschen Diabetiker-Bundes e. V., Stuttgart-Süd, Stroberg 103, übernommen.

Prof. Dr. Georg Hohmann (Direktor der Orthopädischen Klinik München) begeht am 13. 3. 1953 sein 50jähriges Doktorjubiläum und wird aus diesem Anlaß durch die Medizin. Fakultät der Universität Würzburg durch die Verleihung des „Dr. med. honoris causa“ geehrt werden.

Der bisherige apl. Professor und Oberarzt der Dermatolog. Klinik München, Prof. Dr. Paul Jordan, hat einen Ruf auf den planmäßigen Lehrstuhl für Dermatologie an der Universität Münster i. Westf. erhalten und wird diesem Rufe ab 1. 3. 1953 Folge leisten.

Prof. Dr. Martin Müller, emerit. planm. Extraordinarius für Geschichte der Medizin und kommiss. Leiter des Instituts f. Geschichte der Medizin der Universität München, begeht am 26. Februar 1953 seinen 75. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Apotheker August Fasching, München, Präsident der Bayerischen Landesapothekerkammer, ist am 24. Januar 1953 im 58. Lebensjahr gestorben. Die bayerischen und die deutschen Apotheker verlieren in ihm eine ihrer markantesten Persönlichkeiten.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Augsburger Fortbildungskurs für prakt. Medizin im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer

10. Vortragsreihe am 21. bis 22. März 1953

Thema: Vitamine, Hormone und Fermente in der Therapie

Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr und Dr. med. habil. Hennig

PROGRAMM

1. Hauptreferate

Samstag, den 21. März 1953:

Beginn 8.00 Uhr s. t. im Ludwigsbau, Augsburg
(Gögginger Straße)

8.00—10.15 Uhr Prof. Dr. Dr. Siegmund-Münster:
Correlationsstörungen: Hypophyse —
Nebenniere

Prof. Dr. Dr. Dirscherl-Bonn:
Aktuelles aus der Hormonlehre

Prof. Dr. A. Jores-Hamburg:
Die organisch bedingten Störungen
der Keimdrüsentätigkeit beim Manne
und ihre Behandlung

10.15—10.45 Uhr Pause (Besuch der Ausstellung)

10.45—15.00 Uhr Prof. Dr. J. B. Mayer-Homburg/Saar:
Endocrine Störungen im Kindesalter
Prof. Dr. E. Romlinger-Kiel:
Vitaminmangel und Vitamintherapie
im Kindesalter

Prof. Dr. F. Holtz-Halle/Saale:
Die Nebenschilddrüsen-Insuffizienz
und ihre Therapie

13.00—15.00 Uhr Mittagspause (Besuch der Ausstellung)

15.00—18.00 Uhr Klinische Visiten, Demonstrationen
und Colloquien (s. u. II.)

20.00 Uhr Kleiner Goldener Saal (Jesnitengasse 12)

Prof. Dr. K. H. Baner-Heidelberg:
Öffentlicher Vortrag: Hormone und Krebs

Sonntag, den 22. März 1953:

Beginn 8.30 Uhr s. t. im Ludwigsbau, Augsburg
(Gögginger Straße)

8.30—11.00 Uhr Prof. Dr. G. Domagk-Wuppertal-Elberfeld:
Vom Sulfonamid zum Neoteken

Prof. Dr. J. Kühnau-Hamburg:
Der Wirkstoff-Hemmstoffmechanismus
im Krankheitsgeschehen und in
der Therapie

Prof. Dr. L. Heilmeyer-Freiburg/Breisgau:
Erfahrungen mit ACTH und Cortison
in Klinik und Praxis

Prof. Dr. E. Rominger-Kiel:
Zur Diskussion aufgefordert: ACTH in der
Kinderheilkunde

11.00—11.30 Uhr Pause (Besuch der Ausstellung)

11.30—15.00 Uhr Prof. Dr. André Lambling-Paris:
Beziehungen zwischen Magen-Darm-
Kanal und Nebenniere

Prof. Dr. Ammoa-Homburg/Saar:
Die Fermente, ihre Bedeutung im
Stoffwechsel und in der Therapie

15.00—14.30 Uhr Mittagspause (Besuch der Ausstellung)

14.30—16.45 Uhr Prof. Dr. B. Breitmeyer-Innsbruck:
Chirurgische Behandlung der Schild-
drüsenkrankungen

Prof. Dr. F. Linder-Berlin:
Chirurgische Aspekte bei inner-
sekretorischen Erkrankungen

Prof. Dr. Dr. Schroeder-Aachen:
Die Vitamine in der Therapie

II. Klinische Visiten, Demonstrationen und Colloquien:

Samstag, den 21. März 1953, 15.00—18.00 Uhr:

1. Sitzungssaal der KV, Schäzlerstraße 19, 1. Stock
Röntgen-Colloquium in freier Form, Filme können zur Diskussion
mitgebracht werden. Leiter des Colloquiums: Dr. Beck

2. Westkrankenhaus, Medizinische und Dermato-
logische Klinik (Augsburg-Kriegshaber, Langemarkstraße 11,
Straßenbahnlinie 2);

Übersicht über die endokrinen Korrelationen und die Grundlagen
der Hormontherapie. Chefarzt Dozent Dr. Stütter.

Möglichkeiten und Grenzen der Vitaminbehandlung bei inneren
Erkrankungen. Oberarzt Dr. Heller.

Hormon- und Vitaminbehandlung von Hautkrankheiten. Chefarzt
Prof. Dr. Schneider.

Demonstrationen gleichzeitig nach Wahl:

1. Klinische Demonstrationen unter besonderer Berücksichtigung des
Themas.

Dermatologische Klinik, Chefarzt Dr. Schneider.

Klinik und Therapie des bakteriellen Ekzems. Oberarzt Dr. Heinz
Walther-Regensburg.

2. Vorweisung von Kranken mit endokrinen Störungen.

Röntgenabteilung Haus I, Chefarzt Doz. Dr. Stütter.

3. Vitaminbehandlung der Nervenkrankheiten und Hormontherapie
von seelischen Störungen.

Arztbibliothek Haus II, Oberarzt Dr. Kaiser.

4. Indikation und Technik der Frischhypophyseninjektion.

Stationszimmer Parterre Haus III, Dr. Endres; Dr. Engelhart.

5. Erkennung und Behandlung fermentativer Magen-Darm-Störungen.
Stuhllabor, Haus I, Dr. Farthmüller.

3. Hauptkrankenhaus, Chirurgische Klinik:

(Augsburg, Krankenhausstraße, Straßenbahnlinie 5)

Klinische Visiten und Demonstrationen zum Tagungsthema unter
Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Mack.

Pathologisch-anatomische Vorweisungen zum Tagungsthema unter
Leitung von Herrn Chefarzt Dr. med. habil. Emminger.

4. Städtische Kinderklinik:

(Augsburg-Oberhausen, Zollernstraße 85, Endstation der Straßen-
bahnlinie 4)

Klinische Visiten und Demonstrationen zum Tagungsthema unter
Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Cremer.

5. Diakonissenkrankenhaus:

(Augsburg, Fröhlichstr. 17, Straßenbahnlinie 1, beim Hauptbahnhof)

Klinische Visite auf der urologischen Abteilung. Aussprache über
neuzeitliche Hormonbehandlung des Prostataleidens. Dr. med. habil.
Hennig.

