



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

MÜNCHEN, September 1953

8. Jahrgang

## *Willkommen zum 56. Deutschen Ärztetag!*

Zum zweiten Male hat Bayern seit Kriegsende die Ehre, die Abgeordneten der Ärzteschaften des Bundesgebietes und West-Berlins zum Deutschen Ärztetag willkommen zu heißen. Möge der Tag nicht mehr fern sein, an dem wir mit der gleichen Herzlichkeit auch die Kollegen aus der Ostzone begrüßen können, denen heute noch die Teilnahme an einem allgemeinen Deutschen Ärztetag verwehrt ist.

Wenn der Deutsche Ärztetag in diesem Jahre Lindau i. B., eine Stadt in einer der lieblichsten Landschaften unseres deutschen Vaterlandes, zum Tagungsort gewählt hat, eine Stadt, die auf eine stolze Vergangenheit zurückblickt und weltoffen in der Gegenwart einen entschlossenen Aufbauwillen bekundet, dann möge dies ein gutes Omen auch für den Verlauf unserer Tagung sein!

Die öffentliche Kundgebung des diesjährigen Deutschen Ärztetages bezeugt zunächst das ernste Bemühen der Berufsvertretung der deutschen Ärzte, dem deutschen Volke bestausgebildete Ärzte zur Verfügung zu stellen. Wenn wir des weiteren dem neuen Bundestag Wünsche und Hoffnungen der deutschen Ärzteschaft bekanntgeben, so werden auch damit keine einseitigen ärztlichen Standesinteressen geltend gemacht. Die ihrer Verantwortung für das Gemeinwohl bewußte Vertretung der deutschen Ärzteschaft fühlt sich vielmehr verpflichtet, Forderungen zu erheben, deren Erfüllung sie zur sinnvollen, erfolgversprechenden Durchführung ihrer Aufgabe, der Gesundheit des deutschen Volkes zu dienen, für unbedingt notwendig erachtet.

Unter dem tiefen Eindruck der eben abgelaufenen Bundestagswahl sollten auch wir Ärzte die Lehren, die uns damit das deutsche Volk selbst gegeben hat, richtig verstehen und werten. Die außergewöhnlich starke, die Erkenntnis des Ernstes der Gesamtlage bekundende Wahlbeteiligung sollte standesträgen Kollegen eine Mahnung sein. Die klare Absage an alle eigenbrötlerischen und radikalen Bestrebungen, und nicht zuletzt die würdige Form, in der auch tiefgehende Meinungsverschiedenheiten zum Austrag gebracht wurden, sollten beispielgebend wirken.

Möge dem 56. Deutschen Ärztetag unter diesen Auspizien in der freundlichen Atmosphäre einer heiteren Landschaft ein glückhafter Erfolg beschieden sein.

Senator Dr. Karl Weiler,  
Präsident der Bayer. Landesärztekammer

## Willkommen in Lindau

Für die Stadt Lindau und die Ärzteschaft von Lindau und Umgebung war es zweifellos eine große Auszeichnung, als der Deutsche Ärztetag in Berlin beschloß, den nächsten Deutschen Ärztetag in unserer Heimatstadt, hier in Lindau, abzuhalten.

Schon immer ist unsere Stadt am schwäbischen Meer ein Anziehungspunkt für große Tagungen gewesen, die neben dem enormen Fremdenstrom hier immer ein gastliches Heim fanden. Schon im Jahre 1927 fand in Lindau ein wichtiger Bayerischer Ärztetag statt und sicher ist bei vielen älteren Kollegen die Erinnerung an diese Tagung noch wach.

Wir hier in Lindau haben das große Glück, so gut wie ganz von Kriegereignissen verschont geblieben zu sein. Und auch die übrigen Gestade des Bodensees und seines Hinterlandes hatten, wenn man von dem stark zerstörten Friedrichshafen, das jedoch in kräftigem Aufbau begriffen ist, absieht, dasselbe Glück. Und wenn in diesem Herbst, der gerade für uns am Bodensee und in den Alpen seine besonderen Reize hat, die Kollegen sich hier versammeln, so ist es uns Lindauer Ärzten ein besonderes Bedürfnis, den Kollegen des Berliner Ärztetages für die Auszeichnung, gerade unser Lindau ausgewählt zu haben, recht herzlich zu danken, und für uns besteht die Verpflichtung, Ihnen allen, die Sie zum Ärztetag kommen, eine gute Aufnahme zu bereiten.

So darf deshalb der Unterzeichnete, als Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins Lindau und letzter Präsident der Kreisärztekammer Lindau, allen Teilnehmern des 56. Deutschen Ärztetages ein herzliches Willkommen zurufen und ihnen für ihr Erscheinen danken. Wir hoffen, hier an der Dreiländerecke, wo Deutschland, Österreich und die Schweiz

zusammenstoßen und wo sich ein großes Eingangstor und Ausgangstor zu unserem und von unserem deutschen Vaterlande befindet, den Kollegen alles zeigen zu können, was Natur, Kunst und große historische Vergangenheit am Bodensee zusammengetragen haben.

Mit der ganzen Wärme des schwäbisch-alemannischen Volksstammes wollen wir sie hineinführen in die große Vergangenheit, wollen sie hineinschauen lassen in unsere Nachbarländer, wie Vorarlberg und die Schweiz mit ihren großen Kulturkreisen, wollen ihnen zeigen, was Bürgersinn und Heimatliebe hier in unserer Umgebung geleistet haben. Und wenn nach getaner Arbeit die Kollegen in ihren Autos, Omnibussen oder bei fröhlicher Abendfahrt durch das Schwäbische Meer und über die schwäbischen Lande fahren, und wenn von der einen Seite die Berge Vorarlbergs und von der anderen Seite die Bergriesen der Schweiz sie grüßen, so wollen wir mit ihnen, wenn Heiden im letzten Glanz aufleuchtet, an einen der größten Wohltäter der Menschheit, an Henry Dunant, dem die Ärzte-

schaft so viel zu verdanken hat, denken. In Heiden im Armenhaus starb er, und in diesem Jahr wurde sein 125. Geburtstag gefeiert. Gerade dieser Ort erinnert die Ärzteschaft wie kein zweiter an Ihre Aufgaben der Menschlichkeit und der Humanität, und wenn sie weiter durch das Allgäu und durch das übrige Schwaben und das südliche Baden kommen, so werden sie allerorts große Sanatorien und Erholungsstätten finden, die alle in ganz Deutschland und darüber hinaus einen guten Klang haben.

Es darf nur an Scheidegg (Klinik für Kindertuberkulose), an Ried, bis 1. 4. 53 Tuberkuloseheilstätte, an den Waisenhort der Reichsbahn in Lindenberg, an die großen Heilstätten in Isny, Konstanz und am Untersee erinnert werden.



Diabsturm und Peterskirche aus dem mittelalterlichen Lindau

Die Stätten der oberschwäbischen Barockkunst, wie Birnau, Ochsenhausen, Schussenried, Steinhausen, Biberach, werden sie genau so locken, wie das Münster in Konstanz, Salam, Überlingen, und in Weingarten, der alten Welfenstadt.

Lindau selbst wie das benachbarte Bregenz wird sie anziehen durch ihre Gassen, Winkel und Erker, wie sie die Maler und die Dichter aus ganz Deutschland immer stark beeinflusst haben.

Sie werden wandeln in den Spuren des „lieben Augustin“ von Wolfram Geißler, der unsere Heimat vom adeligen Damenstift in Lindau bis Meersburg und Mittenwald in der ganzen Welt bekannt gemacht hat. Sie werden sich ergötzen an den Orten der Novellen eines Norbert Jaques, der der älteste Schriftsteller hier am Bodensee ist, und sie werden die Motive finden, die viele deutsche Maler als Vorwurf hatten.

Die ärztliche Vergangenheit unserer Stadt ist ebenfalls eine große. Von hier aus gingen berühmte Männer; beson-

ders von dem Kreis um Goethe, Wieland und Schiller, in die Welt hinein, und es soll hier genannt werden: Caspar Stromair, dessen Werk von 1559 „Practica copiosa von dem rechten Grund des Bruchschnittes“ seinen Siegeszug durch die Welt hielt und der unmittelbar neben dem Theater, in dem der Deutsche Ärztetag tagen wird, operiert hat. Und wenn es wahr ist, daß Stromair die krumme Nadel für die Kanalanht des Bruches erfunden hat, so wäre er einer der größten Ärzte. Sein Werk, das 1928 von Professor von Brunn neu herausgegeben wurde, liegt allen Interessenten während der Tagung zur Einsicht in unserer Stadtbibliothek offen. Ein anderer Arzt, ein Zeitgenosse Goethes, fand 1753 die Ausgabe C des Nibelungenliedes (jetzt in Heidelberg) und machte damit eine literarische Entdeckung ersten Ranges.

Aus dem Salzmannschen Kreis in Straßburg sei noch der Arzt Johann Meyer genannt, den Goethe im 9. Buch, 2. Teil „Dichtung und Wahrheit“ lebendig und anschaulich

wie keinen zweiten Tischgenossen geschildert hat und der als gefeierter Arzt in London starb.

In unmittelbarer Nähe des Tagungsortes steht ein Denkmal des Kollegen Hermann Lingg, bekannt durch seine „Völkerwanderung“ und durch seine Beziehungen zum bayerischen Königshaus.

Aus der neueren Zeit sei die Arztfamilie Naehrer genannt, deren letzter ärztlicher Sproß Hofrat Naehrer war, der in München eine große Praxis hatte und dortselbst Gründer des Münchener Männerturnvereins war.

Aus der allerneuesten Zeit sei ein Name genannt, der wie kaum ein zweiter hier in Lindau und am ganzen Bodensee heute noch einen guten Klang hat: nämlich Geheimrat Bever, der bis 1926 in Lindau tätig war und 1930 im Alter von 87 Jahren hier starb. Bever war wohl einer der bedeutendsten Ärzte am Bodensee um die Wende des letzten Jahrhunderts. Könige und Fürsten wie auch einfache Männer gehörten zu seinen Patienten. Die Stadt Lindau verlieh ihm das Ehrenbürgerrecht und hat durch die Benennung eines Platzes vor der Brücke seinen Namen so für alle Zeiten geehrt.

An der österreichischen Grenze liegt wohl der modernste Camping-Platz, den es in Deutschland gibt, mit allen Schi-

kanen, und die Anhänger der Camping-Bewegung, die ja gerade in der Ärzteschaft stark vertreten sind, werden sich nicht die Möglichkeit entgehen lassen, hier einige geruhige Tage zu verbringen.

Nach dem Zusammenbruch 1945 wurden Lindau und der Kreis Lindau als französisch besetztes Gebiet vom Mutterlande Bayern getrennt, und so waren die ärztlichen, zahnärztlichen und dentistischen Organisationen gezwungen, eine eigene Kreisärztekammer unter einem Präsidenten zu bilden. Diese Ärztekammer umfaßte auch das gesamte Zulassungswesen der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten und unterstand bis 1. 4. 53 den württembergischen Instanzen. Seit dem 1. 4. 53 ist die Rückgliederung der ärztlichen Organisationen an die bayerischen Organisationen in vollem Gange, und wenn nicht alles trügt, wird sie bis zum Deutschen Ärztetag so gut wie abgeschlossen sein, so daß gerade diese Tagung für uns Ärzte hier in Lindau ein gutes Omen sein wird.

So mögen denn diese Zeilen dazu beitragen, daß die Kollegen hier in Lindau das finden, was sie alles erhoffen dürfen und sie veranlassen, auch später außerhalb der Tagungen an unseren Bodensee zu kommen.

Dr. Stefan Euler, Lindau

## ÄRZTE IN BAYERN

von Senator Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Die Bayerische Landesärztekammer glaubt, die Tatsache, daß die Jahresversammlung des von der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern, der Vertretung aller Ärzte des deutschen Bundesgebietes getragenen Deutschen Ärztetages seit dessen Wiedergeburt im Jahre 1948 bereits zum zweiten Male im Lande Bayern stattfindet, auch als eine Anerkennung des nachhaltigen Einsatzes der bayerischen Ärzteschaft für die Erhaltung echten Arzttums werten zu dürfen. Dem Vertreter und Sprecher der Kammer des Gastlandes des Deutschen Ärztetages geziemt es daher wohl, den Teilnehmern der Tagung ein anschauliches Bild der Verhältnisse der gesundheitlichen Betreuung der bayerischen Bevölkerung durch die in Stadt und Land berufstätigen Ärzte zu entbieten.

Ein Blick auf die diesem Versuch beigegebenen Schaubilder läßt unschwer erkennen, daß offenbar Besonderheiten des Landes Bayern vorliegen müssen, die sich auch in Besonderheiten der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung ausdrücken. Sie sind tatsächlich vorhanden und einerseits bedingt durch die derzeit ungünstige Lage Bayerns als ausgesprochen politisches Grenzland, andererseits stark beeinflusst durch die Anziehungskraft seiner Heilbäder, seiner landschaftlichen Schönheiten und seiner Kulturdenkmäler u. a. m.

Auswirkungen der Eigenart der bayerischen Verhältnisse, die nicht nur mitbestimmend für die wirtschaftliche Lage dieses Bundeslandes sind, sondern auch einen entscheidenden Einfluß auf dessen kulturelle Entwicklung haben, stellen die Berufsvertretung der bayerischen Ärzteschaft vor äußerst schwierige Probleme. Diese unterscheiden sich keinesfalls grundsätzlich von denen, die auch den Vertretern anderer Kammerbereiche Sorge bereiten. Dennoch dürfte ihre Darstellung und kritische Würdigung für die gesamte Deutsche Ärzteschaft von nicht unbeachtlichem Wert sein.

Die Eigentümlichkeiten der in Bayern bestehenden Arztverhältnisse lassen die Probleme, mit denen sich die ärztlichen Organisationen im allgemeinen zu beschäftigen haben, in mancher Beziehung schärfer hervortreten, als

dies in Gebieten Westdeutschlands, deren Gesamtverhältnisse erfreulicherweise günstiger gestaltet sind, der Fall ist. Demzufolge kann und soll die Bekanntgabe und eine ebenso sachliche wie offene Kritik der bayerischen ärztlichen Verhältnisse nicht nur die Notwendigkeit einer zweckmäßigen Lösung der bestehenden Probleme betonen, sondern auch zum zureichenderen Vorgehen beim Versuch ihrer Lösung ermuntern und beitragen und zur Ergreifung geeigneter Maßnahmen ermutigen, die nur bei einem einmütigen Zusammenwirken der Ärzteschaften aller deutschen Länder einen wirklichen Erfolg zeitigen können.

Ein erster im Jahre 1949 unternommener Versuch, ein umfassendes Bild der ärztlichen Verhältnisse in Bayern zu entwerfen\*), blieb unzureichend, weil die dazu erforderlichen statistischen Feststellungen noch nicht vollständig genug waren. Infolge des leider auch in Ärztekreisen verbreiteten Mangels an genügender Einsicht und dementsprechender Bewertung der Bedeutung gesicherter und erschöpfender statistischer Unterlagen für eine erfolgversprechende Vertretung der Interessen der Volksgesundheit und damit auch der zu ihrer Erhaltung berufenen Ärzte konnte dem beklagten Mangel noch nicht völlig abgeholfen werden. Immerhin besitzen wir nun genügend umfassende und insbesondere zuverlässige zahlenmäßige Unterlagen, die eine ernst zu nehmende Darstellung der tatsächlichen Gegebenheiten und deren wohlbegründete kritische Beleuchtung erlauben.

Der hier zur Verfügung stehende Raum und zudem die Begrenztheit der an die Geduld des Lesers einer solchen Abhandlung zu stellenden Anforderung gestatten keine erschöpfende, ja nicht einmal eine auch nur aufzählende Darstellung der gesamten, für eine bestmögliche gesundheitliche Betreuung der Allgemeinheit bedeutsamen Fragen. Es kann sich daher hier nur um eine Hervorhebung und kritische Betrachtung der wesentlichsten handeln, denen die mit der Durchführung der Aufgaben

\*) Weiler: Ärzte in Bayern, Bayerisches Ärzteblatt 1949, Heft 10.

der ärztlichen Selbstverwaltung Beauftragten ihre angestrengteste Aufmerksamkeit widmen müssen. Die diesen Organen von den Gesetzgebern auferlegte Pflicht, der Bevölkerung in den deutschen Ländern eine ethisch hochstehende Ärzteschaft zu erhalten, erfordert auch ein Eingehen auf die wirtschaftliche Lage des Arztes. Die einerseits von ihm erwartete höchstwertige ethische Haltung dem einzelnen Hilfsbedürftigen und der Allgemeinheit gegenüber bedingt andererseits eine diesem Verlangen angemessene wirtschaftliche Bewertung der ärztlichen Arbeitsleistung durch die Allgemeinheit.