Vitamine, Fermente und Spurenelemente in der Keimdiät. Dr. Grandi.

Hormonbehandlung in der Gynäkologie. Prof. Dr. Ehrhardt-Frank-
furt/Main.

6. Kreiskrankenhaus St. Albert:

(Augsburg-Hannstetten, Siebentischstraße 7, Straßenbahnlinie 4,
Haltestelle Protestantische Kirche)

Die Chirurgie der Lungentuberkulose unter Berücksichtigung des
Tagungsthemas. Chefarzt Dr. Goffner.

Chemotherapie und Vitamine, Behandlung von Lungenerkrankungen
in der ambulanten Praxis. Dr. Fettinger.

Beurteilung von Hohlräumen im Tomogramm. Die Bronchoskopie in
der Differentialdiagnostik von Lungenerkrankungen. Dr. Lehr.

Demonstration seltener Röntgenbilder der Lungen. Dr. Wiedemann.

7. 11th Americ. Field Hospital, Augsburg:

(Augsburg-Kriegshaber, Straßenbahnlinie 2, Flakkasernen)

Meeting of American and English speaking German Doctors with
associates.

Experience of a German Doctor in China (with Film). Prof. Dr.
Schretzenmayr-Augsburg.

Surgical aspects of hormone diseases. Prof. Dr. Linder-Berlin.

Im Tagungsort Ludwigsbau wird eine

Anschießend

von Fachbüchern, Heilmitteln, ärztlichen Instrumenten und Geräten ge-
zeigt, deren Besichtigung während der Vortragspausen und in der
Mittagszeit empfohlen wird.



*Das milde
Durchschlafmittel*

MEDOMIN

Acid. cycloheptenyläthylbarbituric.

*läßt den Kranken
nach ruhigem Schläfe
frisch erwachen*

Schiebedose mit 10 Tabletten zu 0,2 g

J. R. GEIGY A. G. BASEL

Pharma-Vertrieb für Deutschland:
DR. KARL THOMAE GMBH-BIBERACH AN DER RISS

Gegen
vegetative
Dystonien,
Hyperthyreosen

SEDOVEGAN

DR. AUGUST WOLFF



Chem.-pharm. Fabrik · Bielefeld



Arzneimittel aus: Getreide, Kleie, Keime
und Multerkorn

Diätmittel: Die bekannten Keimdiät-Erzeugnisse

Keimdiät G. m. b. H., Augsburg

Abt.: PHARMAZIE DR. Phil. Nat. FELIX GRANDEL

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 Rechenmandeln im Kindes-
alter und überall da, wo kleine Joddosen en-
gebracht sind.**

Anschaltung unerwünschter Neben-
wirkungen durch die Zusätze Ca. und Br.

Stärken: mitiores 1/10 mg Jod pro dosi, fortiores 1/5 mg Jod pro dosi
Größen: 50 Tabletten DM 1.05, 100 Tabletten DM 2.—

Chem.-pharmazent. Fabrik H. WELTER, Uslar

Klinisch erprobte
Ulcerus-Therapie-
ohne
Nebenerscheinungen
Kassenwirtschaftlich

Lakrucillin mit biologischen Fermenten

(vormals Lakricillin, aus Wz.-rechtlichen Gründen geändert!)

Literatur und Ärzte-
muster auf Wunsch

pharmASAL
BERLIN 5W 61

Wenn Sie

Winterferien

möchten wollen, empfehlen wir Ihnen unser Verzeichnis
preiswerter Winter-Aufenthalte

zum Studium und zur Auswahl Ihrer Winter-Reise. Sie
finden dort für jeden Geschmack und Geldbeutel das
passende Angebot!

Der Prospekt steht kostenlos zur Verfügung.

Progress-Reisen

München, Schillerstr. 28, Tel. 5 54 55

Es ist nicht gar zu lange her — da gab es noch keine

Kassenärztlichen Abrechnungsstellen

Der Arzt mußte die Bezahlung für seine Leistungen
von jeder Kasse einzeln anfordern. So ist es heute
noch mit den Rechnungen an Privat-
patienten — außer, man ist Mitglied der

Ärztlichen

Verrechnungstelle e. V. Gauting

Die Vorteile dieser Einrichtung können Sie aus un-
serer Aufklärungsschrift ersehen. Sie erhalten sie
unverbindlich und kostenlos.

Lyssia-Salbe

Die Wund- und Heilsalbe
der grossen und kleinen Chirurgie

LYSSIA-WERKE WIESBADEN

Gesellschaftliche Veranstaltungen:

1. Samstag, den 21. März 1953, um 15.00 Uhr:
Treffen der Damen zur Teestunde mit Modenschau im Parkhotel „Weißes Lamm“, Ludwigstraße 36, veranstaltet von der Fa. Boecker, Augsburg. Eintritt frei.
2. Samstag, den 21. März 1953, um 20 Uhr:
Öffentlicher Vortrag im Kleinen Goldenen Saal, Jesuitengasse 12, von Prof. Dr. Bauer-Heidelberg (siehe Programm!)
Die Damen sowie Angehörige und Bekannte der Ärzteschaft werden hierzu herzlich eingeladen. Eintritt frei.
3. Im Anschluß an den Öffentlichen Vortrag (etwa 22.00 Uhr):
Geselliges Beisammensein (mit Tanz) der Tagungsteilnehmer und deren Damen im Ratskeller.
4. Theater Vorstellungen:
Samstag/Sonntag, den 21./22. März 1953, im Ludwigsbau (Gögginger Straße) und im „Marionettentheater“ (Rabenbad, Rotes Tor). Näheres siehe Wochenspielfplan des Stadttheaters.
5. Sonntag, den 22. März 1953, 10.30 Uhr:
Führung im Maximiliansmuseum, Phil.-Welser-Straße 24, unter Leitung von Dr. H. Bott.
„Römisches und germanisches Kunsthandwerk in Augsburg und Schwaben.“

Nächste Veranstaltungen der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ am 27./28. Juni 1953. Thema: „Leber, Galle, Pankreas.“

Achtung! Wichtige Organisationshinweise!