Trotz der gebotenen Beschränkung darf zunächst an einige geschichtliche Tatsachen erinnert werden, die für die Entwicklung der hier zu behandelnden Angelegenheiten von erheblicher Bedeutung sind. Im Jahre 1885, zu einer Zeit, als die bekanntlich erst im Jahre 1883 in Gang gebrachte deutsche Krankenversicherungsgesetzgebung sich noch nicht in Richtung der Zahl der Ärzte auswirken konnte, wurden in Bayern (einschließlich seiner Rheinpfalz) 2262 Ärzte gezählt, so daß auf 2395 Einwohner ein Arzt entfiel. 1938 waren bereits 4856 Ärzte im gebietsmäßig gleichgroßen Lande Bayern wohnhaft, womit ein Arzt auf 1449 Einwohner traf. Zur Zeit befinden sich in Bayern (ohne Rheinpfalz) 13 712 Ärzte. Auf einen Arzt kommen daher nur noch 665 Einwohner. Von diesen 13 712 Ärzten sind 8024 niedergelassen und freiberuflich tätig, 940 in beamteteter Stellung. Die übrigen 4748 sind bis auf einen geringen Teil, der entweder nicht mehr berufstätig ist oder zeitweilig einem anderen Berufe nachgeht, als angestellte Ärzte oder in einem ähnlichen Beschäftigungsverhältnis tätig.

Während in Bayern kurze Zeit vor dem Ausbruch des zweiten Weltkrieges 4872 Ärzte festgestellt wurden, war deren Zahl bereits im Jahre 1946 auf 10 337 emporgeschneit. Diese im Verlauf weniger Jahre entstandene Überschwemmung Bayerns mit Ärzten war auf ganz außergewöhnliche Umstände zurückzuführen.

Bereits während des Krieges suchten sehr zahlreiche Menschen in Bayern, vornehmlich im Süden des Landes, Zuflucht, da hier die Bedrohung durch Fliegerangriffe zunächst noch weit geringer war als in nördlicher gelegenen Gegenden Deutschlands. Unter diesen Zugewanderten befanden sich auch nicht wenige Ärzte. Der Zustrom an solchen stieg gewaltig, als sehr große Teile der deutschen Wehrmacht, vor allem auch Lazarette, die sich beim Rückzug von den Kampffronten in Bayern angesammelt hatten, hier der Auflösung verfielen. Außerdem wichen viele Ärzte aus den russisch besetzten deutschen Gebieten nach Bayern aus.

Eine geradezu erschreckend starke Vermehrung erfuhr die bereits vorhandene Überfülle dann noch durch Ärzte, die mit den anderen deutschstämmigen aus den an Bayern grenzenden Gebieten, insbesondere aus dem Sudetenland Vertriebenen nach Bayern verschlagen wurden, und zusätzlich durch solche aus den vormals deutschen Ostgebieten. Einen weiteren unnatürlichen, noch nicht zum Stillstand gekommenen Zuwachs erhielt und erhält der Ärztebestand Bayerns durch flüchtig gewordene Ärzte und zahlreiche nicht in Bayern beheimatete Medizinstudierende der drei bayerischen Universitäten, die es vorziehen, nach Erledigung des Staatsexamens in Bayern zu verbleiben, statt in ihrer Heimat ihr Fortkommen als Ärzte zu suchen.

Es erübrigt sich hier eine kritische Würdigung dieser Entwicklung. Sie würde einerseits viel zu weit gehen und andererseits nicht zu genügend begründbaren Vorschlägen führen, deren Verwirklichung geeignet wäre, den durch die Überfülle von Ärzten entstandenen Schwierigkeiten abzuwehren. Die grundsätzliche, allgemein anerkannte Forderung einer gleichmäßigeren Verteilung der vertriebenen Deutschen und damit auch der zugehörigen Ärzte

bedürfte überhaupt keiner besonderen Erörterung. Ein kurzer Hinweis auf die geschichtlichen Vorgänge erschien jedoch notwendig wegen ihrer Bedeutung für die Erklärung der eigenartigen Verteilung der Ärzte in den verschiedenen Gegenden Bayerns.

Ein Blick auf Schaubild I zeigt eine zunächst schwer verständliche außerordentlich starke Verschiedenartigkeit der Dichte der insgesamt 8024 niedergelassenen freipraktizierenden Ärzte in den einzelnen Landkreisen Bayerns. Dabei ist zu beachten, daß die hier gewählte Darstellung der Verhältnisse eine besondere Kennzeichnung der Stadtkreise neben den zugehörigen Landkreisen nicht erlaubte. Die Stadtkreise mußten daher bei der Berechnung in die Landkreise miteinbezogen werden. Sieht man von der selbstverständlich stärkeren Häufung von Ärzten in den Bereichen der Landesuniversitäten München, Erlangen und Würzburg sowie in den Gebieten der großen Heilbäder Kissingen und Brückenau im Norden und im Süden Aibling und Reichenhall ab, so tritt insbesondere die Dichte der Ärztesammlung im Alpengebiet hervor. Mag sie auch z. T. auf den regen Besuch und einen daher gesteigerten Bedarf an Ärzten in den dort liegenden zahlreichen Luftkurorten und dergleichen zurückzuführen sein, so entstand das große Überangebot an ärztlichen Helfern in dieser Gegend doch nachweislich in erster Linie auf Grund der oben bezeichneten Auswirkungen des Krieges im Zusammenhang mit einem Ausweichen vor Kriegsgefahren und mit der Abwicklung der in das Alpengebiet verschlagenen Truppenteile und Lazarette.

Der hier zur Verfügung stehende Raum läßt eine Aufzählung aller Land- und Stadtkreise im einzelnen nicht zu, doch gibt die Tabelle I einen näheren zahlenmäßigen Aufschluß über die im Schaubild I dargestellten Verhältnisse.

Tabelle I  
Freipraktizierende Ärzte in Stadt- und Landkreisen

| Regierungsbezirke | Stadtkreise |    |    |   |   |    | Land- und Stadtkreise |    |     |    |   |     |
|-------------------|-------------|----|----|---|---|----|-----------------------|----|-----|----|---|-----|
|                   | A           | B  | C  | D | E | Z  | I                     | II | III | IV | V | Z   |
| Oberbayern        | 2           | 2  | 1  | — | 2 | 7  | 9                     | 12 | 4   | 1  | — | 26  |
| Niederbayern      | —           | 2  | 1  | 1 | — | 4  | —                     | 4  | 14  | 3  | 1 | 22  |
| Oberpfalz         | —           | 1  | 2  | — | — | 3  | 2                     | 3  | 8   | 5  | 1 | 19  |
| Oberfranken       | —           | —  | 4  | — | 2 | 6  | —                     | 6  | 11  | —  | — | 17  |
| Mittelfranken     | —           | 3  | 2  | 1 | 2 | 8  | 2                     | 9  | 6   | —  | — | 17  |
| Unterfranken      | 2           | —  | 2  | 1 | — | 5  | 3                     | 6  | 10  | 3  | — | 22  |
| Schwaben          | —           | 4  | 3  | 3 | — | 10 | 3                     | 7  | 7   | 3  | — | 20  |
| Land Bayern       | 4           | 12 | 15 | 6 | 6 | 43 | 19                    | 47 | 60  | 15 | 2 | 143 |

Einwohner je Arzt A = 284 — 600, B = 601 — 700, C = 701 — 800, D = 801 — 900, E = 901 — 1089. I = 607 — 1000, II = 1001 — 1500, III = 1501 — 2000, IV = 2001 — 2500, V = 2501 — 2710. Z = Summe.

Schaubild I und Tabelle I zeigen eindeutig, daß in den allermeisten Bezirken eine den tatsächlichen Bedarf weit übersteigende Anzahl von Ärzten freiberuflich tätig ist. Es darf daher mit voller Sicherheit angenommen werden, daß ein bedeutender Bruchteil der Gesamtheit dieser Ärzte nicht in der Lage sein kann, einen Lebensstandard aufrechtzuerhalten, der dem sehr erheblichen Aufwand zeitlicher und materieller Art zur Erlangung des Rechtes einer Niederlassung zur freien Berufsausübung als Arzt entsprechen würde.

Da die wirtschaftliche Haltung des Arztes ausschlaggebend von seiner Zulassung zur Betreuung von Kassenkranken abhängig ist, gibt Tabelle II Aufschluß über diese Frage.

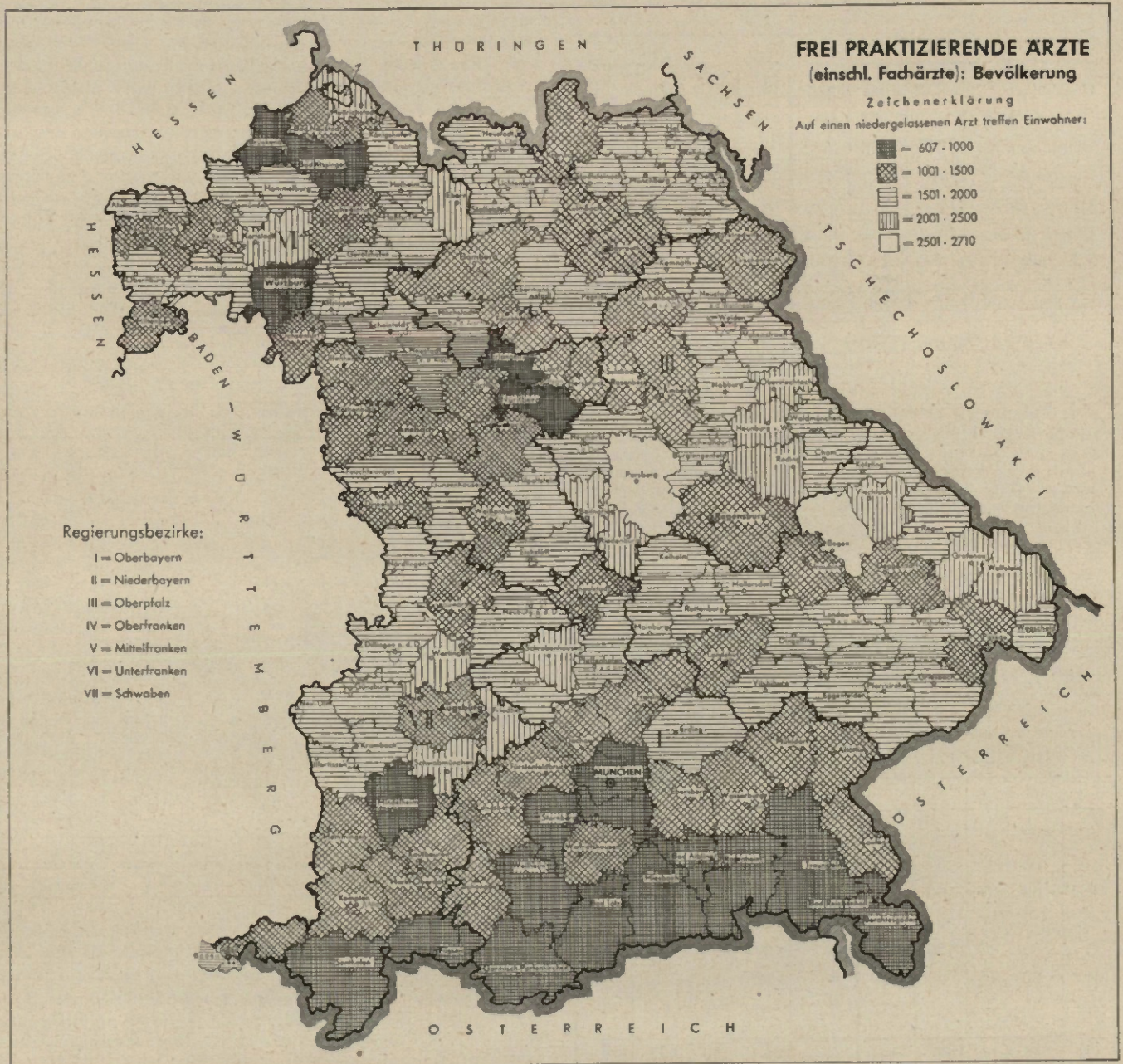


Tabelle II Freipraktizierende Ärzte und Kassenzulassung

| Regierungsbezirke | Zahl | AK   | %    | EK  | %   | NZ  | %    |
|-------------------|------|------|------|-----|-----|-----|------|
| Oberbayern        | 2901 | 2330 | 80,3 | 174 | 6,1 | 397 | 13,6 |
| Niederbayern      | 677  | 620  | 91,5 | 5   | 0,9 | 52  | 7,6  |
| Oberpfalz         | 640  | 581  | 90,7 | 11  | 1,8 | 48  | 7,5  |
| Oberfranken       | 797  | 740  | 92,8 | 12  | 1,6 | 45  | 5,6  |
| Mittelfranken     | 1138 | 981  | 88,7 | 67  | 3,6 | 88  | 7,7  |
| Unterfranken      | 818  | 687  | 83,9 | 43  | 5,4 | 88  | 10,7 |
| Schwaben          | 1053 | 887  | 84,3 | 57  | 5,6 | 107 | 10,1 |
| Land Bayern       | 8024 | 6826 | 85,1 | 369 | 4,6 | 825 | 10,3 |

AK = zugelassen zu allen Kassen, EK = nur zu Ersatzkassen, NZ = nicht zugelassen.

Nach diesen Feststellungen sind rd. 10 v. H. der in Bayern niedergelassenen freipraktizierenden Ärzte nicht zur Behandlung von Mitgliedern der RVO-Krankenkassen zugelassen. Rund 5 v. H. dürfen nur Mitgliedern der Ersatzkassen ärztliche Hilfe leisten. Demnach sind nur rd. 85 v. H. der niedergelassenen Ärzte Bayerns berechtigt, jedem Menschen, der ärztlicher Behandlung bedarf, solche zu gewähren. Das von der deutschen Ärzteschaft zu Beginn des Jahrhunderts für die der Zwangs-Krankenversicherung unterstellte Bevölkerung erkämpfte Recht der freien Arztwahl ist für rd. 15 v. H. der hier in Betracht kommenden Ärzte ohne Wirkung. Auf diese Angelegenheit wird näher einzugehen sein, doch empfiehlt sich vorher noch die Kenntnisnahme weiterer statistischer Darlegungen, die auch mit der Frage der Zulassung der Ärzte zur Kassenzulassung im Zusammenhang stehen.

Tabelle III

Anteil der Fachärzte unter den freipraktizierenden Ärzten

| Regierungsbezirke | Ä    | FÄ   | %    | FÄ.St. | %    | FÄ.Ld. | %    |
|-------------------|------|------|------|--------|------|--------|------|
| Oberbayern        | 2901 | 1037 | 35,7 | 743    | 71,7 | 294    | 28,3 |
| Niederbayern      | 677  | 131  | 19,2 | 52     | 39,7 | 79     | 60,3 |
| Oberpfalz         | 640  | 168  | 26,2 | 120    | 71,4 | 48     | 28,6 |
| Oberfranken       | 797  | 210  | 26,2 | 173    | 82,4 | 37     | 17,6 |
| Mittelfranken     | 1138 | 372  | 31,8 | 324    | 87,0 | 48     | 13,0 |
| Unterfranken      | 818  | 231  | 28,2 | 181    | 78,3 | 50     | 21,7 |
| Schwaben          | 1053 | 290  | 27,5 | 211    | 72,7 | 79     | 27,3 |
| Land Bayern       | 8024 | 2439 | 30,4 | 1804   | 74,0 | 635    | 26,0 |

Ä = Ärzte überhaupt, FÄ = Fachärzte, FÄ.St. = FÄ in Städten, FÄ.Ld. = FÄ auf dem Lande.

Die Tabelle III zeigt, daß rd. 30 v. H. der freipraktizierenden Ärzte als Fachärzte tätig sind. Von diesen haben rd. drei Viertel ihren Praxissitz in Städten.

Außer den 2439 niedergelassenen freipraktizierenden Fachärzten sind noch weitere 793 in Beamten- oder in einer sonstige abhängigen Stellung berufstätig. Die Gesamtzahl der Fachärzte, die tatsächlich als solche arbeiten, beläuft sich daher auf 3232. In Bayern ist zudem noch eine erkleckliche Zahl von Ärzten, denen die Anerkennung als Fachärzte erteilt wurde, nicht als solche, sondern als Allgemeinpraktiker tätig, da sie keine Möglichkeit sehen, als Fachärzte die zum Lebensunterhalt erforderlichen Mittel zu erwerben.

Tabelle IV  
Berufstätige Fachärzte

| Fach | Nd.  | So. | Z    | %    | Fach | Nd.  | So. | Z    | %     |
|------|------|-----|------|------|------|------|-----|------|-------|
| I    | 524  | 185 | 709  | 21,9 | Ü    | 1318 | 514 | 1832 | 56,7  |
| L    | 105  | 62  | 167  | 5,1  | Fr   | 242  | 62  | 304  | 9,5   |
| Kd.  | 203  | 57  | 260  | 8,2  | HNO  | 231  | 27  | 258  | 8,0   |
| Ch   | 370  | 157 | 527  | 16,3 | A    | 222  | 25  | 247  | 7,6   |
| O    | 80   | 40  | 120  | 3,7  | D    | 221  | 38  | 259  | 8,1   |
| U    | 30   | 13  | 43   | 1,3  | N    | 125  | 85  | 210  | 6,4   |
| K    | 6    | —   | 6    | 0,2  | R    | 80   | 42  | 122  | 3,7   |
| Z    | 1318 | 514 | 1832 | 56,7 | Z    | 2439 | 793 | 3232 | 100,0 |

I = Innere Krankheiten, L = Lungenkr., Kd = Kinderkr., Ch = Chirurgie, O = Orthopädie, U = Urologie, K = Kieferchirurgie, Fr = Frauenkr., HNO = Hals-Nasen-Ohrenkr., A = Augenkr., D = Dermatologie, N = Neurologie, R = Röntgenologie.