1. Anmeldung für die Märztagung erbeten an den Ärtzl. Bezirksverein Augsburg, Schüzlerstraße 19.
2. Die Kursgebühr beträgt DM 10.—. Von Jungärzten mit Einkommen bis DM 200.— wird auf vorherigen Antrag keine Kursgebühr erhoben. Um Überweisung der Kursgebühr — möglichst bei der Anmeldung — an den Ärtzl. Bezirksverein Augsburg (Postcheckkonto München Nr. 63 30 oder Bankkonto Nr. 636 76 bei der Süddeutschen Bank AG, Filiale Augsburg) wird gebeten.
3. Quartierbestellung auf gesonderter Postkarte an den Verkehrsverein Augsburg, Halderstraße 3 (Telefon 83 76), unter Angabe der Bettenzahl und des Tages der Ankunft und Abreise und evtl. benötigter Garage. Unterkunftspreise pro Person und Nacht: Hotel (i. Kl.) DM 6.— bis 12.—, Hotel (2. Kl.) DM 4.— bis 8.—, Gasthöfe u. Fremdenheime DM 2.50 bis 4.—, Privatvermietung DM 2.50 bis 4.—. Allgemeiner Zimmernachweis des Verkehrsvereins Augsburg im Amtl. Reisebüro (gegenüber dem Hauptbahnhof) Tel. 22 31; durchgehend geöffnet von 8.00 bis 19.00 Uhr, nach 19.00 Uhr beim Portier des Bahnhofhotels.
Für bestellte Quartiere erfolgt bei Nichtbenützung derselben Rechnungsstellung, falls dieselben nicht bis 18.00 Uhr des Anreisetages abbestellt werden.
4. Auf Wunsch steht eine Reihe von Betten in Kliniken unentgeltlich zur Verfügung. Diesbezügliche Anmeldung an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg erbeten.
5. Auto-Mitfahrtdienst. Die Bundesbahn gewährt keine Fahrpreismäßigung mehr. Es ist ein Auto-Mitfahrtdienst eingerichtet in der Weise, daß Kollegen ohne Wagen sich bei ihrem zuständigen Bezirksverein nach einer Mitfahrgelegenheit erkundigen können. Für die Rückfahrt wird während der Tagung Fahrgelegenheit vermittelt.
6. Tel. Rufnummer für Tagungsteilnehmer: Während der Tagung im Ludwigsbau sind die Tagungsteilnehmer dort unter der Rufnummer Augsburg 66 51 erreichbar.
7. Alle sonstigen Anfragen sind an das Sekretariat des Ärztlichen Bezirksvereins Augsburg, Augsburg, Schüzlerstraße 19, Tel. 27 77, zu richten.

8. Referatehefte. Die Referatehefte der 5. Vortragsreihe (Herz- und Kreislaufkrankungen), 6. Vortragsreihe (Krankheiten des Blutes), 7. Vortragsreihe (Unfallmedizin), 8. Vortragsreihe (Neurologie und Neurochirurgie), 9. Vortragsreihe (Nierenerkrankungen einschl. Urologie) sind erhältlich gegen Voreinsendung des Betrages (Preis pro Heft DM 3.—). Überweisung erbeten an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg (Bankkonto: Nr. 636 76 bei der Süddeutschen Bank AG, Fil. Augsburg oder Postcheckkonto Nr. 63 30 PSch.-Amt München). Die genannten Hefte liegen auch während der Tagung im Ludwigsbau zum Verkauf auf.

Ärztlicher Fortbildungskurs

Veranstaltet von der Ärzteschaft des Kreises Ulm/Donau

Thema: „Der moderne Hausarzt, seine Möglichkeiten und seine Grenzen.“

1. Kurs - Sonntag, 22. Februar 1953:
1. Präsident Professor Dr. Neuffer-Stuttgart:
Eröffnung des Kurses.
2. Professor Dr. Büchner-Freihurg i. Br.:
Der Hausarzt als Mentor des Kranken bei den Durchblutungsstörungen des Herzens.
3. Professor Dr. Bock-Ulm/Donau:
Internistisches Korreferat (Koronarerkrankungen).
4. Professor Dr. Mayer-Tübingen:
Vermeidung häufiger Fehler in der geburtshilflichen Praxis.
5. Professor Dr. Dennig-Stuttgart:
Hausarzt und Infektionskrankheiten.
 2. Kurs - Sonntag, 22. März 1953:
1. Dr. med. habil. Niedner-Ulm/Donau:
Der praktische Arzt in der modernen Wundbehandlung und in der chirurgischen Therapie von Herz- und Gefäßerkrankungen.
2. Professor Dr. Krenz-Tübingen:
Orthopädische Winke für die Allgemeinpraxis.
3. Professor Dr. Stühmer-Freihurg i. Br.:
Dermatologische Ratschläge für die Sprechstunde.
4. Dr. med. Cremer-Tutlingen:
Augenärztliche Möglichkeiten des Praktikers.
3. Kurs - Sonntag, 19. April 1953:
1. Professor Dr. Hochrein-Ludwigshafen/Rh.:
Diagnose und Therapie des neurovegetativen Syndroms.
2. Professor Dr. Henpke-Frankfurt/Main:
Diätetik in gesunden und in kranken Tagen.
3. Professor Dr. Spiegler-Ulm/Donau:
Klimakterium.
4. Frau Dr. med. Jutta von Graevenitz-Stuttgart:
Möglichkeiten und Grenzen der Eheberatung.
 4. Kurs - Sonntag, 17. Mai 1953:
1. Professor Dr. Kretschmer-Tübingen:
Konstitutionelle Reifungsprobleme.
2. Professor Dr. Venkennel-Köln:
Praktische Fortschritte in der Dermatologie und in der Venerologie.
3. Reg.-Med.-Direktor Dr. Berner-Stuttgart:
Erfahrungen und Ratschläge aus der Gutachterfähigkeit.
4. Dr. med. habil. Humperdinck-Stuttgart:
Erkennung, Beurteilung und Behandlung häufiger Berufskrankheiten.
- Ort: Ulm/Donau, Großer Rathaus-Saal
Beginn jeweils 9 Uhr vormittags.
(gez.) Professor Dr. Dennig
(Leiter der ärztlichen Fortbildung)
- (gez.) Dr. Busch
(Vorsitzender der Ärzteschaft Ulm/Donau)

Zur Behandlung der Herzinsuffizienz

Digimerck

(früher Digitoxin Merck)

20 Tabletten $\frac{1}{10}$ mg DM 1.65; 50 Tabletten DM 3.75 o.U.

E. MERCK • CHEMISCHE FABRIK • DARMSTADT

Fortbildungskurs in Naturheilverfahren

Der unter Leitung von Professor Dr. Brauchle stehende Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren veranstaltet in der Zeit vom 21. bis 28. 3. 1953 einen Fortbildungskurs in den Naturheilverfahren in Bad Nauheim.

Dieser Kurs ist wieder ganz auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes abgestellt. Neben den Vorträgen wird besonderer Wert auf die Einführung und Fortbildung in die Technik der einzelnen Naturheilverfahren gelegt.

Folgende Kurse finden statt:

Hydrotherapie für Anfänger und Fortgeschrittene.

Massagekurs für Anfänger und Fortgeschrittene (einschl. Bindegewebssmassage).

Vegetarischer- und Rohkostkochkurs für Arztfrauen und Ärzte.

Einführung in die Penosoltherapie und die suggestive Entspannungstherapie.

Besondere Tage sind der Behandlung von Herzkrankheiten, der Erkrankungen der Bewegungsorgane und der Behandlung des inoperablen Carcinoms und der Nachbehandlung des Carcinomskranken gewidmet.