Nd. = Niedergelassene, So. = Sonstige, Z = Gesamtzahl.

Die Tabelle IV vermittelt ein Bild der Verteilung der praktisch tätigen Fachärzte auf die einzelnen Fachgebiete. Besonders bemerkenswert ist die Vielzahl der Fachärzte für innere Krankheiten und verwandte Gebiete (Lungenkrankheiten und Kinderkrankheiten) sowie die der Fachärzte für Chirurgie zusammen mit denen für Orthopädie, Urologie und Kieferchirurgie.

Die in Tabelle V verzeichneten, von der Bayer. Landesärztekammer nach deren gesetzlicher Wiedererrichtung in den Jahren 1946 mit 1952 ausgestellten Facharztan-

kennungen kennzeichnen eine nicht unbedenkliche Entwicklung. Sie steht auch in Zusammenhang mit der gesetzlich festgelegten weitgehenden Einschränkung der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit. Deren fast vollkommene Sperre schreckt die jungen Ärzte, die zunächst bestrebt sind, die Unvollkommenheiten ihrer praktischen Ausbildung zum freiberuflichen Arzt durch eine Krankenhaustätigkeit auszugleichen, vom zeitgerechten Absprung in die Freiheit der selbständigen Berufsausübung ab. Die Überfülle von Ärzten einerseits und die Tatsache andererseits, daß nur noch ein kleiner Rest der Bevölkerung nicht von der Zwangs-Krankenversicherung erfaßt ist, erfordern Verständnis für die beklagenswerte Erscheinung. Dies darf aber nicht dazu führen, durch sie heraufbeschworene Gefahren für die Erhaltung eines freien Arztiums zu übersehen oder nur gering zu achten.

Tabelle V

Facharztanerkennungen 1946 mit 1952  
(Fachbezeichnungen wie in Tab. IV)

| Fach | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 | 1952 | Z    |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| I    | 96   | 104  | 62   | 71   | 44   | 83   | 114  | 573  |
| L    | 46   | 23   | 29   | 26   | 16   | 36   | 51   | 221  |
| Kd   | 24   | 26   | 16   | 13   | 5    | 36   | 31   | 151  |
| Ch   | 66   | 55   | 57   | 72   | 24   | 54   | 71   | 399  |
| O    | 9    | 12   | 9    | 11   | 7    | 13   | 14   | 75   |
| U    | 8    | 1    | 6    | 7    | 5    | 6    | 8    | 41   |
| K    | —    | —    | 2    | 6    | 2    | 3    | 4    | 17   |
| Fr   | 19   | 33   | 12   | 20   | 14   | 35   | 34   | 167  |
| HNO  | 23   | 12   | 12   | 15   | 5    | 15   | 14   | 96   |
| A    | 11   | 18   | 8    | 15   | 5    | 16   | 29   | 102  |
| D    | 32   | 18   | 16   | 21   | 22   | 14   | 24   | 147  |
| N    | 39   | 15   | 23   | 23   | 24   | 27   | 29   | 180  |
| R    | 25   | 7    | 10   | 6    | 16   | 10   | 23   | 97   |
| Z    | 392  | 324  | 262  | 306  | 189  | 348  | 446  | 2267 |

Mehr und mehr machen sich Bestrebungen geltend, die Assistententätigkeit an Krankenanstalten als eine Art Dauerstellung einzurichten, um dem mit der Ausübung einer freiberuflichen Betätigung verbundenen wirtschaftlichen Risiko nicht ausgesetzt zu sein. Die Verwirklichung solcher Pläne würde nicht nur die erforderliche praktische Ausbildung der für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung benötigten freipraktizierenden Ärzte in unerträglicher Weise erschweren, sondern auch einer Sozialisierung des gesamten Arztwesens Vorschub leisten. Eine weitere Verkümmern der Freiheit des ärztlichen Berufes wäre die unausbleibliche Folge.

Die Erkenntnis dieser Gefahr verpflichtet alle, die es angeht, ihr mit voller Kraft entgegenzuwirken. Dies kann nur dann mit Aussicht auf Erfolg geschehen, wenn die gesamte deutsche Ärzteschaft sich nochmals einmütig für die Erhaltung der freien Arztwahl einsetzt. Sie muß bereit sein — wenn es sein muß, auch unter entschiedener Zurückweisung persönlicher kurzsichtiger Wünsche einzelner —, eine dazu erforderliche Reform unserer Krankenversicherungsgesetzgebung herbeizuführen. Diese muß eine Zulassung aller Ärzte, die sich freiberuflich betätigen wollen, zur Behandlung der Versicherten ermöglichen, ohne daß damit die Existenzfähigkeit des Arztes mehr gefährdet wird, als es die jedes anderen freiberuflich tätigen Menschen ist.

Daß dazu eine grundsätzliche Änderung dieser Gesetzgebung erforderlich ist, kann keinem Zweifel unterliegen. Insbesondere muß die derzeitige Art der Entlohnung einer so differenzierten, höchstverantwortlichen Arbeitsleistung, wie es die ärztliche ist, geändert werden. Die derzeitige unsichere pauschale Vergütung der ärztlichen Bemühungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet eine unerhörte Verkennung von Art und Wesen wirklichen Arztiums. Keinem anderen Berufsstand würde der Gesetzgeber zuzumuten sich erlauben, in einem solch unsicher bezahlten Angestelltenverhältnis der Allgemeinheit zu dienen. Auf diese Schicksalsfrage des deutschen Arztes kann im dazu viel zu engen Rahmen dieser Abhandlung nicht näher eingegangen werden.

Das aus den vorerwähnten Gründen ungewöhnlich lange Verbleiben der jungen Ärzte im Krankenhausdienst führt zu einer Häufung von Anträgen auf Facharztanerkennung. Da zu deren Bestätigung ja vorher leider nur der zeitliche Nachweis einer den Bestimmungen der Facharztordnung entsprechenden Weiterbildung erforderlich ist, übersteigt die Zahl der Fachärzte immer mehr den tatsächlichen Bedarf an solchen. Diese Entwicklung dient weder der Sicherung der Volksgesundheit, noch den wohlberechtigten Interessen der Fachärzte selbst.

Der hier zutage tretenden ungesunden Erscheinung muß insbesondere auch deshalb entgegengewirkt werden, weil sie die dringend erforderliche Festigung der Lage des ärztlichen Allgemeinpraktikers behindert. Zudem beeinträchtigt sie das unbedingt notwendige und daher bestens zu fördernde kollegiale Zusammenwirken der beiden großen Ärztegruppen. Nicht unerwähnt darf in diesem Zusammenhang die leidige Erfahrungstatsache bleiben, daß allzu viele Fachärzte — insbesondere auch Internisten — nicht über die notwendigen Einrichtungen zum ordnungsgemäßen Betrieb ihrer Fachpraxis verfügen und sich daher gezwungen sehen, die Hilfe von Krankenhausambulatorien in Anspruch zu nehmen. In Anbetracht der zahlreichen, hier im einzelnen nicht näher zu kennzeichnenden, aber für die Gesamtärzteschaft bedeutungsvollen Unzuträglichkeiten, die sich aus solchen Mängeln ergeben, muß ihnen von seiten der ärztlichen Berufsvertretung eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt und insbesondere auch die Einhaltung der ärztlichen Berufsordnung durchgesetzt werden.

Im übrigen zwingt die in der neuen Studienordnung vorgeschriebene zweijährige praktische Ausbildung des angehenden Arztes in Krankenanstalten zu einer Revision der zur fachärztlichen Weiterbildung als geeignet anerkannten Krankenanstalten und zu einer Beschränkung der dazu bestimmten Anzahl von Weiterbildungsstellen an den in Betracht kommenden Krankenanstalten. Eine dementsprechende sinngemäße Anwendung der in der rechtsgültigen Facharztordnung enthaltenen einschlägigen Bestimmungen wird dazu beitragen, ein weiteres Anwachsen des Überhangs von Fachärzten zu verhindern und den bestehenden allmählich zum Verschwinden zu bringen.

Die Annahme, daß ein Einblick in den Altersaufbau der in Bayern freiberuflich tätigen Ärzteschaft eine Anteilnahme weiterer Kreise finden könnte, gab Anlaß, das Schaubild II herzustellen. Es gibt die Verteilung der Ärzte auf die einzelnen Altersstufen wieder, und zwar nach prozentualer Berechnung, um die notwendigen Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen. Eine auf gleichartiger Berechnung beruhende, im Schaubild eingezeichnete Linie kennzeichnet die Verhältnisse der entsprechenden Altersstufen der gesamten männlichen Bevölkerung Bayerns.

Zunächst darf auf zwei Besonderheiten hingewiesen werden, deren Entstehung auf zeitgeschichtliche Vorgänge zurückzuführen ist. Zu beachten sind dabei die in der Reihe C des Schaubildes vermerkten Jahreszahlen, bei deren Festlegung von der Annahme ausgegangen wurde, daß der Beginn des Medizinstudiums im allgemeinen in das 20. Lebensjahr fällt. Bei den beiden jetzt im Alter von 51—55 und 56—60 Jahren stehenden Ärztegruppen fiel er sicher zumeist in die Zeit des ersten Weltkrieges. Die unverhältnismäßig große Anzahl der in diesem Alter stehenden Ärzte erklärt sich daher ungezwungen aus dem damaligen starken Zustrom zum Medizinstudium. Der Verlust des Krieges und die anschließende Inflation hatten ein starkes Abflauen dieses Zustroms zur Folge, das besonders bei der jetzt im Alter von 46—50 Jahren stehenden Gruppe zum Ausdruck kommt. Die Besserung der allgemeinen Lage und insbesondere die Auswirkungen der Wiedererrichtung einer deutschen Wehrmacht zeitigten jedoch bald eine jedes Maß überschreitende neue Flut von Medizinstudierenden, die in vollster Auswirkung bei den im Alter von 36—40 Jahren stehenden und — wenn auch etwas gemildert, aber doch noch deutlich — bei den jetzt 31—35 Jahre alten Ärzten zahlenmäßig in Erscheinung tritt. Die den Altersaufbau der männlichen Bevölkerung Bayerns anzeigende Linie läßt eine auf die Menschenverluste des ersten Weltkrieges und seine sonstigen Auswirkungen zurückzuführende Einbuchtung bei den jüngeren Jahrgängen hervortreten. Ähnlich zeichnet sich die Beeinflussung des Medizinstudiums durch mehr wirtschaftliche Folgen des gleichen Krieges in dem zahlenmäßig geringeren Bestand der Gruppe der entsprechend älteren Jahrgänge der Ärzte ab.

Bemerkenswert ist weiterhin, daß der prozentuale Anteil der Landärzte zunächst bei den jüngeren Altersklassen höher ist als bei den Stadtärzten, bei der Altersklasse von 41 bis 45 Jahren zum Ausgleich kommt, um dann einer höheren Beteiligung der Stadtärzte Platz zu machen. Dieser Vorgang dürfte u. a. dem von den Fachärzten leichter zu erfüllenden Bestreben zuzuschreiben sein, zur besseren Ausbildung von Kindern die Praxistätigkeit in die Stadt zu verlegen.

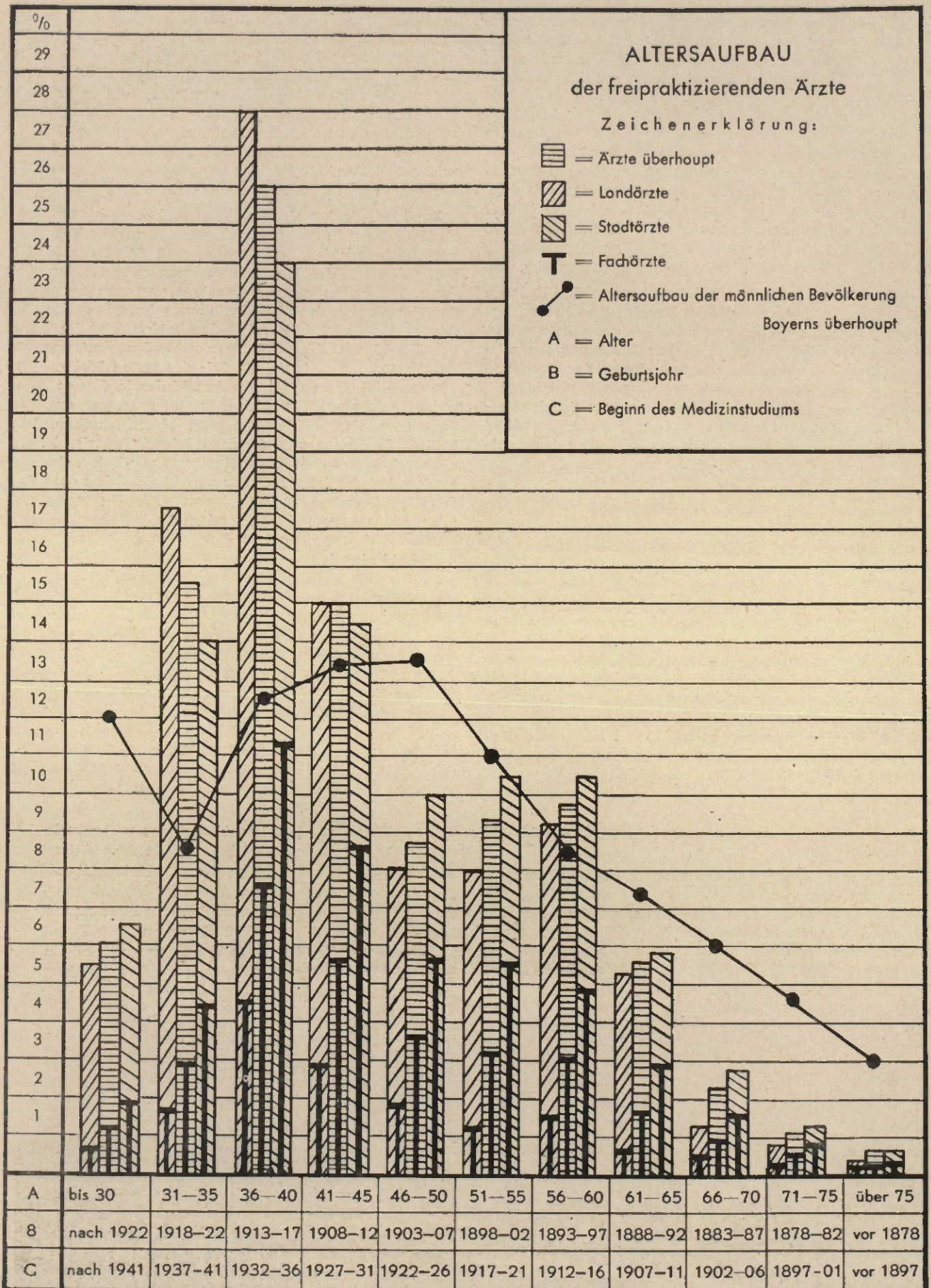
Endlich gibt das Schaubild auch Aufschluß über die verhältnismäßige Beteiligung von Fachärzten an der Gesamtzahl der Ärzte. Es zeigt sich, daß die Fachärzte aus leicht verständlichen Gründen vornehmlich als Stadtärzte tätig sind.

**Cefadysbasin**  
Tropf. - Tabl. - Amp.



Periphere und coronale  
Durchblutungsstörungen

**CEFAK-KEMPTEN**





PENICILLIN-GESellschaft DAUELSBERG u. Co. GÖTTINGEN

**L** leukocillase

**PUDER**

Auflösung nekrotischer Substanzen  
und Säuberung durch Trypsin  
bei voller Penicillin-Wirkung

EIN NEUES *Göttingen* HEILMITTEL

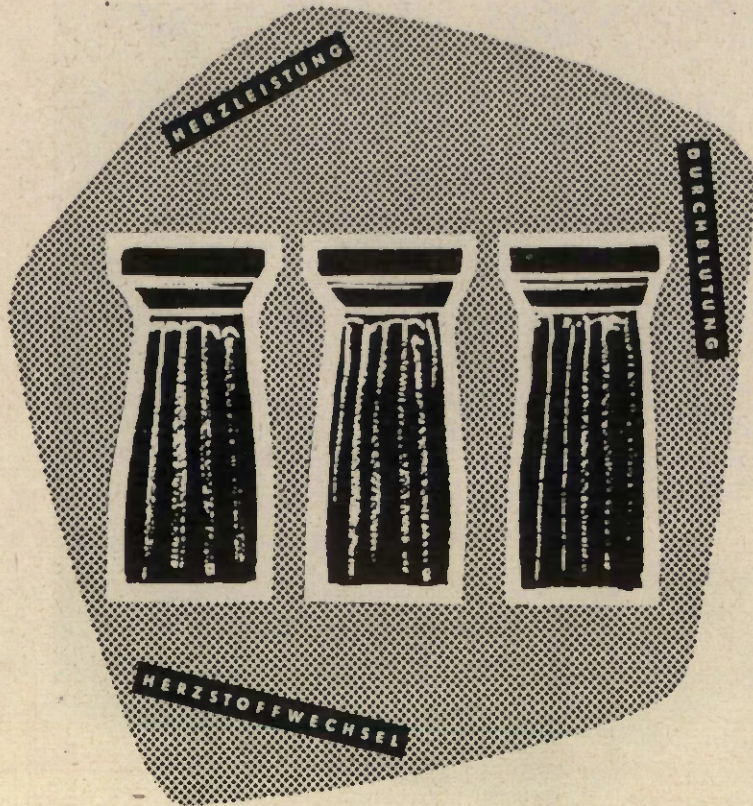
Tube mit ca. 20 g

**FINALGON**  
SALBE

Das HEIZKISSEN  
in der TUBE

spendet für Stunden wohlige Wärme und stillt den rheumatischen Schmerz

Thomae



## 3 Säulen der Herz-Therapie

Verzicht auf Lösungsvermittler  
optimale Verträglichkeit  
reiner Theophyllin-Effekt  
reizlose Resorption  
höhere Dosierungsmöglichkeit

# DEHT

AMPULLEN · TABLETTEN · SUPPOSITORIEN

SIEGFRIED · ARZNEIMITTEL · SÄCKINGEN



**POLINAL**

DAS SPASMOLYTISCHE ANTIRHEUMATICUM MIT DEM »PYRAZOLON-ESTER.«

3 AMPULLEN DM 4,65 e. U.  
20 DRAGÉES DM 2,85 e. U.  
5 SUPPOS. DM 2,25 e. U.  
ANSTALTPACKUNGEN



Über den zahlenmäßigen Altersaufbau der freipraktizierenden Ärzteschaft geben die Tabellen VI und VII Aufschluß. Die Tatsache, daß rund 4 v. H. der in freier Berufsausübung stehenden Ärzte bereits über 65 Jahre alt sind, kennzeichnet die Lage des alten Arztes, der heutzutage nur selten das Glück hat, als Frucht einer aufopfernden Lebensarbeit im Dienste der Volksgesundheit seinen Lebensabend in wohlverdienter Ruhe zu verbringen.

Tabelle VI  
Altersaufbau der freipraktizierenden Ärzte

| Alter       | Stadt | %     | Land | %     | Zus.  | %     |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| bis 30      | 260   | 6,7   | 240  | 5,7   | 500   | 6,2   |
| 31 — 35     | 534   | 14,0  | 746  | 17,7  | 1270  | 15,8  |
| 36 — 40     | 916   | 24,0  | 1184 | 28,2  | 2100  | 26,2  |
| 41 — 45     | 564   | 14,6  | 631  | 15,0  | 1195  | 15,0  |
| 46 — 50     | 366   | 10,0  | 333  | 7,9   | 699   | 8,6   |
| 51 — 55     | 397   | 10,4  | 336  | 8,0   | 735   | 9,2   |
| 56 — 60     | 390   | 10,2  | 382  | 9,1   | 772   | 9,6   |
| 61 — 65     | 219   | 5,7   | 231  | 5,5   | 450   | 5,6   |
| 66 — 70     | 104   | 2,7   | 68   | 1,6   | 172   | 2,2   |
| 71 — 75     | 47    | 1,2   | 38   | 0,9   | 85    | 1,1   |
| über 75     | 19    | 0,5   | 17   | 0,4   | 36    | 0,5   |
| Zus.        | 3816  | 100,0 | 4208 | 100,0 | 8024  | 100,0 |
| Proz. Veth. | 47,6  |       | 52,4 |       | 100,0 |       |

Tabelle VII  
Altersaufbau der freipraktizierenden Fachärzte

| Alter       | Stadt | %     | Land | %     | Zus.  | %     |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| bis 30      | 64    | 3,5   | 24   | 3,8   | 88    | 3,6   |
| 31 — 35     | 165   | 9,1   | 68   | 10,7  | 233   | 9,9   |
| 36 — 40     | 424   | 23,5  | 194  | 30,5  | 618   | 25,3  |
| 41 — 45     | 332   | 18,5  | 118  | 18,6  | 450   | 18,4  |
| 46 — 50     | 221   | 12,3  | 75   | 11,8  | 296   | 12,1  |
| 51 — 55     | 210   | 11,7  | 49   | 7,7   | 259   | 10,6  |
| 56 — 60     | 184   | 10,2  | 55   | 8,7   | 239   | 9,7   |
| 61 — 65     | 111   | 6,2   | 29   | 4,6   | 140   | 5,7   |
| 66 — 70     | 59    | 3,3   | 11   | 1,7   | 70    | 2,9   |
| 71 — 75     | 27    | 1,4   | 9    | 1,4   | 36    | 1,4   |
| über 75     | 7     | 0,3   | 3    | 0,5   | 10    | 0,4   |
| Zus.        | 1804  | 100,0 | 635  | 100,0 | 2439  | 100,0 |
| Proz. Veth. | 74,0  |       | 26,0 |       | 100,0 |       |

Eine ergänzende Darstellung der Arztverhältnisse in den Krankenanstalten Bayerns kann im engen Rahmen dieser Abhandlung nicht erfolgen. Diese Frage wurde zudem bereits eingehend an anderer Stelle\*) behandelt. Nach Ausscheidung der Universitätskliniken, der im privaten Besitz von Einzelpersonen befindlichen Krankenhäuser und solcher Anstalten, in denen neben akut auftretenden Krankheitszuständen auch Leiden mehr chronischer Art behandelt werden, wie Lungenheilstätten, Heil- und Pflegeanstalten u. ä., wurde über die Verhältnisse von 257 Krankenhäusern berichtet.

Dabei hatte sich gezeigt, daß die Besetzung der Krankenanstalten mit Ärzten zahlenmäßig durchwegs ausreichend,

nicht selten größer war, als es eine ordnungsgemäße Versorgung der Kranken erfordert. Die Entlohnung der Arbeitsleistung der für die Krankenbetreuung wirklich notwendigen Ärzte blieb aber in rund 70 v. H. der genannten Anstalten hinter der Erfüllung einer die meist wenig günstige wirtschaftliche Lage der Krankenanstalten weitestgehend berücksichtigenden Mindestforderung zurück. Als solche wurde für Anstalten bis zu 50 Betten — neben einem leitenden Arzt — ein weiterer vollbezahlter Arzt und für größere Anstalten für je 50 Betten ein bezahlter Assistenz- und ein ebenfalls bezahlter Hilfsarzt in Ansatz gebracht. Dabei wurde betont, daß diese aufs Äußerste beschränkte Mindestforderung keineswegs auch für jeden Einzelfall als noch im Rahmen des Tragbaren liegend anzusehen sei. Inwieweit inzwischen eine entschiedene Besserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhausärzte Platz gegriffen hat, bleibt noch festzustellen.

Tabelle VIII  
Krankenhausbetten: Bevölkerung in den einzelnen Landkreisen.

| Reg. Bezirk   | I    | II   | III  | IV  | V   | Idkr. |
|---------------|------|------|------|-----|-----|-------|
| Oberbayern    | 10   | 12   | 4    | —   | —   | 26    |
| Niederbayern  | 7    | 5    | 6    | 1   | 3   | 22    |
| Oberpfalz     | 2    | 8    | 6    | 2   | 1   | 19    |
| Oberfranken   | 3    | 4    | 6    | 1   | 3   | 17    |
| Mittelfranken | 4    | 5    | 6    | —   | 2   | 17    |
| Unterfranken  | 7    | 4    | 3    | 4   | 4   | 22    |
| Schwaben      | 11   | 4    | 3    | 2   | —   | 20    |
| Land Bayern   | 44   | 42   | 34   | 10  | 13  | 143   |
| Hundertstätte | 30,8 | 29,4 | 23,8 | 6,9 | 9,1 | 100   |

- I = 1 Bett auf 46—150 Einwohner  
 II = 151—250 „  
 III = 251—350 „  
 IV = 351—450 „  
 V = 451—1432 „

Da das Bayer. Ärztegesetz vom 25. 5. 1946 der Berufsvertretung der Ärzte auch die Aufgabe gestellt hat, „bei der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken“, soll auch hier trotz des beschränkten Raumes noch einiges über das Krankenhauswesen in Bayern gesagt werden.

Das Schaubild III und die Tabelle VIII geben Aufschluß über die in den einzelnen Landkreisen unter Einbeziehung der Stadtkreise zur Verfügung stehenden Betten für Kranke, die der Krankenhausbehandlung bedürfen. Nicht mitberechnet wurden die Betten von Anstalten, die nicht so sehr der Behandlung akut erkrankter als der zugleich einer längeren Verwahrung bedürftiger kranker oder abnormer Menschen dienen, wie Heil- und Pflegeanstalten, Lungenheilstätten und dergleichen. Infolge der Verschiedenartigkeit der wirtschaftlichen, verkehrstechnischen und kulturellen Verhältnisse in den einzelnen Landesteilen ergibt die Zusammenstellung ein recht buntscheckiges Bild. Während die Bereitstellung von Krankenhausbetten in vielen Bezirken als reichlich, in anderen wohl nur eben noch als genügend zu bezeichnen ist, erscheint sie in manchen bedenklich gering. Auf eine eingehendere Behandlung dieser Frage muß hier verzichtet werden.

\*) Weiler: Der Krankenhausarzt. „Bayer. Ärzteblatt“, Juli 1952.

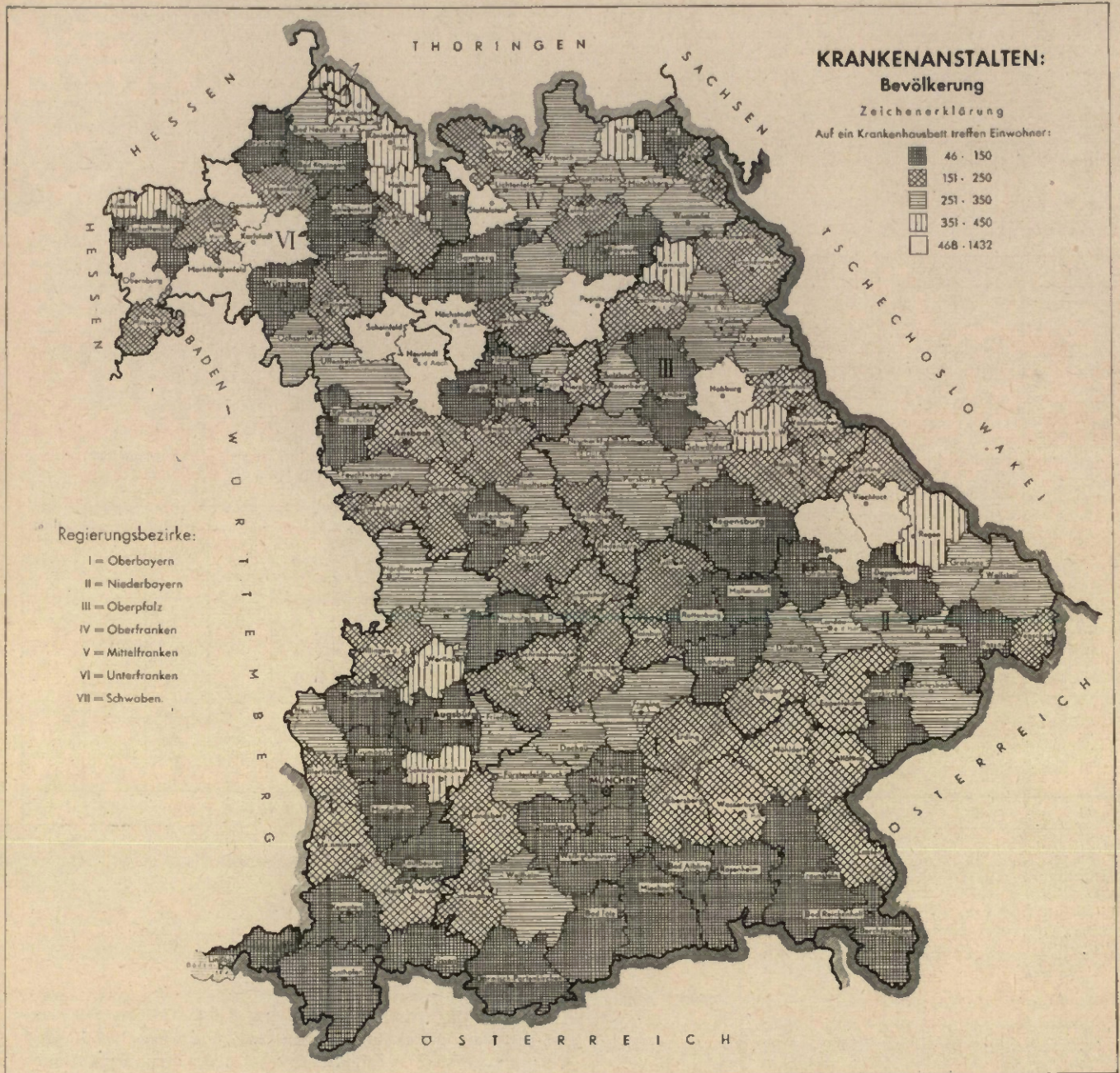


Tabelle IX  
Größenordnung der Krankenanstalten\*)

| Betten | Obb. | Ndb. | Opf. | Ofr. | Mfr. | Ufr. | Schw. | Bay. | %     |
|--------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|
| — 40   | 29   | 16   | 14   | 11   | 13   | 15   | 19    | 117  | 25,2  |
| — 80   | 38   | 18   | 19   | 8    | 19   | 18   | 24    | 144  | 31,0  |
| — 120  | 26   | 15   | 10   | 5    | 5    | 12   | 20    | 93   | 20,0  |
| — 160  | 16   | 4    | 2    | 3    | 6    | 4    | 6     | 41   | 8,8   |
| — 200  | 8    | 2    | 2    | 2    | 3    | 1    | 5     | 23   | 4,9   |
| — 300  | 9    | 4    | 5    | 2    | 3    | —    | 3     | 26   | 5,6   |
| — 400  | 1    | 1    | —    | 1    | —    | —    | 1     | 4    | 0,9   |
| — 500  | 1    | —    | —    | 1    | —    | 1    | —     | 3    | 0,6   |
| ab.500 | 4    | —    | 1    | 3    | 2    | 2    | 2     | 14   | 3,0   |
| Zus.   | 132  | 60   | 53   | 36   | 51   | 53   | 80    | 465  | 100,0 |

\*) Nur Stadt-, Kreis-, Gemeinde-, freigemeinnützige und Rotkreuzkrankenanstalten.

Tabelle X  
Träger der Krankenhäuser

| Betten | St   | (B) | K    | (B)    | G    | (B)    | Fg   | (B)    | Z     | (B)    | (B) %  |
|--------|------|-----|------|--------|------|--------|------|--------|-------|--------|--------|
| — 40   | 7    | (2) | 36   | (24)   | 63   | (40)   | 11   | (2)    | 117   | (68)   | (46,8) |
| — 80   | 15   | (6) | 62   | (25)   | 49   | (26)   | 18   | (1)    | 144   | (58)   | (58,1) |
| — 120  | 23   | (1) | 38   | (4)    | 9    | (4)    | 23   | (4)    | 93    | (13)   | (14,0) |
| — 160  | 14   | —   | 15   | —      | 1    | —      | 11   | (2)    | 41    | (2)    | (4,8)  |
| — 200  | 10   | —   | 7    | —      | —    | —      | 6    | (3)    | 23    | (3)    | (13,0) |
| — 300  | 18   | —   | 2    | —      | —    | —      | 11   | (1)    | 26    | (1)    | (3,8)  |
| — 400  | 3    | —   | —    | —      | —    | —      | 1    | —      | 4     | —      | —      |
| — 500  | 3    | —   | —    | —      | —    | —      | —    | —      | 3     | —      | —      |
| ab.500 | 12   | —   | —    | —      | —    | —      | 2    | —      | 14    | —      | —      |
| Zus.   | 100  | (9) | 160  | (53)   | 122  | (70)   | 83   | (13)   | 465   | (145)  | —      |
| %      | 21,5 | (9) | 34,4 | (33,1) | 26,2 | (57,4) | 17,9 | (15,6) | 100,0 | (31,2) | —      |

St = Stadt-, K = Kreis-, G = Gemeinde-, Fg = freigemeinnützige Krankenhäuser, (B) = Belegkrankenhäuser unter den vorbezeichneten Anstalten.

Die Tabellen IX und X zeigen, daß eine sehr große Zahl kleinster Krankenhäuser besteht, wobei zu beachten ist, daß solche mit weniger als 10 Betten überhaupt nicht mit aufgeführt sind. Auch blieben die im Besitz von Einzelpersonen befindlichen privaten Krankenanstalten außer Betracht. Rund 46 v. H. der Krankenanstalten mit höchstens 40, rd. 58 v. H. der bis zu 80 und rd. 14 v. H. der bis zu 120 Betten umfassenden Anstalten werden als Belegkrankenhäuser betrieben. Bei rd. 86 v. H. der Belegkrankenhäuser handelt es sich um Kreis- oder Gemeindekrankenhäuser, bei rd. 9 v. H. um freigemeinnützige Anstalten, die z. T. bis zu 300 Betten haben.