Es sprechen:

Dr. Bachmann, Prof. Dr. Brauchle, Dr. Brück, Dr. Buchinger jr., Prof. Dyckerhoff, Dr. Ernst, Prof. Dr. Fühndrich, Prof. Dr. Frick, Prof. Dr. Gaethgens, Dipl.-Phys. Germer, Dr. Grandel, Dr. Groh, Prof. Dr. Grote, Dr. Haferkamp, Prof. Dr. Hauberisser, Prof. Dr. Heiß, Dr. Heun, Prof. Dr. Heupke, Dr. Hoff, Dr. Hube, Dr. Huneke, Dr. Issels, Dr. Kaiser, Dr. Kibler, Dr. Kluthe, Senator Prof. Knack, Prof. Dr. Koch, Prof. Dr. Kohlrausch, Prof. Dr. Kollath, Dr. Kuppe, Dr. Kusche, Dr. Malten, Dr. Meyer, Prof. Dr. Mommsen, Dr. E. A. Mueller, Prof. Dr. Pfannenstiel, Prof. Dr. Pichinger, Priv.-Doz. Dr. Ritter, Dr. Schacht-schneider, Dr. Scharfbillig, Dr. Schliephake, Frau Dr. Schlüter, Doz. Dr. Schoeler, Dr. Scholten, Dr. Stiefvater, Prof. Dr. Stork, Dr. Völler, Priv.-Doz. Dr. Volhard, Dr. Graf Wittgenstein, Prof. Dr. Zuckschwerdt.

Anmeldungen und Anfragen sind an Kurverwaltung Bad Nauheim zu richten.

Anfragen wegen Vorträgen und Kursen an den Leiter des Kurses: Dr. med. Haferkamp, Mainz/Rhein, Schulstraße 13.

Der Preis für den Kurs beträgt DM 40.—.

Assistenzärzte und Ärzte in nichtselbständiger Tätigkeit zahlen DM 20.—.

Lehrgang in Naturheilverfahren und Homöopathie

In der Zeit vom 22. bis 28. März 1953 findet in Bad Nauheim ein Lehrgang in Naturheilverfahren und Homöopathie statt, bei dem nachstehende Referenten die folgenden Themen behandeln:

Dr. Bier, Frankfurt a. M.: a) Massage, b) Chiropraktik. Dr. Borig, Friedberg: Botanische Exkursion. Prof. Dr. v. Bormann, Bad Nauheim: Dysbakterie. Prof. Dr. W. Heupke, Frankfurt a. M.: Grundlegendes zur praktischen Ernährungslehre. Dr. Kautzsch, Frankfurt a. M.: a) Darmbad, b) Sauna. Prof. Dr. G. Klein, Zell-Hammersbach: Heilpflanzen-therapie. Dr. H. Kügler, Isny: a) Naturheilkundliche Diätetik in der Praxis, b) Fastenkuren in der Praxis. Dr. W. Münch, Bad Nauheim: a) Homöopathische Probleme, b) Hypnose und Suggestion. Dr. C. Oelmann, Bad Nauheim: Fokusprobleme. Dr. W. Preußner, Diez/Lahn: Neuraltherapie und Naturheilkunde. Prof. Dr. Dr. K. Saller, München: a) Theorie und Praxis der Naturheilverfahren, b) Homöopathische Konstitutionstherapie. Dr. G. A. Schoger, Schlangenbad: Die Badebehandlung rheumatischer Erkrankungen. Dr. W. Spongl, Würthshofen: Kneippbehandlung. a) Was heißt Kneipen? b) Kneipp-anwendungen, c) Kneipptherapie bei akuten Infektionskrankheiten, d) Kneipptherapie in der Großstadt- und Landpraxis bei Herz-, Nerven- und Zivilisationsschäden. Prof. Dr. Weber, Bad Nauheim: Der Einfluß von Nikotinschäden auf den Kreislauf.

Ferner sind praktische Koch- und Massagelokurse, auch in Bindegewebssmassage (Dr. Helmrich), vorgesehen. Die Kurse werden so gelegt werden, daß eine Teilnahme an ihnen neben den Kursvorträgen auch tatsächlich möglich ist.

Anmeldungen zu dem Lehrgang an Dr. W. Münch, Bad Nauheim, Kurstraße 21, oder Prof. Dr. Dr. K. Saller, München, Richard-Wagner-Straße 40/I. Kursgebühr 40 DM, für Ärzte in unbezahlter Stellung und für Teilnehmer früherer Kurse 20 DM; Überweisung erbeten an das Lehrgangskonto 88 21, Postscheckamt München. Studenten und Teilnehmer aus der Ostzone sind gebührenfrei.

Wiederholung der Medizinischen Kolloquien in Davos vom 22. März bis 6. April 1953

Preise ab München DM 322.—, Frankfurt DM 346, Hamburg DM 373.—, Köln DM 358.— (von anderen Orten Deutschlands gestaffelter Fahrpreis mit Feriensonderzug). Aufenthalt ohne An- und Rückreise DM 273.—. Verlängerungswoche für 7 Tage DM 125.—. Zuschlag für erste Hotelqualität DM 50.—.

Im Preise eingeschlossen sind: Fahrtkosten vom Abfahrtsort und zurück, erstklassige Verpflegung, Unterbringung entsprechend der gewünschten Hotelkategorie, Bedienung, Steuern, Kurtaxe und Kolloquiengebühren.

Nähere Anfragen und Prospekte durch:

Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln 1, Brabanter Str. 13, Telefon 5 86 31.

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Hauptthemen für die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin vom 13.—16. April 1953 in Wiesbaden sind nunmehr endgültig festgelegt.

1. Regulationspathologie. Referenten: Holtz, Rostock; Bennhold, Tübingen; Schulz, Berlin; Hüdepohl, Berlin.

2. Fettstoffwechsel.

3. Vergleichende Pathologie (gemeinsam mit der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft). Referenten: Dobberstein, Berlin; Frauchiger, Bern; Hertwig, Halle; Pallaske, Leipzig; Scheidegger, Basel.

Ein Tag ist freien Vorträgen vorbehalten.

Anmeldungen bis spätestens 15. März an Prof. Dr. Fr. Käuffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie

Die Deutsche Gesellschaft für Pathologie wird ihre 37. Tagung vom 26.—29. Mai 1953 in Marburg/Lahn unter dem Vorsitz von Prof. Dr. C. Froboese, Berlin-Spandau, abhalten.

Thema: „Die reaktiven und blastomatösen Retikulosen.“

Referenten: von Herrath, Berlin; Fresen, Düsseldorf; Schallock, Mannheim; Roulet, Basel; Rohr, Zürich.

Vortragsanmeldungen sind bis 15. 3. 1953 mit kurzem Autoreferat an den Schriftführer: Prof. Dr. E. Randerath, Patholog. Institut Heidelberg, zu senden.

4. Lindauer Psychotherapiewoche

Die 4. Lindauer Psychotherapiewoche findet vom 27. April mit 2. Mai 1953 statt. Angeschlossen ist vom 4. bis 9. Mai eine Woche mit praktischen Übungen (freie Wahl der einzelnen Übungen).

Thema der Psychotherapiewoche ist: „Die Hilfsmethoden der ärztlichen Psychotherapie.“

Vortragende (alphabet. geordnet): Gauger, Düsseldorf; Prof. Heiß, Freiburg i. Br.; Heun, G. R. Heyer, Lucy Heyer, Prof. Hirschmann, Tübingen; Prof. Kihn, Erlangen; Lanzke, Leube, Lhotsky, Reich, Roemer, Prof. J. H. Schultz, von Staabs, Stemmer, Stuttgart; Stokvis, Holland; Teirich, Graz; Prof. Vetter, München. Den Einführungsvortrag hält Heyer, das Resümee gibt J. H. Schultz.

Der Persönlichkeitsdiagnostik ist ein breiter Raum zugedacht. (Heiß, Lanzke, Lhotsky, Reich, Roemer, von Staabs, Vetter.)

Weiter wird u. a. berichtet über die Einwirkungen des pathologischen und des therapeutischen Hungers auf die Persönlichkeit sowie über die Möglichkeit arzneilicher Einflußnahme.

Über sehr interessante statistische Untersuchungen an Neurosekranken berichtet Hirschmann, Tübingen. In einer durchgehenden Vorlesung wird nachmittags Kihn über seine Therapie der Epi und der multiplen Sklerose sowie über seine Erfahrungen mit dem Bogomoletz-Serum referieren.

2. Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin

Vom 26. bis 31. Mai 1953 findet in Berlin der 2. Deutsche Kongreß für ärztliche Fortbildung statt. Die wissenschaftliche Gestaltung liegt in den Händen eines Kuratoriums, dem die Leiter maßgeblicher westdeutscher und Berliner Fortbildungsstätten angehören. Der Kongreß wird wiederum in zwei parallelen Vortragsgruppen durchgeführt, denen folgende Hauptthemen zugrunde liegen:

Vortragsgruppe A: Leberstoffwechsel, Blut und Blutkrankheiten, Innere Sekretion (Hypophyse, Nebennieren, Keimdrüsen), Infektionskrankheiten, Fortschritte in der Tuberkulosebehandlung, Nierenerkrankungen einschließlich Urologie.

Vortragsgruppe B: Tumorthherapie, Neurologie und Neurochirurgie (einschl. vegetativer Dystonie), Hyperthyreose, Knochen- und Gelenkchirurgie, Bäder- und Klimahelkunde, Fokalinfection, Aerosoltherapie.

NEU

Reginerton

DRAGEES

das

neuartige

Umstimmungstherapeuticum

bei vegetativ - dystonisch - dyshormonalen Krankheitszuständen

Preisniedrig
und sparsam!

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



Zusammensetzung:

1 Drogee enth.: Khellin 0,005g,
Chelidonin 0,001 g, Hypericin
0,002 g, Yohimbin nitr. 0,001 g,
Papaver. 0,01 g, Hypophys. ce-
rebr. 0,02 g, molek. Verbdg.
v. Diäthylbarbitursäure-Phen-
nyldimethylpyrazol. 0,04 g,
Co-Solz+Constituent. 0,0218g.

DOLORGIET



BAD GODESBERG

Das Hauptprogramm wird durch ein umfangreiches Rahmenprogramm mit Kolloquien und Demonstrationen in den Berliner Kliniken und Krankenhäusern ergänzt. Neben einer chemisch-pharmazeutischen und medizintechnischen Ausstellung ist in Anlehnung an das wissenschaftliche Programm eine Bäderausstellung vorgesehen. Einzelheiten des wissenschaftlichen Programmes werden zu einem späteren Zeitpunkt bekanntgegeben.

Anfragen und Anmeldungen sind an das Büro der Kongreßgesellschaft Berlin-Steglitz, Klingstr. 29, zu richten.

RUNDSCHAU

Forschung erhält 10 Millionen DM. Aus Mitteln des Bundesinnenministeriums sollen im Rechnungsjahr 1953 zur Förderung von Schwerpunkten in der deutschen wissenschaftlichen Forschung zehn Millionen DM angewendet werden. Das Bundesinnenministerium begründet diese Ausgabe damit, daß die deutsche Forschung auch heute noch unter den Folgen des Krieges und der ihm vorangegangenen Absperrung vom Ausland leide. Die Wiederaufnahme freier wissenschaftlicher internationaler Beziehungen, so betont das Ministerium, habe demonstriert, wie weit die deutsche Forschung auch gegenüber Ländern noch zurückliege, die wie die südamerikanischen früher die deutsche Forschung als führend anerkannt hätten. Die Verleihung der Mittel erfolgt auf Vorschlag der deutschen Forschungsgemeinschaft durch das Bundesinnenministerium. (Med. Klinik Nr. 5/1953)

Haushaltsmittel für bayerische Universitätskliniken. Der Bayerische Landtag beschloß einstimmig, für den Wiederaufbau der Universitätskliniken sowie für Krankenhäuser die verfügbaren Haushaltsmittel mit Vorrang vor anderen Projekten im nächsten Etat einzusetzen. (Med. Klin. Nr. 1/53)

Die Unterhaltung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik erfordert zur Zeit einen täglichen Zuschußbedarf von 5 DM pro Bett und einen einmaligen Nachholbedarf von 900 DM pro Bett, erklärte der erste Vorsitzende der deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, Dr. Peter van Aubel, anlässlich der in Stuttgart veranstalteten Mitgliederversammlung der Gesellschaft. In der Bundesrepublik besteht, wie van Aubel weiter mitteilte, zur Zeit ein Fehlbedarf von 70 000 Krankenhausbetten, so daß für Katastrophenfälle praktisch keine Bettenreserve vorhanden ist. (Med. Kl. 51/52)

Die KVAB unter der Lupe. Die vom Rechnungshof vorgenommene Prüfung des Jahresberichtes der Kranken-Versicherungsanstalt Berlin (KVAB) wirft erneut ein bezeichnendes Licht auf die Finanzlage und das Geschäftsgebahren dieser Institution. Nachdem bereits am Schluß des Rechnungsjahres 1949 die VAB 9,16 Mill. DM an Kur- und Pflegekosten der Stadt Berlin schuldig geblieben war — abgesehen von einer gleich hohen Summe DM-Ost, die vorher bereits erlassen wurde — waren bis Ende Mai 1952 Zahlungsrückstände von 2,92 Mill. DM vorhanden. Im Zuge der Nachprüfungen durch den Rechnungshof hat sich herausgestellt, daß zur Krankenversicherung geleistete Beiträge entgegen den gesetzlichen Bestimmungen offenbar für andere Versicherungszweige Verwendung gefunden haben. Für die Leistungen der Kriegsoferversorgung ist die KVAB nach Ansicht des Rechnungshofes mit 15 Mill. DM überzahlt worden, deren Rückforderung eingeleitet ist. — Man darf wohl erwarten, daß nach der neuerlichen kritischen Stellungnahme des Rechnungshofes der inzwischen neu bestellte Vorstand der KVAB sich seiner Geschäftsführung einmal mit besonderer Gründlichkeit widmen und ihre Praktiken sorgfältig unter die Lupe nehmen wird. (Deutsch. Med. Journ. Nr. 23/24/52.)

Der Versicherungsvertrag der KVAR mit den West-Berliner Hochschulen ist vom Aufsichtsamt der KVAB zum 31. Dezember gekündigt worden. Die Studentenwerke der Hochschulen werden die Krankenversicherung für die Studenten in eigene Regie übernehmen und bis Ende des Jahres eine „Studentische Krankenversicherung“ (SKV) gründen. Es soll ein Rückversicherungsvertrag mit einer westdeutschen Krankenversicherung abgeschlossen werden.