Die Belegkrankenhäuser entsprechen einerseits dem verständlichen Wunsch der freipraktizierenden Ärzte, Ihre Kranken auch dann selbst weiterbehandeln zu können, wenn deren Leidenszustand oder die Ungunst häuslicher Verhältnisse eine zweckdienliche Behandlung außerhalb einer Krankenanstalt nicht erlauben. Andererseits können diese kleinen Krankenhäuser nicht über Einrichtungen verfügen, die den neuzeitlichen, an gut ausgestattete Krankenanstalten zu stellenden Anforderungen entsprechen. Auch verlangt die Aufrechterhaltung eines wohlgeordneten Betriebes von kleinen Belegkrankenhäusern, daß die Anzahl der für eine Beteiligung an der Belegung in Betracht kommenden, mithin die aller am Ort des Krankenhauses freipraktizierenden Ärzte nicht zu groß ist. Zu beachten ist endlich noch, daß die an Belegkrankenhäusern tätigen Ärzte sich ihrer besonderen Verantwortung bei der Entscheidung der Frage bewußt sein müssen, ob die beschränkten Einrichtungen der kleinen Krankenhäuser eine den neuzeitlichen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten entsprechende Betreuung des jeweils in Betracht kommenden Kranken erlauben, oder ob eine besser ausgestattete Krankenanstalt damit zu betrauen ist.

So beachtlich wohl diese einschränkenden Bedenken sein mögen, so wenig soll ihre Hervorhebung besagen, daß solch kleine Krankenhäuser überhaupt nicht zu erhalten seien. Sie können vielmehr mit guten Erfolgsaussichten der Behandlung von Kranken dienen, deren Leidenszustand auch ohne die Verwendung besonders kostspieliger Einrichtungen behoben werden kann. Es genügt dazu eine bescheidene ärztliche Einrichtung, doch muß sie zweckdienlich ausgerichtet sein. Außerdem helfen diese kleinen Krankenhäuser in der jetzigen Zeit auch weitgehend dem Übel ab, daß die häusliche Behandlung an sich keiner Krankenhausbehandlung bedürftiger Krankheitsfälle durch die weitestverbreitete Wohnungsnot sehr erschwert ist.

Es muß aber doch allmählich mehr Bedacht darauf genommen werden, den Bewohnern jeden Landkreises ein mit den neuzeitlichen Krankentransportmitteln unschwer erreichbares Krankenhaus zur Verfügung zu stellen, dessen Einrichtungen allen berechtigten Anforderungen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Erfahrung entsprechen. Solche Krankenanstalten müssen aber auch über die genügende Anzahl bestausgebildeter und erfahrener Fachärzte verfügen, die in der Lage sind, alle im Einzelfalle angezeigten Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen mit besten Erfolgsaussichten anwenden zu können.

Zur Vermeidung von untragbaren, insbesondere auch von unnötigen wirtschaftlichen Belastungen einzelner Gemeinden und Kreise muß — unbeschadet des Selbstverwaltungsrechtes der Krankenhausträger — eine vernünftige Planung des Krankenhauswesens eingerichtet werden. Gewiß erfordert ein neuzeitlich ausgerichtetes Krankenhaus recht erhebliche wirtschaftliche Aufwendungen, doch kann eine sinnvolle Planung des gesamten Krankenhauswesens die Errichtung unweckmäßiger Bauten verhindern und durch die damit erreichbare Verminderung auch der laufenden Betriebskosten die Belastung der Krankenhausträger erleichtern. Abschließend darf auch hier daran erinnert werden, daß ein Krankenhaus, dessen materieller Bestand selbstverständlich Angelegenheit des Krankenhausträgers ist, ein Haus des Arztes sein muß, da sein Zweck, die Wiederherstellung der Gesundheit der in ihm Betreuten zu sichern, nur dann erfüllt werden kann, wenn es vom rechten ärztlichen Geist beseelt und getragen ist.

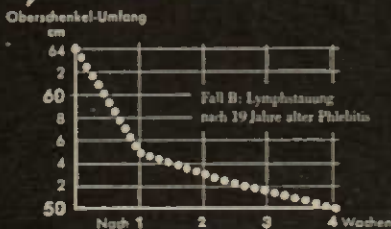
Versuchen wir nun, rückschauend die berichteten Feststellungen und die daran geknüpften Überlegungen von höherer Warte aus zu betrachten, so können unseren Blick nur die Teile des entworfenen Gesamtbildes fesseln, deren Beachtung nicht nur für die Ärzteschaft des Landes Bayern, sondern für die aller deutschen Länder und damit für das Arztum in Deutschland von wesentlicher Bedeutung sind.

In unerbittlich scharfer Zeichnung tritt die Überfülle vollausgebildeter Ärzte ins Blickfeld. Die atembeklemmende Wirkung des Anblicks Ihrer Menge wird verstärkt durch die Beobachtung des unverhältnismäßig starken Anteils von Fachärzten in der fast unübersehbar großen, den Bedarf der Bevölkerung weit überschreitenden Ärzteschar. Die Abhängigkeit Ihrer wirtschaftlichen Existenz von Auswirkungen unserer Krankenversicherungsgesetzgebung, die weder die Grundbedingungen eines freien, echten Arztums gebührend achtet noch den veränderten Zeitverhältnissen Rechnung trägt, wirft ein fahles, un-

# Venöse Stase

Rasche Entstaung

mit **PERIVAR** durch **SPARTEIN-KOMPLEXSALZE** und **VITAMINE B<sub>1</sub> und E**



## Extern: PERIVAR-Salbe

O.P. mit ca. 20 g. Großpackung mit ca. 200 g  
Krampfadernbeschwerden (Schmerzen, Schwere-,  
Völlegefühl, Odemneigung), Lymphstauungen,  
Thrombophlebitis, Thrombose, Phlebitis

## Intern: PERIVAR-Dragees

O.P. m. 24 u. 48 Drag., Großp. m. 150 Drag.

## PERIVAR-Ampullen

O.P. mit 3 Ampullen, Großp. mit 30 Ampullen  
Krampfadernbeschwerden, Lymphstauungen,  
Ulcus cruris, Ekzema varicosum,  
Thrombophlebitis, Haemorrhoidalleiden,  
Muskelkrämpfe, Myalgien, Kreuzschmerzen

heilkündendes Licht auf den wenig geordneten, in Teile zerrissenen, sich ungleichen Schrittes dahinschleppenden Zug der Gefesselten. Beunruhigend wirkt die sonderbare Erscheinung, daß die Jugend nicht, wie dies sonst der Brauch, mit offenem, vorwärtsgerichteten Blick der Masse der Alten voranschreitet, sondern nur in lockerer Verbindung mit diesen unstat umherschauend und zögernd den Schlußtrupp bildet. Dieser Ausdruck der weitgehenden Sperre der Zulassung zur Kassenarztstätigkeit, die sehr zahlreiche jüngere Ärzte — in Bayern stehen im Grunde bereits 4000—5000 nichtzugelassene Ärzte den rd. 7000 zugelassenen gegenüber — geneigt macht, ihr Erstgeburtsrecht, als freier Arzt tätig zu sein, gegen das Linsengericht einzutauschen, in einer zwar wirtschaftlich eher gesicherten, aber abhängigen Stellung arbeiten zu dürfen, läßt als Wetterleuchten den Ausbruch eines Gewittersturmes befürchten, der das nur in der Freiheit lebensfähige echte Arzttum vernichtend trifft.

So tritt das Bild der gegenwärtigen Lage der Ärzteschaft vor das Auge eines Beobachters, der, nicht selbst verstrickt in das ihm dennoch wohlbekannte dornige Gestrüpp der Kassenarztstätigkeit, nicht Gefahr läuft, sich durch eine gefühlsbetonte Überbewertung alltäglicher Auswirkungen menschlicher Unzulänglichkeit in seiner sachlichen Stellungnahme beirren zu lassen, sondern nur den tieferliegenden, in längeren Zeiträumen zur vollen Entwicklung gelangenden Vorgängen eine das Schicksal der Ärzteschaft bestimmende Bedeutung beimißt.

Das im großen und ganzen unerfreuliche Bild der Lage des Arztes könnte Anlaß zu der Ansicht geben, daß die Hoffnung auf die Erhaltung, richtiger ausgedrückt: die Wiedergeburt eines wirklich freien Arztiums utopisch und daher jeder Versuch zu ihrer Verwirklichung aussichtslos sei. Man könnte geneigt sein, einer solchen Anschauung beizupflichten, insbesondere angesichts der wirtschaftlichen Not weiter Kreise der Ärzteschaft, die sich darin ausdrückt, daß die jungen Ärzte wegen ihrer Nichtzulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, viele ältere wegen der unzureichenden Entlohnung ihrer kassenärztlichen Leistungen keinen erträglichen Lebensstandard erreichen können und den alten die wohlverdiente Ruhe ihres Lebensabends versagt bleibt. Da sich schon bedenkliche Anzeichen der Schwächung eines Grundpfeilers des Tempels der Heilkunst, der ethischen Haltung des Arztes bemerkbar machen und zu alledem grobe Mängel des inneren Zusammenhalts der Ärzteschaft eine wirkungsvolle Vertretung ihrer Angelegenheiten und einen aussichtsreichen Kampf um ihr Recht sehr erschweren, könnte auch der Tapferste mutlos werden.

Dennoch besteht kein Grund, die Flinte ins Korn zu werfen. Zunächst bleibt zu bedenken, welch ungeheure Belastungen die Wirren der letzten Jahrzehnte für alle mit sich brachten und wie schwer es war, erst einmal deren unmittelbare Folgen einigermaßen zu überwinden. Wir müssen unser Augenmerk daher mehr auf die keineswegs geringen, vielmehr überraschend großen Erfolge der Anstrengungen zum materiellen Wiederaufbau richten, als auf die selbstverständlich noch vorhandenen Mängel. Erinnern wir uns, des unerhörten Ausmaßes der über uns hereingebrochenen, nicht nur wirtschaftlichen, sondern auch seelischen Katastrophe, so erscheint es doch wirklich nicht verwunderlich, daß sich Erfolge der ebenso notwendigen moralischen Wiederaufrüstung erst langsamer zeigen.

Wir dürfen nun weder die Geduld verlieren noch die Hände in den Schoß legen und versäumen, zeitgerecht alles zu tun, um erkannten Mängeln mit ruhiger Ent-

schlossenheit abzuwehren. Höchste Zeit ist es allerdings, der in solchen Ärztekreisen, auf deren Mitwirkung dabei nicht verzichtet werden kann, grassierenden unheimlichen Lethargie ein Ende zu machen. Des Arztes wäre es ja doch gewiß nicht würdig, wollte er auf ein Wunder warten, das ihm seine Berufsfreiheit erhält oder vielmehr wiedergibt, ohne daß er selbst den Kampf um sie bestehen müßte. Dieser kann nur dann mit wohlbegründeter Aussicht auf Erfolg geführt werden, wenn sich kein standesbewußter Arzt der Mitwirkung mit der ebenso verbreiteten wie schmachvoll verwerflichen Devise: Ohne mich! zu entziehen sucht.

Eines ist sicher. Der Arzt steht in äußerster Gefahr, seine Freiheit völlig einzubüßen, wenn er immer noch glaubt, sich mit dem zunehmend kümmerlicher werdenden Rest einer solchen zufrieden geben zu dürfen. Die Frage, ob er sie überhaupt noch behalten will, soll hier trotz des Bestehens ernster, durchaus begründeter Zweifel nicht geprüft werden. Sein weiteres Verhalten mag sie lösen. Er muß sich auch bewußt sein, daß jeder Kampf persönliche Opfer verlangt. Der Kampf um die Freiheit der ärztlichen Berufstätigkeit erfordert vor allem das Opfer jeder engstirnigen Eigensucht. Dieses Opfer dürfte aber jedem, dessen Blick für die sonst voraussehende schlimme Weiterentwicklung der ärztlichen Verhältnisse nicht durch Scheuklappen eingeengt ist, nicht allzu schwer fallen.

Das den Ärzteschaften deutscher Länder von deren gesetzgebenden Körperschaften zugebilligte Recht der Selbstverwaltung ihrer beruflichen Angelegenheiten kann nur dann Sinn und Zweck haben, wenn die Ärzte im Rahmen des gesetzlichen Organs ihrer Berufsvertretung, der Ärztekammer, tatsächlich geschlossene Gemeinschaften darstellen, die ihren Mitgliedern nicht nur die gleichen Rechte innerhalb der Gemeinschaft selbst gewähren, sondern es sich auch zur Pflicht machen, bei Verhandlungen mit Außenstellen allen Mitgliedern die gleichen Rechte zu sichern und ihnen die gleiche Chance zu verschaffen, die Mittel zu ihrem Lebensunterhalt durch ehrliche ärztliche Arbeit zu erwerben. Dann kann für andere ärztliche Vereinigungen kein Anlaß mehr bestehen, durch ein gesondertes, eigenbrötlerisches oder gar eigensüchtiges Vorgehen in der Öffentlichkeit die Stoßkraft der Bestrebungen der gesetzlichen Berufsvertretung aller Ärzte zu schwächen und den gemeinsamen Interessen der Gesamtheit zu schaden.

Ein Kampf um die Erhaltung der ärztlichen Berufsfreiheit kann ernstlich nur dann in Betracht gezogen und mit Aussicht auf Erfolg geführt werden, wenn die dazu notwendige Einmütigkeit der gesamten deutschen Ärzteschaft gesichert ist. Gelingt es aber nicht, den deutschen Arzt aus der Beschränkung der Freiheit seiner Berufsausübung zu lösen, wozu eine grundsätzliche Änderung der Form unserer Zwangskrankenversicherung erforderlich ist, so rückt das Ende seiner Berufsfreiheit überhaupt in absehbare Nähe. Der deutsche Arzt wird dann nicht mehr berufen bleiben, in Freiheit der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes zu dienen, sondern verpflichtet werden, in einer irgendwie abhängigen Berufstätigkeit die Arbeitsfähigkeit von Roboter- menschen sicherzustellen, um einem Massenwahn zu dienen.

Deutsche Ärzte! Ihr steht am Scheidewege. Wollt Ihr Eurer hohen Sendung folgen und die Freiheit Eures Berufes retten, so schließt die Reihen, um für sie kämpfen zu können!



*Das milde*

*Durchschlafmittel*

**MEDOMIN**

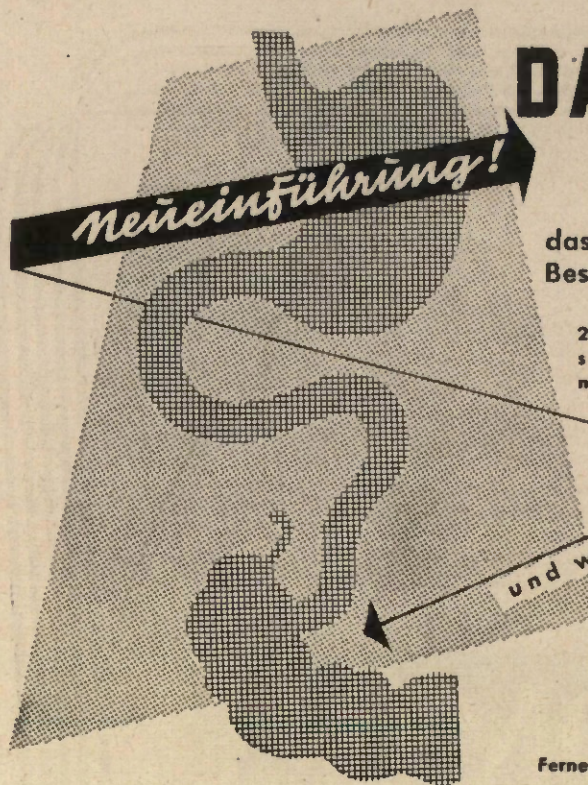
Acid. cycloheptenyläethylbarbituric.

*läßt den Kranken  
nach ruhigem Schlafe  
frisch erwachen*

*Schiebedose mit 10 Tabletten zu 0,2 g*

**J.R.GEIGY A.G. BASEL**

Pharma-Herstellung und Vertrieb für Deutschland:  
**DR. KARL THOMAE GMBH · BIBERACH AN DER RISS**



# DALUWAL *forte* Compretten


das kräftig wirkende Laxans zur Beseitigung hartnäckiger Obstipationen

20 Compretten DM -.95 o. U.  
sowie Anstollspackungen mit 1000 Compretten

**DALUWAL-Compretten** als mildes Abführmittel

10 Compretten OM -.50 o. U.  
20 Compretten DM -.70 o. U.

Ferner sind Packungen mit 50 und 100 Stück im Handel



E. MERCK AG, DARMSTADT · C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GMBH, MANNHEIM · KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN A. RH.