Missionsärzte. In Würzburg werden im kath. Missionskrankenhaus, das dem Missionsärztlichen Institut angeschlossen ist, Missionsärzte ausgebildet. Das Krankenhaus hat 150 Betten mit tropenmedizinischer, innerer und chirurgischer Abteilung. (DMI)

Examen für Heilpraktiker. Erstmals seit Kriegsende legten in der bislang einzigen westdeutschen Heilpraktikerschule in Kettwig bei Essen 35 Prüflinge vor Vertretern ihres Berufslandes, vor Sachverständigen der Bundes- und Landesregierung und des Bundeslages ihr Examen ab. (Med. Klinik Nr. 4/1953)

Der teitsozialisierte Gesundheitsdienst in Australien unter Mitverantwortung der Patienten. In den letzten Jahren haben heftige Kämpfe um die Sozialisierung der Medizin stattgefunden. Schließlich

hat sich daraus ein Gesundheitsprogramm entwickelt, das als durchaus vernünftig anzusehen ist und dessen Studium auch für uns Deutsche interessant sein dürfte.

Bekanntlich war in Australien bis zum Jahre 1949 eine „Labour-Socialist“-Regierung an der Macht, die mit allen Mitteln, sogar mit Zwang versucht hatte, die Sozialisierung der Medizin durchzusetzen. Sie scheiterte jedoch an dem geschlossenen Widerstand der australischen Ärzteschaft. Denn mehr als 98% der Ärzte Australiens hatten sich gegen das Sozialisierungsprogramm der Regierung ausgesprochen.

Seitdem hat nun Australien in Sir Earle Page einen Arzt als Gesundheitsminister, der bei Einführung neuer Maßnahmen die ärztliche Organisation befragt und so weit wie möglich ihrem Rate folgt. Denn die derzeitige australische Regierung steht auf dem Standpunkt, daß dem Individuum ein Gefühl von Selbstverantwortung und sozialer Verantwortung erhalten bleiben muß, und daß angesichts der Auswirkungen anderer Gesundheitsdienste die freiwillige Versicherung am zweckmäßigsten sei. So kam es in Australien schrittweise zu folgenden Maßnahmen, die zur Zeit noch erweitert werden:

1. Es wurde eine Liste bestimmter lebensrettender und krankheitsverhütender Medikamente aufgestellt. Bei Vorlegung eines vorschrittmäßigen Rezeptes können die in der Liste enthaltenen Medikamente in jeder Apotheke frei und kostenlos ausgehändigt werden. Diese Liste wird ständig von Fachwissenschaftlern bearbeitet, damit neuere und wirksamere Medikamente sofort aufgenommen werden können.

2. Der Staat liefert täglich ½ Liter Milch (½ pint) kostenlos für alle Kinder unter 12 Jahren, die eine öffentliche oder private Schule, einen Kindergarten, einen Kinderhort oder eine -krippe besuchen.

3. Die Rente für Tuberkulosekranke wurde so erhöht, daß sie den Standardgrundlohn erreichte. Diese Maßnahme nimmt dem The-Patienten eine große Last ab. Er kann sich in Ruhe der notwendigen Behandlung bzw. Kur unterziehen und braucht sich in dieser Zeit um den Unterhalt seiner Familie nicht mehr zu sorgen.

4. Die gesundheitliche Betreuung der Rentenempfänger gewährleistet eine kostenlose ärztliche Behandlung und Versorgung mit Medikamenten für alle alten, invaliden und verwitweten Rentenempfänger und ihre Angehörigen. Die Britische Ärztevereinigung, australische Abteilung, stellte der Regierung eine Liste mit den Namen der Ärzte zur Verfügung, die freiwillig an dieser Versorgung mitarbeiten. Die Regierung zahlt dabei 8/sh pro Konsultation und 10/sh pro Besuch. Diese Zahlen sollen demnächst erhöht werden. Die Beträge werden direkt an den Arzt gezahlt, der eine Bescheinigung für durchgeführte Behandlung des Rentenempfängers vorlegen muß. Der Arzt kann jedes Medikament der Pharmakopöe in jeder gewünschten Weise verschreiben.

5. Um die steigenden Krankenhauskosten tragen zu helfen, zahlt die Regierung pro Tag 8/sh pro Patient eines zugelassenen Krankenhauses. Außerdem zahlt die Regierung, um die Politik der freiwilligen Versicherung zu fördern, jedem Mitglied einer zugelassenen freiwilligen Versicherungsgesellschaft pro Tag noch 4/sh und der Patient erhält von seiner Versicherungsgesellschaft pro Tag 6/sh, so daß also ein Mitglied einer freiwilligen Versicherung pro Tag 12/sh plus 6/sh Krankenhauskostenbeihilfe erhält. Die geplanten Verbesserungen dieser Maßnahmen sehen eine Erweiterung der Versicherungsleistungen vor, aber immer nur soweit, daß der Patient noch einen kleinen Teil der Kosten selbst tragen muß.

Die Ärzteschaft ist bei diesem System völlig frei geblieben. Jeder Arzt kann seinen Patienten so behandeln, wie er es für richtig hält. (DMI)

Die Krankenversicherung in den USA. Die Anzahl der Kranken- und Unfallversicherungen in den Vereinigten Staaten befindet sich ständig und rapid im Steigen. Zu Ende des Jahres 1951 waren insgesamt fast 86 Millionen Amerikaner krankenversichert. Es handelt sich dabei um freiwillige und private Versicherungen. Ihre Anzahl stieg während des Jahres 1951 um zwölf Prozent gegenüber dem Vorjahr. Im Jahre 1940 genossen nur 16 Millionen Amerikaner im Krankheitsfall Versicherungsschutz. Heute ist dieser oft ein Teil des Arbeitsvertrages, bei dem der Arbeitgeber meistens für die Beiträge aufkommt. Dagegen wächst auch die Zahl der Versicherten gegen Operationskosten; sie betrug im vergangenen Jahr insgesamt 65 Millionen. Dies bedeutet eine Steigerung von 20 Prozent gegenüber 1950. Zehn Jahre vorher waren weniger als sieben Millionen Personen gegen diese Art von Arztkosten versichert. (Med. Klinik Nr. 5/1953)

Medizinstudium in Frankreich. Nach vorübergehendem leichtem Rückgang nahm die Zahl der Einschreibungen zum Medizinstudium in den letzten Jahren wieder erheblich zu. Zur Zeit studieren in Frankreich ungefähr doppelt soviel Medizinstudenten als später Ärzte benötigt werden. Die Zahl der angeforderten und bisher auch gewährten

Stipendien steigt ungeheuer; an der Universität Lyon erhalten beispielsweise über 40% der Medizinstudenten Stipendien. Hier soll eine auf der Leistung der Bewerber aufgebaute schärfere Sichtung erfolgen. Ferner soll eine Lenkung der Ärzte in bisher unterbesetzte Gebiete vorgenommen werden. — Das vor Beginn der eigentlichen medizinischen Fachstudien zu absolvierende Baccalauréat entspricht nicht mehr den derzeitigen Erfordernissen. Hier wäre eine Änderung wünschenswert, ebenso eine verstärkte Einführung allgemeinen Kulturunterrichts in den Lehrplan. (Deutsch. Med. Journal Nr. 23/24/52.)

World Medical Association Bulletin (Okt. 1952): Dr. Dag Knutson, vorjähriger Präsident des Weltärztebundes, berichtet über die Lage in Schweden. (Auszug.) Nach dem Krieg brach in Schweden ein „Sturm der Reformen“ aus, der im Augenblick zur Ruhe gekommen ist. Die Spreu ist vom Weizen geschieden, die Unkosten haben sich inzwischen wie in den meisten anderen europäischen Ländern zu ungeahnten Höhen emporgeschwungen.

Vom materiellen Gesichtspunkt aus geht es der schwedischen Bevölkerung gut. Sie erhält alle möglichen Unterstützungen und verlangt, wie das so üblich ist, immer mehr. Ernährungs-, Kinder- und Wohnungsbeihilfen werden gewährt, ebenso Wochenhilfe, Krankenhausaufenthalt und Arzneien; diese Aufzählung ist noch lange nicht erschöpfend. Der allgemeine Lebensstandard ist sehr hoch. Damit

sind die Voraussetzungen für ausgezeichnete Gesundheit gegeben. Tuberkulose und Mangel sind im wesentlichen überwunden. Was aber geistiges und soziales Wohlbefinden anbetrifft, so wird die Lage schon komplizierter. Die schwedischen Ärzte haben inzwischen auch herausgefunden, daß das Wohlbefinden durchaus nicht nur auf materielle Voraussetzungen aufgebaut werden kann. Nervöse Spannungen zeichnen sich immer deutlicher ab. Das Gefühl der Sicherheit und der Ausgeglichenheit ist kaum vorhanden. Vielleicht ist die Last des Steuerzahlers zu groß, vielleicht möchten einzelne doch lieber verantwortlich bleiben, kurz, der Erfolg ist keineswegs das, was optimistische Politiker versprochen.

Für die Ärzte wird es schwieriger. Individualisierung der Behandlung ist schwieriger denn je, aber die Gemeinschaft fordert Standardisierung aus wirtschaftlichen Gründen. Große Ambulatorien für Massenabfertigung werden geschaffen, aber die Patienten mit seelischen Schmerzen finden keine Zeit bei ihrem Arzt. Noch immer glauben schwedische Ärzte, daß das Prinzip der Freiwilligkeit in der persönlichen Versicherung unersetzlich ist. (Kl.)

Eine Weltkonferenz des Weltärztebundes über ärztliche Ausbildung findet vom 24. bis 29. August 1953 in London statt. Anfragen an das Sekretariat: Dr. Louis E. Bauer, 2 East 105 Street, New York, N.Y. USA. (Med. Klin. Nr. 4/1953)

AMTLICHES

Verlegung des Ärztetages 1952

Die mit Beschluß der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer vom 25. 10. 1952 beschlossene Verlegung der gemäß § 15 Abs. II des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 (GVBl. S. 193) vorgeschriebenen jährlichen ordentlichen Sitzung der Bayer. Landesärztekammer (7. Bayer. Ärztetag) auf das Jahr 1953 wird in Anbetracht der gegebenen besonderen Umstände gemäß Art. 36 Abs. 2 des Bayer. Ärztegesetzes genehmigt. Diese auf das Jahr 1953 verlegte ordentliche Sitzung der Bayer. Landesärztekammer kann gleichzeitig als ordentliche Sitzung für das Jahr 1953 abgehalten werden.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

Beschluß der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer

Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer faßte in einer am 7. 2. 1953 abgehaltenen Sitzung einstimmig folgenden Beschluß:

„Der 7. Bayer. Ärztetag findet am 4./5. Juli 1953 in Würzburg statt.“

Vorläufige Tagesordnung:

1. Änderungen des Bayer. Ärztegesetzes;
2. Reform der sozialen Krankenversicherung.“

Zulassungen im Arztregisterbezirk Schwaben

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

Neu-Ulm	1 Augenarzt,
Schelldorf (Ldkr. Kempten)	1 Praktiker,
Krumbach	1 Praktiker.

Für sämtliche Stellen sind niedergelassene Bewerber vorhanden, jedoch sind weitere Bewerbungen möglich.

Anträge auf Zulassung sind bis spätestens 31. März 1953 beim Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Schwaben, Augsburg, Schäßlerstr. 19, einzureichen.

Die Bewerbungsgebühr vom DM 5.— ist auf das Konto Nr. 3478 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Bezirksstelle Schwaben, bei der Süddeutschen Bank A.G., Filiale Augsburg (Postscheckkonto der Bank: München 151), einzubezahlen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern:
Bezirksstelle Schwaben:
Dr. Dr. Pfeifer.

Verordnung

zur Änderung der Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken vom 2. 4. 1931 (GVBl. S. 105)

Vom 16. Dezember 1952

Bayer. Staatsministerium des Innern

Auf Grund des § 367 Ziff 3 und 5 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich und des Art. 2 Ziff. 8 und 9 des Polizeistrafgesetzbuches wird bestimmt:

§ 1

Die Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken vom 2. 4. 1931 (GVBl. S. 105) in der Fassung der Verordnung vom 4. 1. 1949 (GVBl. S. 44), 27. 9. 1949 (GVBl. S. 273), 21. 3. 1950 (GVBl. S. 82), 29. 11. 1950 (GVBl. 1951 S. 6), 24. 3. 1951 (GVBl. S. 57), 12. 5. 1952 (GVBl. S. 167) und vom 18. 9. 1952 (GVBl. S. 267) wird wie folgt geändert:

In dem der Verordnung angeschlossenen Verzeichnis werden eingefügt nach:

Vinum stibiatum

die Worte:

Xanthencarbonsäurediäthylaminoäthylester-Methylbromid
(z. B. Banthine, MTB 51)

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1953 in Kraft.

Bayerisches Staatsministerium des Innern
gez. Dr. Wilhelm Hoegner,
Staatsminister und stellv. Ministerpräsident



(Chinin- Veralgit

- Grippe u. Erkält.-Infekte (virotrop)
- kupierend, falls im Beginn genomm.
- verhütend, „ vorher „ „
- analgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)

-Dragées

BUCHBESPRECHUNGEN

Deutscher Arztekaleender 1953. Verlag Urban & Schwarzenberg, München, 555 S. Text, 192 S. Kalendarium. Ganzl. DM 7.50.

Eingeleitet mit „Wissenswertes Anschriften“ für die Berufstätigkeit und das Ständeleben des Arztes weist die Ausgabe 1953 des bewährten Taschenbuches neben den zum Teil überarbeiteten Kapiteln der letzten Ausgabe folgende begrüßenswerte Ergänzungen auf:

Den Abdruck des von Prof. Dr. Neuffer auf dem Deutschen Arztag 1952 in Berlin gehaltenen Referates über die „Ärztliche Schweigepflicht“ sowie die Zusammenstellung einiger für die Ärzteschaft bedeutsamer Entscheidungen des Bundesgerichtshofes. Der in der letzten Auflage erstmals aufgenommene Überblick über die für die Ärzte wichtigsten Bestimmungen des Strafrechtbuchs von Dr. jur. Heß sind auch in dieser Ausgabe wieder enthalten. Neu sind ferner die „Richtlinien für die Früherkennung, Behandlung und Vorbeugung von bösartigen Geschwülsten“ im Abschnitt über Diagnostik und Therapie sowie ein kurzer Beitrag „Zur Psychotherapie des Praktikers“. Der mit einer Fülle von Material ausgestattete „Deutsche Arztekaleender 1953“ wird damit zum nahezu unentbehrlichen Begleiter in der täglichen Praxis und zum Berater für die oft schwierigen Ständefragen. Die Aufnahme einer Zusammenstellung der wichtigsten Bestimmungen der den praktizierenden Arzt erfahrungsgemäß nur unzureichend bekannten Tarifordnung für das Hilfspersonal der Ärzte in der nächstjährigen Ausgabe sei an dieser Stelle angeregt. Si.