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

## Die 3 Alete Stufen!

**Alete-Frühnahrung**  
für den Säugling der ersten Lebensmonate

**Aletemilch**  
im Anschluß an Alete-Frühnahrung

**Alpenbote**  
Vollmilch ohne Zusätze, für das Kleinkind, das Schulkind und den Jugendlichen

Drei bewährte Produkte für die gesunde Entwicklung des Kindes vom Säugling bis zum Schulkind.

Jede Apotheke und Drogerie führt Alete-Produkte.



ALETE · PHARMAZEUTISCHE PRODUKTE GMBH  
MÜNCHEN 2 BS



## Probleme des Ärztenachwuchses

Von Dr. med. Walther Koerting

Das Bild, das sich durch die Betrachtung der zahlenmäßigen Verhältnisse im Ärztestand in Bayern ergibt, wie es der aufschlußreiche Aufsatz von Präsident Dr. Weiler „Ärzte in Bayern“ in dieser Folge klar darstellt, soll durch eine Übersicht ergänzt werden, die sich mit dem ärztlichen Nachwuchs in der Bundesrepublik bzw. in Bayern befaßt\*).

Raumbedingt konnten die bei der Bearbeitung des vielfältigen Stoffes aufscheinenden Probleme nicht zur Gänze oder nicht mit der vielleicht wünschenswerten Ausführlichkeit behandelt werden. Es erschien jedoch zweckdienlich aufzuzeigen, daß ähnliche Entwicklungen wie bei uns auch in anderen Ländern zu beobachten sind. Durch die Gleichartigkeit oder Ähnlichkeit der zahlenmäßigen Entwicklung des Ärztestandes auch außerhalb der Bundesrepublik gewinnt das ganze Problem wesentlich an Gewicht. Seine Bedeutung und Folgen können heute mit einiger Sicherheit noch nicht gewertet werden, doch erscheint es trotzdem oder vielleicht gerade deswegen von Wichtigkeit, z. T. bekannte Tatsachen durch den Hinweis auf neue oder noch nicht hinreichend gewürdigte Entwicklungen von Bedeutung zu ergänzen.

Deutschland wies in den Grenzen vom 31. 12. 1937 eine Wohnbevölkerung von 69 314 100 Einwohnern auf. Im Bundesgebiet wurden am 29. Oktober 1946 43 694 000 und am 13. September 1950 47 695 700 Einwohner gezählt. Diese Zahlen sind für die Beurteilung der nachstehenden Ausführungen nicht ohne Bedeutung.

Das Medizinstudium im Deutschen Reich (siehe Abb. 1) entwickelte sich in folgender Weise:

| im Wintersemester: | Zahl der Medizinstudierenden: | davon weiblich: |
|--------------------|-------------------------------|-----------------|
| 1913/14            | 15 500                        | 868             |
| 1914/15            | 13 156                        | 951             |
| 1915/16            | 14 483                        | 1 122           |
| 1916/17            | 16 048                        | 1 450           |
| 1917/18            | 17 667                        | 1 799           |
| 1918/19            | 19 837                        | 2 078           |
| 1919/20            | 20 888                        | 2 108           |
| 1920/21            | 17 535                        | 2 055           |
| 1921/22            | 15 093                        | 1 852           |
| 1922/23            | 13 373                        | 1 723           |
| 1923/24            | 10 738                        | 1 521           |
| 1924/25            | 8 517                         | 1 321           |
| 1925/26            | 7 674                         | 1 194           |
| 1926/27            | 8 530                         | 1 312           |
| 1927/28            | 8 252                         | 1 562           |
| 1928/29            | 12 456                        | 2 082           |
| 1929/30            | 15 651                        | 2 718           |
| 1930/31            | 18 473                        | 3 396           |
| 1931/32            | 21 780                        | 4 267           |
| 1932/33            | 24 298                        | 4 913           |
| 1933/34            | 23 899                        | 4 619           |
| 1934/35            | 25 381                        | 4 805           |
| 1935/36            | 19 670                        | 3 693           |
| 1936/37            | 17 096                        | 3 223           |
| 1937/38            | 16 604                        | 2 940           |
| 1938/39            | 19 491                        | 3 364           |
| 1939/40            | 19 720                        | 3 815           |
| 1. Trimester 1940  | 26 309                        | 4 193           |

Der unverhältnismäßig hohe Anteil der Mediziner an der Gesamtzahl der Studierenden in diesen Jahren, der sich heute noch weiterwirkend in überaus ungünstiger

\* Quellen: Statistische Jahrbücher und Statistische Berichte des Statistischen Reichsamtes, des Statistischen Amtes des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, des Statistischen Bundesamtes und des Bayerischen Statistischen Landesamtes. (Kleine Unterschiede in den Zahlen sind auf spätere Richtigstellungen nsw. zurückzuführen.)

Die Zahlen über die Approbationen in Bayern seit dem Jahre 1941 sind dem Entgegenkommen von Herrn Ministerialrat Dr. Hopfner vom Bayer. Staatsministerium des Innern — Gesundheitsabteilung zu verdanken.

Die Daten über die Schweizerische Ärztestatistik sind der „Schweizerischen Ärztezeitung“, 1953, Nr. 33 entnommen.

Weise geltend macht, entstand durch den erhöhten Bedarf an Ärzten beim Aufbau der deutschen Wehrmacht. Damals ergaben sich für den Arztberuf günstige Aussichten, dies um so mehr, als die Medizinstudierenden als Wehrmachtangehörige außer dem ihnen nach ihrem Dienstgrad zustehenden Gehalt, Bekleidung, Kost und freie Unterbringung bekamen.

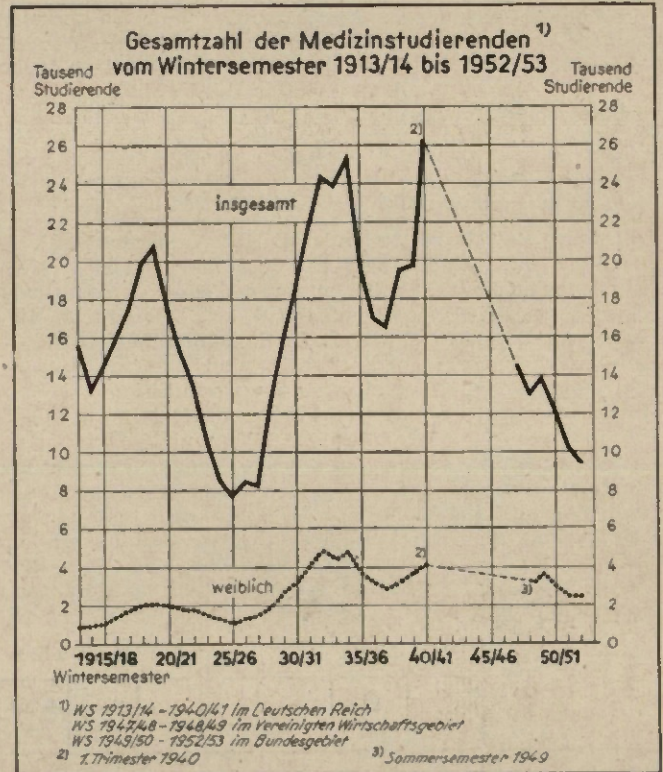


Abb. 1

Für die nachfolgenden Jahre fehlen zusammenfassende Zahlen. Diese liegen erst für das Vereinigte Wirtschaftsgebiet seit dem Wintersemester 1947/48 und für die Bundesrepublik seit dem Wintersemester 1949/50 vor. Die Zahl der Medizinstudierenden betrug:

| im Wintersemester: | Gesamtzahl: | davon weiblich:  |
|--------------------|-------------|------------------|
| 1947/48            | 14 573      |                  |
| 1948/49            | 12 951      | (SS 1949:) 3 253 |
| 1949/50            | 13 897      | 3 662            |
| 1950/51            | 12 218      | 3 043            |
| 1951/52            | 10 212      | 2 679            |
| 1952/53            | 9 395       | 2 632            |

Während im Wintersemester 1938/39 der Anteil der Medizinstudenten im Deutschen Reich aus den angeführten Gründen 38,7 v. H. aller Studierenden betrug, wurde nach dem Kriege im Wintersemester 1947/48 immer noch über ein Viertel aller Studierenden (26,3 v. H.) von den Medizinstudenten gestellt. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß die Propagierung des Medizinstudiums im Kriege sich hier noch auswirkte und viele, die im Kriege ihr Studium begonnen hatten, dieses nun vollenden wollten. Eine Reihe von Medizinstudierenden war durch verspätete Rückkehr aus Kriegsgefangenschaft gehindert worden, ihr Studium gleich nach Kriegsende fortzusetzen, bei anderen waren es materielle Gründe. Wieder andere waren durch den an den meisten Universitäten, besonders ihren medizinischen Fakultäten, vorerst bestehenden Numerus clausus nicht in der Lage, das erwählte Medizinstudium zu beginnen.

Über die Verhältniszahlen gibt folgende Übersicht Aufschluß. Die Medizinstudierenden hatten an der Zahl sämtlicher Studierender folgenden Anteil (siehe Abb. 2):

| Im Deutschen Reich:         |            | In der Bundesrepublik: |            |
|-----------------------------|------------|------------------------|------------|
| WS 1938/39                  | 38,7 v. H. | WS 1949/50             | 24,7 v. H. |
| Im Vereinigten Wirtschafts- |            | SS 1950                | 23,7 v. H. |
| gebiet:                     |            | WS 1950/51             | 11,8 v. H. |
| WS 1947/48                  | 26,3 v. H. | SS 1951                | 10,9 v. H. |
| SS 1948                     | 25,0 v. H. | WS 1951/52             | 9,7 v. H.  |
| WS 1948/49                  | 23,7 v. H. | SS 1952                | 9,4 v. H.  |
| SS 1949                     | 21,4 v. H. | WS 1952/53             | 8,8 v. H.  |

Die untenstehende Einzelaufstellung unterrichtet über die Zahlenbewegung der Medizinstudierenden an den einzelnen Universitäten der Bundesrepublik vom Wintersemester 1947/48 an. (Für die Jahre 1947 bis 1949 lagen nur die Angaben der Universitäten des Vereinigten Wirtschaftsgebietes vor.)

Über die Studienanfänger an den einzelnen Universitäten im Sommersemester 1952 und Wintersemester 1952/53 gibt eine weitere Übersicht Aufschluß.

Die zur Zeit festzustellende absolute und relative Abnahme der Zahl der Medizinstudierenden dürfte zwar im wesentlichen ihren Grund in der Überfüllung des ärztlichen Berufes und der folgerichtigen Beurteilung der materiellen Lage desselben haben, dürfte aber auch dadurch bedingt sein, daß die ihr Studium nachholenden Kriegsteilnehmer im wesentlichen ihr Studium abgeschlossen haben. Ferner darf daran erinnert werden, daß die Jahrgänge 1930, 1931 und 1932 besonders schwach besetzt waren. Bei vergleichender Betrachtung der Verhältnisse nach dem 1. Weltkrieg mit jenen nach dem 2. Weltkrieg (siehe Abb. 1) ergibt sich eine gewisse Ähnlichkeit, die auch damals gleichartige Gründe, wie die angeführten, gehabt haben dürfte. Der aber nach dem Wintersemester 1927/28, also schon vor dem Wiederaufbau

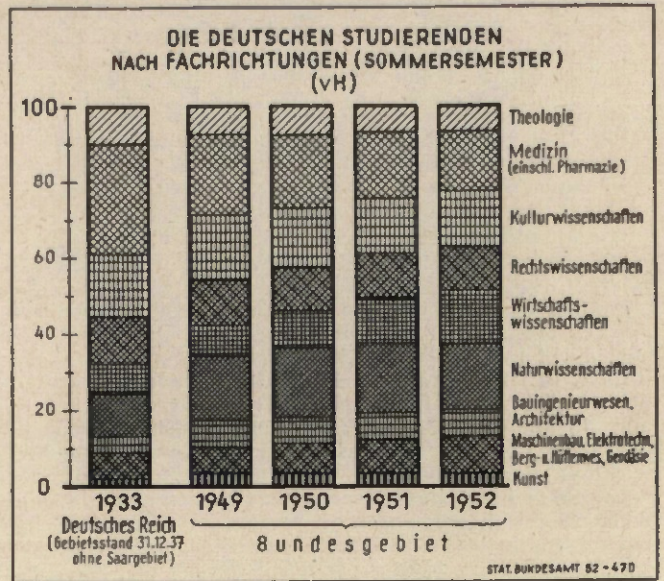


Abb. 2\*)

einer deutschen Wehrmacht, einsetzende jähe Anstieg der Zahl der Medizinstudierenden läßt hinsichtlich der Beurteilung des derzeitigen Rückgangs der Zahl der Mediziner zu Vorsicht mahnen.

Aus der nachfolgenden Übersicht und Abb. 3 ist deutlich das Vorrücken der einzelnen Jahrgänge und gleichzeitig der Rückgang in der Zahl der nachrückenden zu erkennen.

\*) Die Abb. 2 wurde von der Redaktion der Zeitschrift „Wirtschaft und Statistik“ frdl. zur Verfügung gestellt.

Medizinstudierende an der Universität:

|            | Medizinstudierende an der Universität: |           |               |           |            |          |             |      |      |       |          |          |          |            |           | Med. Akademie |              |        |
|------------|--|-----------|---------------|-----------|------------|----------|-------------|------|------|-------|----------|----------|----------|------------|-----------|---------------|--------------|--------|
|            | Bonn                                   | Er-langen | Frank-furt/M. | Frei-burg | Göt-tingen | Ham-burg | Heidel-berg | Kiel | Köln | Mainz | Mar-burg | Mün-chen | Mün-ster | Tü-bin-gen | Würz-burg | West-Berlin   | Düs-sel-dorf | Gießen |
| WS 1947/48 | 1543                                   | 1223      | 1303          |           | 1144       | 1277     | 1014        | 980  | 531  |       | 882      | 2209     | 872      |            | 907       |               | 691          |        |
| SS 1948    | 473                                    |           | 459           |           | 319        | 374      | 287         | 222  | 162  |       | 211      |          | 256      |            |           |               | 158          |        |
| WS 1948/49 | 1457                                   | 1145      | 1150          |           | 1108       | 1230     | 1035        | 992  | 584  |       | 744      | 2155     | 965      |            | 1009      |               | 681          |        |
| SS 1949    | 422                                    |           | 403           |           | 315        | 374      | 299         | 233  | 176  |       | 167      |          | 300      |            |           |               | 159          |        |
| WS 1949/50 | 1319                                   | 1054      | 965           |           | 1001       | 1058     | 900         | 944  | 563  |       | 651      | 1934     | 956      |            | 1022      |               | 584          |        |
| SS 1950    | 375                                    |           | 308           |           | 287        | 325      | 266         | 208  | 172  |       | 134      |          | 307      |            |           |               | 152          |        |
| WS 1950/51 | 1247                                   | 956       | 940           |           | 943        | 899      | 910         | 868  | 670  |       | 627      | 1729     | 860      |            | 879       |               | 551          |        |
| SS 1951    | 351                                    | 231       | 281           |           | 253        | 247      | 256         | 170  | 192  |       | 126      | 482      | 265      |            | 264       |               | 135          |        |
| WS 1951/52 | 1128                                   | 939       | 863           | 560       | 868        | 825      | 857         | 842  | 664  | 1192  | 581      | 1761     | 765      | 674        | 851       |               | 527          |        |
| SS 1952    | 296                                    | 223       | 238           | 157       | 216        | 211      | 222         | 168  | 174  | 407   | 104      | 480      | 229      | 178        | 232       |               | 127          |        |
| WS 1952/53 | 1092                                   | 919       | 778           | 610       | 803        | 807      | 907         | 792  | 635  | 1062  | 542      | 1775     | 648      | 583        | 804       |               | 498          |        |
| SS 1953    | 284                                    | 200       | 189           | 167       | 184        | 184      | 236         | 140  | 152  | 352   | 101      | 445      | 181      | 150        | 192       |               | 119          |        |
| WS 1953/54 | 1053                                   | 836       | 704           | 718       | 705        | 705      | 893         | 671  | 574  | 937   | 493      | 1567     | 656      | 495        | 760       | 733           | 451          | 30     |
| SS 1954    | 276                                    | 182       | 144           | 198       | 156        | 168      | 243         | 122  | 141  | 294   | 91       | 418      | 168      | 125        | 203       | 211           | 114          | 3      |
| WS 1954/55 | 957                                    | 740       | 685           | 746       | 589        | 623      | 849         | 563  | 500  | 796   | 437      | 1456     | 631      | 445        | 658       | 721           | 364          |        |
| SS 1955    | 253                                    | 162       | 146           | 214       | 125        | 152      | 238         | 126  | 126  | 235   | 103      | 375      | 168      | 112        | 171       | 201           | 94           |        |
| WS 1955/56 | 899                                    | 638       | 620           | 698       | 532        | 572      | 847         | 449  | 442  | 619   | 441      | 1468     | 628      | 454        | 561       | 709           | 304          | 40     |
| SS 1956    | 243                                    | 135       | 132           | 207       | 111        | 158      | 250         | 90   | 103  | 178   | 122      | 378      | 198      | 123        | 163       | 200           | 81           | 7      |
| WS 1956/57 | 879                                    | 541       | 619           | 731       | 504        | 632      | 834         | 429  | 412  | 495   | 565      | 1328     | 600      | 434        | 469       | 642           | 278          | 52     |
| SS 1957    | 242                                    | 113       | 143           | 230       | 118        | 173      | 232         | 86   | 98   | 141   | 150      | 363      | 201      | 125        | 136       | 199           | 73           | 12     |
| WS 1957/58 | 789                                    | 494       | 592           | 742       | 491        | 642      | 799         | 345  | 368  | 399   | 623      | 1300     | 661      | 399        | 438       | 725           | 251          | 62     |
| SS 1958    | 218                                    | 112       | 153           | 216       | 125        | 185      | 232         | 67   | 100  | 126   | 179      | 343      | 217      | 115        | 137       | 223           | 92           | 15     |