Praktikum der kleinen Sportverletzungen. Von Dr. Alexander Hartwich, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, 110 Seiten, 22 Abbildungen, kart. DM 10.—

Das Büchlein ist wirklich aus der Praxis entstanden und für den Praktiker geschrieben. Der Verfasser verzichtet auf die Schilderung der Entstehung und Behandlung der schweren Sportverletzungen und befaßt sich dafür um so gründlicher mit allen Fragen der Beurteilung und zweckmäßigen Versorgung der im Sport herrschenden, zahlreichen sogenannten kleinen Verletzungen. Für die große Masse der Sporttreibenden ist das insofern gewinnbringend, als der einzelne Sportler in der Regel zunächst den Praktiker bei leichter erscheinenden Verletzungen aufsucht.

Der Verfasser vermeidet die Beschreibung der einzelnen Sportarten und der ihnen eigenen typischen Verletzungen, gibt aber dafür im ganzen einen ausgezeichneten Überblick über die immer wiederkehrenden Sportschäden. In einem kurz gehaltenen allgemeinen Teil wird auf das für die Behandlung der kleinen Sportverletzungen notwendige Rüstzeug, auf die Grundlagen der Physiotherapie, auf Verbands- und Gipstechnik sowie auf die Beurteilung der Sportschäden eingegangen.

Der Hauptteil des Büchleins schildert in erstaunlich vielseitiger und gründlicher Weise, auf trotzdem gedrängtem Raum, zunächst die Schäden der Muskulatur und der am häufigsten geschädigten Gelenke. Den Verletzungen der Knieseitenbänder und der Menisken sowie den Zerreißen der Kniekreuzbänder wird besondere Beachtung gewidmet. Zu den osteopathischen Zuständen bei Jugendlichen, den Abrißfrakturen und den Periostschäden wird ebenfalls Grundlegendes gesagt.

Die aufgeworfenen sportorganisatorischen Fragen und die Ansichten über die sportärztliche Beratung vermögen besonders den Sportärzten wertvolle Anregungen zu geben.

Der Vorzug des Büchleins liegt vor allem darin, daß der Verfasser außer seinen eigenen Urteilen und Behandlungsvorschlägen auch die verschiedenen Ansichten zahlreicher namhafter Autoren schildert und somit dem aufmerksamen Leser die Wahl dieser oder jener Behandlungsmethode offen läßt. Alles in allem muß man das Büchlein wirklich freudig begrüßen und dem Praktiker, insbesondere aber jedem sportmedizinisch interessierten Kollegen, zur gründlichen Lektüre wärmstens empfehlen.

Dr. med. Gustav Kohnert, Stud.-Rat u. Sportarzt.

Leitfaden der Elektromedizin. Von Prof. Dr. A. Laqueur u. Prof. Dr. O. Müller. Verlag C. Marhold, Halle a/S, 266 S., 130 Bilder. Geh. DM 10.50.

Besonders dem humanistisch vorgebildeten Arzt pflegt es manchmal einige Schwierigkeiten zu bereiten, sich mit physikalischen Dingen befassen zu müssen. Mancher versteht von physiko-therapeutischen Apparaten nicht viel mehr als deren Bedienung und ist anfangs im wesentlichen auf die in den von der Industrie mitgelieferten Broschüren angegebenen Indikationen und Dosierungen angewiesen, bis man empirisch zu einem eigenen Urteil kommt. Sicher hat mancher praktizierende Arzt ein einigermaßen ausführliches, aber für den physikalisch nicht besonders Vorgebildeten verständliches Nachschlagewerk über die physikalische Therapie vermisst, zumal in der heutigen Zeit die Anwendung elektro-physikalischer Geräte in der Sprechstunde kaum noch fortzudenken ist — nicht zuletzt dem Wunsche des Publikums entsprechend.

Das vorliegende Werk vermag uns einen guten Überblick über Wirkung, Anwendungsgebiete und Dosierung sowie über Bedienung der gebräuchlichsten physiko-therapeutischen Apparate zu geben, angefangen vom Stangerbad bis zum Ultraschallgerät. Ernsthaft werden die einzelnen Behandlungsarten gegeneinander abgewogen, nirgends werden von den Verfassern irgendwelche besondere Apparate propagiert. Zahlreiche Abbildungen tragen zur Erleichterung des Verständnisses bei. Wenn das Buch auch für den Arzt und Studierenden geschrieben ist, so kann man es doch einem überdurchschnittlich gebildeten Hilfspersonal, das ja in praxi meist die rein technische Seite der Behandlung durchzuführen hat, in die Hand geben.

Für die Handbibliothek des praktizierenden Arztes bedeutet das kleine Werk eine wesentliche Bereicherung. Si.

Deutsch-englisches, englisch-deutsches Wörterbuch für Ärzte in zwei Bänden. Band I, Deutsch-englisch. Von Fritz Lejeune. Verlag Georg Thieme, Stuttgart-O. 1352 S., flexibl. Ganzl. DM 24.—

Nachdem wir deutschen Ärzte nicht mehr vom Ausland neue Erkenntnisse annehmen müssen, sondern bereits selbst wieder nach außen hin einiges weitergeben können, benötigen wir ein deutsch-anglo-amerikanisches Wörterbuch, das auch für den Arzt, der nicht mit äußeren Glücksgütern gesegnet ist, einigermaßen erschwinglich ist. Ein derartiges Werk ist nun im Thieme-Verlag erschienen. Der Verfasser bemüht sich, das Niveau seines Wörterbuchs so zu gestalten, daß sich der wissenschaftlich Arbeitende gegenüber England und Amerika verständlich machen kann, gibt aber auch dem Arzt, der drüben praktisch tätig sein will und dadurch auch mit der einfachen Bevölkerung in Berührung kommt, ein wertvolles Werkzeug in die Hand. Trotz seines äußeren beschränkten Taschenformates ist doch der Inhalt des Buches sehr umfangreich. Man findet dort deutsche Fachausdrücke, die man in einem deutschen Wörterbuch oft vermisst. Si.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Ciba A.G., Wehr/Baden
 Curta & Co., G.m.b.H., Weilheim
 Klinge G.m.b.H., München 9
 C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein
 Dr. Schwab G.m.b.H., München 8
 Leipziger Verein Barmenia
 Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit,
 Hauptverwaltung Wuppertal/Elberfeld, Viktoristr. 17/21
 Mack, Illertissen/Bay.
 Nordmark-Werke G.m.b.H., Uetersen i. Holstein.



Astonin-
AMPHIOLEN

Altbewährtes injizierbares Tonicum auf der Basis von
ARSEN - PHOSPHOR - STRYCHNIN
 3 Bestandteile · 3 Wirkungen · Große Indikationsbreite
 10 Amphiole DM 2.40 o.U. · 10 Amphiole „stark“ DM 2.40 o.U.



„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, Tel. 6 31 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25/27, Tel. 2 51 33. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto München 159 00. Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31. Telegramm-Adresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst Scharfingher, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.