Die Studienanfänger (Medizinstudium):

|            |     |    |     |    |    |    |     |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |   |
|------------|-----|----|-----|----|----|----|-----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|---|---|
| SS 1952    | 110 | 18 | 117 | 63 | 74 | 75 | 128 | 45 | 54 | 47 | 120 | 33  | 127 | 51 | 27 | —  | — | — |
| WS 1952/53 | 41  | 3  | 38  | 21 | 22 | 22 | 27  | 10 | 16 | 13 | 35  | 10  | 35  | 16 | 5  | —  | — | — |
|            | 41  | 55 | 83  | 24 | 31 | 41 | 27  | 12 | 18 | 11 | 47  | 141 | 26  | 30 | 44 | 56 | — | — |
|            | 19  | 13 | 23  | 8  | 9  | 20 | 10  | 4  | 7  | 5  | 19  | 43  | 16  | 13 | 14 | 26 | — | — |

(In Kursivschrift die weiblichen Medizinstudierenden)

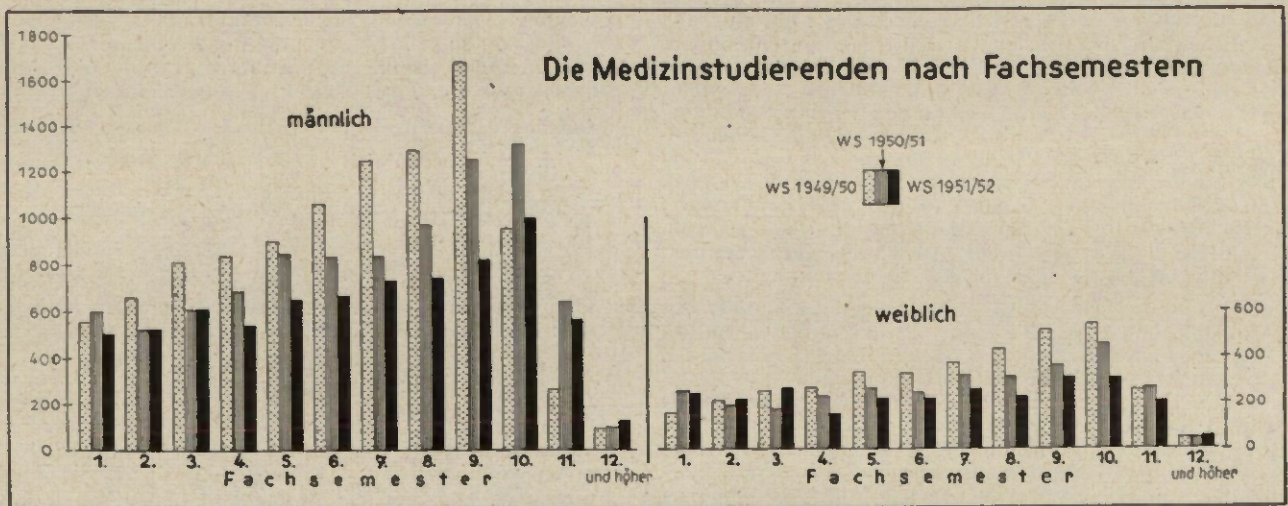


Abb. 3

**Die Medizinstudierenden nach Fachsemestern**

| Semester: | WS 1949/50 |      | WS 1950/51 |      | WS 1951/52 |      |
|-----------|------------|------|------------|------|------------|------|
|           | m          | w    | m          | w    | m          | w    |
| 1.        | 553        | 159  | 601        | 254  | 507        | 246  |
| 2.        | 662        | 212  | 522        | 190  | 525        | 218  |
| 3.        | 816        | 253  | 610        | 175  | 613        | 270  |
| 4.        | 840        | 267  | 688        | 229  | 548        | 184  |
| 5.        | 904        | 338  | 850        | 263  | 656        | 221  |
| 6.        | 1062       | 329  | 833        | 243  | 673        | 219  |
| 7.        | 1247       | 375  | 836        | 319  | 734        | 256  |
| 8.        | 1292       | 433  | 969        | 312  | 743        | 223  |
| 9.        | 1680       | 519  | 1249       | 364  | 826        | 311  |
| 10.       | 954        | 545  | 1320       | 452  | 1001       | 303  |
| 11.       | 267        | 255  | 645        | 263  | 567        | 203  |
| 12.       |            |      |            |      |            |      |
| und höher | 93         | 42   | 96         | 42   | 126        | 52   |
| ohne Ang. | 15         | 4    | 14         | 5    | 13         | 4    |
| Insg.     | 10 385     | 3731 | 9233       | 3111 | 7532       | 2710 |

| Geburtsjahr:    | männlich | weiblich |
|-----------------|----------|----------|
| 1925            | 1380     | 569      |
| 1924            | 1225     | 637      |
| 1923            | 1089     | 457      |
| 1922            | 898      | 217      |
| 1921            | 741      | 107      |
| 1920            | 517      | 89       |
| 1919            | 248      | 52       |
| 1918 und früher | 530      | 201      |
| ohne Angabe     | 6        | 1        |

Die Aufschlüsselung der Medizinstudierenden nach Geburtsjahrgängen (Abb. 4) läßt die erwähnten Nachwirkungen des Krieges deutlich in Erscheinung treten. (Leider liegen nur die Angaben über das Wintersemester 1949/50 vor, so daß zur Zeit Vergleiche mit anderen Jahren nicht gezogen werden können.)

**Die Medizinstudierenden im WS 1949/50 nach Geburtsjahren**

| Geburtsjahr:    | männlich | weiblich |
|-----------------|----------|----------|
| 1930 und später | 145      | 58       |
| 1929            | 483      | 176      |
| 1928            | 818      | 277      |
| 1927            | 1042     | 400      |
| 1926            | 1283     | 490      |

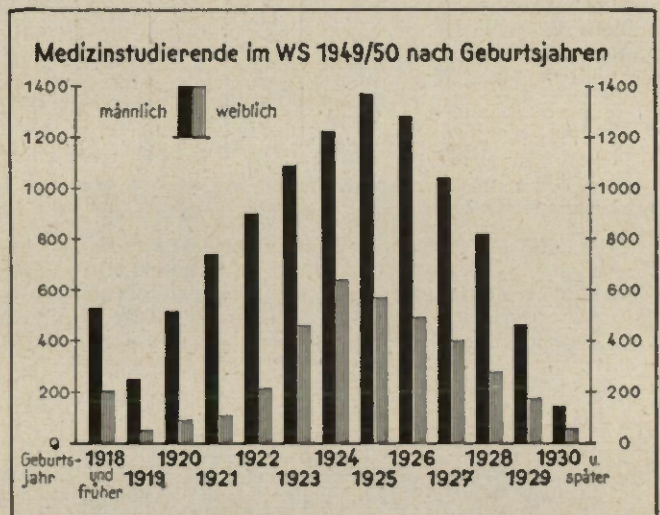


Abb. 4

# Polybion

**Vitamin-B-Komplex**

- Dragees
- „forte“-Dragees
- Tropfen
- Ampullen

**E. Merck · Darmstadt**

Literatur- und Musterabgabe: E. MERCK, DARMSTADT · Abteilung München · (13b) München 2, Alfonsstraße 1



# Targophagin

Targesin, p-Butylaminobenzoyldimethylaminoethanolchlorhydrat, p-Aminobenzoessäureäthylester

*Bei Angina, Pharyngitis, Stomatitis, Gingivitis*

Targophagin wirkt durch seinen Gehalt an Targesin zuverlässig bei allen Entzündungen des Rachens und der Mundschleimhaut. Seine anaesthesierende Komponente ergänzt die Kausalwirkung sehr günstig: Durch den anaesthesierenden Effekt werden die Schmerzen rasch gelindert und quälender Hustenreiz beseitigt.

Schlagartig wirkt oft TARGESIN in 5-10%iger Lösung als Pinselung und Spray bei Tonsillitis, Pharyngitis, Stomatitis, Nebenhöhlen-erkrankungen und Rhinitis. Bei Nasen- und Rachendiphtherie wird durch zusätzliche Behandlung mit 15%iger Targesinlösung die Krankheitsdauer wesentlich abgekürzt.

Proben und Literatur für Aerzte kostenlos

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK AG. BERLIN WERK MEMMINGEN

NEU

# Reginerton

DRAGEES



Preisniedrig  
und sparsam!

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

das

neuartige

**Umstimmungstherapeuticum**

bei vegetativ - dystonisch - dyshor-  
monalen Krankheitszuständen

**Zusammensetzung:**

1 Drogee enth.: Kbellin 0,005g,  
Chelidonia 0,001g, Hypericin  
0,002g, Yohimbin nit. 0,001g,  
Papaver 0,01g, Hypophys. ce-  
rebr. 0,02g, malek. Verbindg.  
v. Diäthylbarbitursäure-Phe-  
nyldimethylpyrazol. 0,04g,  
Ca-Salz & Constituent 0,0218g.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

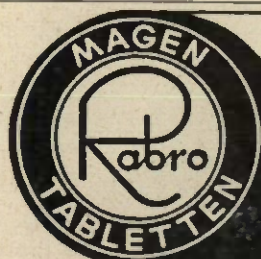
# PERLOPAL

Barbitursäure - freies Einschlafmittel ohne Nachwirkungen

Packungen zu 10) Kapseln  
100)



DEUTSCHE NOVOCILLIN GESELLSCHAFT MBH · MÜNCHEN · PASING



Altbekannte magen- und darmwirksame Bestandteile sind optimal kombiniert mit Succus Liquiritiae praep. zur diätlosen ambulanten Behandlung von

**Ulcus ventriculi Ulcus duodeni  
Gastritiden**

Keine Nebenerscheinungen.

Kur-Packung  
Klinik-Packung  
Original-Packung

Klein-Packung mit  
30 Tabletten DM 3.80

H. Trommsdorff · Aachen

Seit über 15 Jahren bewährt und erprobt

## Vegomed

bei vegetativen Störungen

Lesen Sie  
Theorie u. Praxis?

liquidum 10, 20 u. 100 ccm

Dragées 30 u. 300 Stück

Suppos. 10 Stück f. Kinder u.  
Erw. - Anstaltspackungen

**30 Dragées DM 1.75**

ausreichend für 10 bis 15 Tage



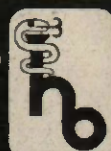
**ARZNEIMITTELFABRIK HULS**

*Dr. Albia Leese*

### AZOVAG GLOB.

FLUOR aller Art.  
zur OPERATIONSVORBEREITUNG

DR. MED. HUBOLD & BARTSCH, HAMBURG 1



SCHNELLE AUFLÖSUNG

### AZOVAG OESTRO

Die erstmalige  
RHODAN · JOD · THERAPIE

PHARMACOLOR GMBH., SANDKRUG i. Oldbg.

mene Umkehr in der Frequenz stattgefunden, wobei sicherlich die Tatsache ausschlaggebend war, daß Erlangen keine Kriegsschäden erlitten hat. Daß hier die berufenen Stellen rasch und ausreichend eingreifen müssen, braucht wohl nicht betont zu werden.

Die Ursache der Überfüllung Bayerns mit Ärzten wird in dem Aufsatz „Ärzte in Bayern“ von Präsident Dr. Weiler einer eingehenden kritischen Untersuchung unterzogen. Im engen Zusammenhang mit den besprochenen Problemen des ärztlichen Nachwuchses und den sich daraus folgemäßig ergebenden Weiterungen steht die Zahl der Approbationen. Über diese wurde erst vor kurzem im „Westfälischen Ärzteblatt“ (1953, Nr. 6) eine die Jahre 1949 bis 1952 umfassende Zusammenstellung der Approbationen in den Ländern des Bundesgebietes veröffentlicht. Es liegt daher nahe, diese für Bayern für einen längeren, erst die richtige Übersicht gebenden Zeitraum zu ergänzen, da ein enger Zusammenhang zwischen der Zahl der Approbationen und damit der Zahl der Ärzte und jener der Medizinstudierenden besteht.

In Bayern erfolgten Approbationen von Ärzten:

|         |     |         |     |         |      |
|---------|-----|---------|-----|---------|------|
| 1905/06 | 171 | 1920/21 | 426 | 1936/37 | 733  |
| 1906/07 | 116 | 1921/22 | 460 | 1941    | 310  |
| 1907/08 | 199 | 1922/23 | 658 | 1942    | 458  |
| 1908/09 | 225 | 1923/24 | 506 | 1943    | 462  |
| 1909/10 | 231 | 1924/25 | 416 | 1944    | 814  |
| 1910/11 | 238 | 1925/26 | 423 | 1945    | 390  |
| 1911/12 | 259 | 1926/27 | 319 | 1946    | 253  |
| 1912/13 | 298 | 1927/28 | 224 | 1947    | 763  |
| 1913/14 | 936 | 1928/29 | 194 | 1948    | 807  |
| 1914/15 | 129 | 1929/30 | 165 | 1949    | 795  |
| 1915/16 | 93  | 1930/31 | 313 | 1950    | 653  |
| 1916/17 | 210 | 1931/32 | 274 | 1951    | 1056 |
| 1917/18 | 110 | 1932/33 | 274 | 1952    | 924  |
| 1918/19 | 290 | 1934/35 | 585 |         |      |
| 1919/20 | 669 | 1935/36 | 614 |         |      |

Ein Hinweis auf die Zahl der Diplomierungen in der Schweiz („Schweizerische Ärztezeitung“, 1953, Nr. 33, „Ärztstatistik 1953“, veröffentlicht vom Generalsekretariat Schweizerischer Ärzteorganisationen, Abt. Mitgliedschaftswesen und Statistik) erscheint angebracht. In der Schweiz wurden diplomiert:

|           |                  |               |                 |
|-----------|------------------|---------------|-----------------|
| 1880—1889 | durchschnittlich | 70 im Jahre   |                 |
| 1890—1899 | durchschnittlich | 95 im Jahre   |                 |
| 1900—1909 | durchschnittlich | 100 im Jahre  |                 |
| 1910—1919 | durchschnittlich | 109 im Jahre  |                 |
| 1920—1929 | durchschnittlich | 148 im Jahre  |                 |
| 1930—1939 | durchschnittlich | 158 im Jahre  |                 |
| 1940—1949 | durchschnittlich | 217 im Jahre, | davon 30 weibl. |
| 1950      |                  | 273,          | davon 29 weibl. |
| 1951      |                  | 244,          | davon 27 weibl. |
| 1952      |                  | 271,          | davon 41 weibl. |

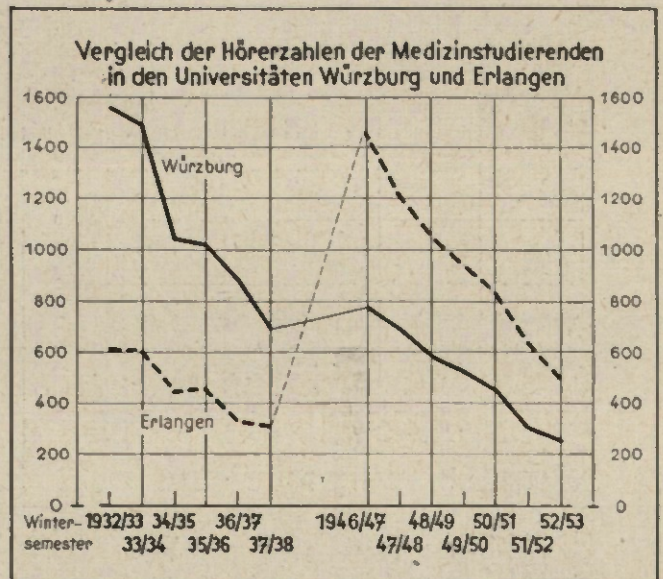


Abb. 5

Die Zahl der Ärzte in den Schweizer Kantonen ergibt sich (Abb. 6) aus folgender Aufstellung:

|      |      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|------|
| 1860 | 1449 | 1900 | 1989 | 1940 | 3812 |
| 1880 | 1442 | 1920 | 2759 | 1950 | 4484 |
| 1890 | 1558 | 1930 | 3388 | 1953 | 4932 |

(Ab 1938 wurden auch die beamteten oder angestellten und die nichtpraktizierenden Ärzte mitgezählt, die früher nicht erfaßt wurden.)

In der Schweiz wird für den Abgang im Arztstand (durch Überschreiten des 68. Altersjahres, durch Tod der unter 88jährigen und Auswanderung) von einem „Ersatzbedarf“ gesprochen. Dort wurden über den Ersatzbedarf hinaus diplomiert:

| Ärzte    | Ärzte    | Ärzte    | Ärzte    |
|----------|----------|----------|----------|
| 1933 60  | 1938 91  | 1943 143 | 1948 149 |
| 1934 52  | 1939 180 | 1944 159 | 1949 182 |
| 1935 83  | 1940 11  | 1945 152 | 1950 192 |
| 1936 74  | 1941 115 | 1946 165 | 1951 162 |
| 1937 122 | 1942 133 | 1947 199 | 1952 211 |

Seit dem Jahre 1933 2635 Ärzte oder alljährlich durchschnittlich 131 Ärzte.

Bei einer Stadtbevölkerung von 1 783 200 und 2677 Ärzten in den Städten kamen dort 666 Einwohner auf einen Arzt. Bei einer Landbevölkerung von 3 066 800 und 1777 Landärzten kamen auf dem Land 1725 Einwohner auf

# EUSEDON

Neurosedativum

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

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

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln



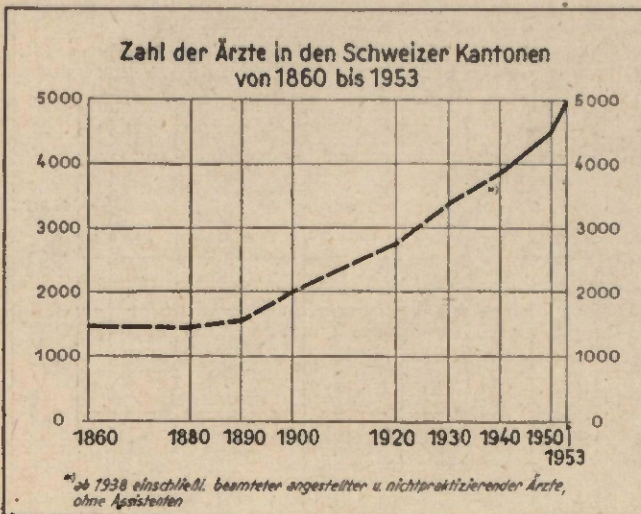


Abb. 6

einen Arzt. Im Durchschnitt für die ganze Schweiz kommen 1088 Einwohner auf einen Arzt.

Wenn bei der Befragung der deutschen Medizinstudierenden nach ihrem Ziel fast 50 v. H. den Beruf eines Facharztes angaben, wenn in dem Aufsatz „Ärzte in Bayern“ auf die starke Zunahme der Fachärzte in Bayern hingewiesen wird, so ergibt sich auch aus der Schweizer Ärztestatistik ein ähnliches Bild, da dort 48 v. H. der praktizierenden Ärzte Spezialärzte sind. (Von den in der Schweiz praktizierenden Spezialärzten waren 80 v. H. in Städten und 20 v. H. auf dem Lande ansässig.)

So ist also hier — und in anderen Ländern ist es nicht viel anders — eine weitgehende Übereinstimmung in der Entwicklung des ärztlichen Berufes festzustellen, ein Bild, das keinen erfreulichen Ausblick in die Zukunft des Ärzte-

standes bietet, sofern es diesem nicht gelingt, neue Arbeitsstätten für die Vielzahl von Ärzten zu schaffen. Nur so und durch Maßnahmen, die einen neuerlichen Anstieg der Zahl der Medizinstudierenden verhindern, kann eine Proletarisierung des Ärztestandes hintangehalten werden.

#### Zusammenfassung:

1. Das Hochschulstudium weist im allgemeinen in den letzten fünf Jahrzehnten eine wesentliche Zunahme auf.
2. Das Medizinstudium in Deutschland zeigt nach einer unverhältnismäßigen Zunahme (38,7 v. H. aller Studierenden) im WS 1938/39 und nach einem Hochstand nach dem 2. Weltkrieg (26,3 v. H. aller Studierenden im WS 1947/48) in den letzten Jahren eine ständige Abnahme (WS 1952/53: 8,8 v. H.) auf.
3. Nach den Erfahrungen aus der Zeit nach dem 1. Weltkrieg erscheint ein neuerlicher Anstieg der Zahl der Medizinstudierenden nicht ausgeschlossen.
4. Die Zahl der Medizinstudierenden übersteigt, besonders im Hinblick auf die Zahl der in den letzten Jahren approbierten Ärzte, noch immer weit den derzeitigen Bedarf.
5. Erst in einigen Jahren würde die Zahl der absolvierenden Mediziner an und für sich zur Deckung des Abgangs durch Tod oder Einstellung der ärztlichen Tätigkeit ausreichen, wenn nicht die Überzahl des Neuzugangs an Ärzten in den letzten Jahren auf lange Zeit hinaus den Bedarf um ein Mehrfaches überstiegen hätte.
6. Bei der Beurteilung der Zahlen der Erstimmatrikulierten darf nicht außer acht gelassen werden, daß jetzt die schwach besetzten Jahrgänge an die Universität kamen.
7. Auch die Zahl der weiblichen Medizinstudierenden zeigt nach Steigerung einen Rückgang.
8. Die Lage des Ärztestandes, bedingt durch die Überzahl an Ärzten, durch die wesentliche Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Grundlagen, macht rasche und weitgehende Maßnahmen auch im Allgemeininteresse notwendig.

Anschr.: München 38, Laimer Straße 28.

## Die verhinderte Umsiedlung

Von Dr. Walther Koerting

Auf dem 51. Deutschen Ärztetag 1948 in Stuttgart, dem ersten nach Kriegsende, wurde von Dr. K o s s, Altenmittlau, und mir eine EntschlieÙung vorgeschlagen, die gegen nur eine Gegenstimme Annahme fand. Sie lautet u. a.:

„Der 51. Deutsche Ärztetag würdigt die Notwendigkeit einer baldigen Lösung des Einsatzes der Flüchtlingsärzte, die schuldlos Heimat und Arbeitsplatz verlassen mußten und rein menschlich vom Standpunkt der ärztlichen Gemeinschaft Anspruch auf Arbeit und Gleichberechtigung haben. Der Ärztetag fordert deshalb die eheste Eingliederung der Gruppe Flüchtlingsärzte, wie sie nach den geltenden Flüchtlingsgesetzen gefordert und begünstigt wird. Danach ist ihre verhältnismäßige Vertretung in allen Berufsvertretungen, Niederlassungs- und Zulassungsausschüssen zur vollständigen Verschmelzung mit den alteingesessenen Ärzten durchzuführen. Von den Flüchtlingsärzten wird erwartet, daß sie sich den ärztlichen Berufsvertretungen standesbewußt eingliedern und jede Zersplitterung vermeiden. An die alteingesessenen Kollegen wird die Bitte gerichtet, dem Schicksal der Flüchtlingsärzte durch die Tat Verständnis entgegenzubringen. Die Ärztekammern werden bemüht sein, den noch nicht niedergelassenen Flüchtlingsärzten durch zweckmäßige Verteilung im gesamten Westzonengebiet Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen.“

Im Frühjahr 1949 wurde ich seitens der „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“ als damaliger Beauftragter für die Angelegenheiten der vertriebenen Ärzte mit der Durchführung der Vorarbeiten für die Umsiedlungsaktion in die französisch besetzte Zone Deutschlands beauftragt. Ich konnte mit dem Präsidenten der Ärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern Herrn Reg.-Med.-Direktor Dr. D o b l e r die — auch heute noch gültigen — Grundlagen für eine Umsiedlung von vertriebenen Ärzten ausarbeiten.

Auf dem 52. Deutschen Ärztetag in Hannover (1949) stellte ich in einem Referat u. a. fest:

„Das Problem der aus der Heimat vertriebenen Ärzte ist nur ein Teil, allerdings in der Gegenwart ein sehr wichtiger, des ganzen in Restdeutschland schier unlösbaren Problems der jetzt hier befindlichen und in Bälde noch nachrückenden zahllosen Ärzte. Wenn man bedenkt, daß entgegen der Bestimmung der Zulassungsordnung, die festsetzt, daß auf je 600 Kassenpatienten 1 Arzt entfallen soll, in Bayern in einzelnen Orten nur noch 330 Kassenmitglieder von einem Arzt versorgt werden, so wird einem die Schwere des ganzen Problems deutlich vor Augen geführt.“

Es ist daher erforderlich, die ausgewiesenen Ärzte auf die einzelnen Länder gleichmäßig zu verteilen und zu diesem Zwecke eine Zentralstelle für die Westzonen und gemischte Kommissionen der beteiligten Länder zu schaffen. Haben einzelne Länder einer gleichmäßigen Belegung mit Flüchtlingen überhaupt einen bisher nicht überwundenen Widerstand entgegengestellt, so darf die Ärzteschaft schon aus Gründen der Kollegialität nicht im gleichem Sinne vorgehen. Es ist eine durchaus begründete Forderung, daß unter den Flüchtlingen, die umgesiedelt werden wollen, sich auch zugehörige Ärzte befinden müssen, da diese zu den auszusiedelnden Gruppen der Heimatvertriebenen gehören und den noch nicht oder unzureichend ärztlich tätigen Ausgewiesenen ein Arbeitsfeld dort gegeben werden muß, wo dies eben noch tragbar erscheint.“

Auf diesem Ärztetag wurde eine von den Vertretern der kriegsvertriebenen Ärzte in den einzelnen Bundesländern eingebrachte EntschlieÙung angenommen, in der es u. a. hieß:

„Die EntschlieÙung vom 51. Deutschen Ärztetag über das Flüchtlingsarzt-Problem ist endlich und beschleunigt durchzuführen unter genauester Beachtung der Flüchtlingsgesetzgebung.“

Alle kriegsvertriebenen Ärzte im Bundesgebiet Deutschlands sind nach den im bayerischen Zulassungsgesetz festgelegten Grundsätzen sofort zur Kassenpraxis zuzulassen. Ferner sind alle anderen kriegsvertriebenen Ärzte im Verhältnis zur vertriebenen Bevölkerung zuzulassen.“

Am 10. Juni 1951 fand in Bad Nauheim eine von fast allen Ärztekammern beschickte Sitzung statt, in der nach





Das bewährte Expectorans bei allen Erkältungskrankheiten

# Thymodrosin

auch mit Codein

**redora** VORM. THYMODROSIN GES. ARZNEIMITTELFABRIK

BAD GODESBERG/RH.

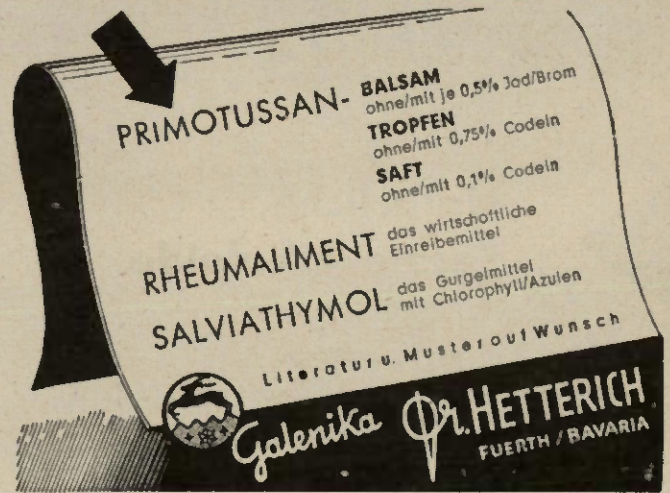
## Warum Sulfojodetten?

Wegen ihrer zuverlässigen optimalen Wirkung trotz niedrigster Dosierung der Halogene, ihrer Billigkeit, ihrer großen therapeut. Verwendungsmöglichkeit bei **Furunkulose, Acne usw., Skroflose, Struma, Hypertrophien der Rachenmandeln im Kindesalter und überall da, wo kleine Joddosen angebracht sind.**

Ausschaltung unerwünschter Nebenwirkungen durch die Zusätze Ca. und Br.

Stärken: milderes  $\frac{1}{10}$  mg Jod pro dosi, fortiores  $\frac{1}{4}$  mg Jod pro dosi  
Größen: 50 Tabletten DM 1.30. 100 Tabletten DM 2.35

Chem.-pharmazeut. Fabrik H. WELTER, Uslar



**PRIMOTUSSAN- BALSAM** ohne/mit je 0,5% Jod/Brom  
**TROPFEN** ohne/mit 0,75% Codein  
**SAFT** ohne/mit 0,1% Codein

**RHEUMALIMENT** das wirtschaftliche Einreibemittel

**SALVIATHYMOL** das Gurgelmittel mit Chlorophyll/Azulen

LITERATUR. MUSTER-OW WUNSCH

**Galenika Dr. HETTERICH**  
FUERTH / BAVARIA

Zur oralen  
*Sulfonamid-Penicillin-Kombinationsbehandlung*

# SYNCILLIN

Syncillin enthält pro Tablette 50 000 i. E. gepuffertes Penicillin G-Kallium und 0,5 g Supronol  
Syncillin „forte“ enthält pro Tablette 100 000 i. E. gepuffertes Penicillin G-Kallium und 0,5 g Supronol

**Wirksam auch gegen Penicillin- und Sulfonamid-resistente Erreger**

Die Pufferung sichert die ungestörte Magenpassage des Penicillin  
Bei ausreichender Dosierung (3 x tägl. 2 Tabletten) sind Penicillin-Serumspiegel wie bei parenteraler Applikation erreichbar.

**BAYER**  
»Bayer«  
Leverkusen



Blatt 8 aus unserer Bildreihe  
 „Der leidende Mensch“  
 von J. J. Christian

## Natürliche Secale-Alkaloide

biologisch im  
 Samenblasentest geprüft  
 kennzeichnen

**bella** *sanol*

**exakt**

jetzt auch als Suppositorien

DR. SCHWARZ KG., MONHEIM BEI DÜSSELDORF



**175**  
 DM

## „Bonorutin“ bisher „Vitarutin“

RUTIN-CRATAEGUS-WIRKSTOFFE IN STANDARDISIERTER FORM  
 ZUR ZUVERLÄSSIGEN, GEFÄHRLOSEN DAUERANWENDUNG BEI

ARTERIOSKLEROSE · HYPERTONIE  
 FUNKTION. HERZBESCHWERDEN  
 APOPLEXIEGEFAHR

*Leicht resorbierbar  
 gut verträglich*

DAS  
 HERZ-PFLEGE-  
 MITTEL

MANDELSFORMEN: PACKUNGEN ZU 10 UND 30 ccm  
 EINERPACK ZU 1,0 ccm LITERATUR AUF WUNSCH

BONOMEDIC  
 ARZNEIMITTELFABRIK



MÜNCHEN  
 WAISENHAUSSTR. 40

DIE SCHÖNSTE REISE DES JAHRES!

## Weihnachts- u. Silvesterfahrt

vom 22. Dez. 1953 bis 8. Jan. 1954 nach

### Marokko und den Atlantischen Inseln

mit MS „Italia“ — 22 000 BRT (Einheitsklasse)

ab Hamburg und zurück bis Hamburg: Preis ab 1000.— DM  
 (Preisunterschied nur in der gewählten Kabine!)

Sämtliche Nebenauslagen an Bord sowie Ausflüge können  
 in DM bezahlt werden!

Auskunft, Prospekt und Platzbelegung durch:

## PROGRESS-REISEN

München, Schillerstraße 28

## CHLOROPHYLL

der souveräne Arzneistoff

### Vulnophyll

Bei Wunden und Verletzungen  
 Salbe · oleosum · aqousum · Puder

### Aescosulf

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

### EX-ODOR

Chlorophyll-Pilletten  
 Erstes deutsches orales Desodorans

APOTHEKER  
**MÜLLER**

G.M.B.H. ARZNEIMITTELFABRIK · BIELEFELD

langwierigen Verhandlungen eine Einigung über die Zahl der aus den einzelnen Ländern umzusiedelnden Ärzte und die Zahl der von den einzelnen Aufnahmeländern aufzunehmenden vertriebenen Ärzte erzielt werden konnte. Leider wurde diese Vereinbarung nicht eingehalten, obwohl die Vertreter der Ärztekammern der Abgabelländer — allerdings unter der Voraussetzung einer sofortigen Durchführung — die Zahl der umzusiedelnden Ärzte für diesen 1. Teil der Umsiedlung wesentlich herabgesetzt hatten, um eine rasche Umsiedlung der am meisten notleidenden Kollegen zu erzielen.

Auf dem 53. Deutschen Ärztetag in Bonn (1950) habe ich unter Bezugnahme auf das Referat von Dr. Borck folgendes ausgeführt:

„Sie haben gehört, daß Bayern in erster Linie an der Last der Flüchtlingsärzte zu tragen hat und zum großen Teil gerade dort, wo man es vielleicht zahlenmäßig am wenigsten erwarten konnte, am meisten geschehen ist. Das hat allerdings einen Nachteil, der das Gefälle nach Bayern betrifft, daß nämlich nach Bayern, das überdies durch Ärzte übersättigt war, weil es als sogenannter Luftschuttkeller des Reiches galt und weil sich dort die Lazarette aufgelöst hatten, noch zusätzlich die Flüchtlingsärzte gekommen und später noch aus anderen Ländern Ärzte gekommen waren. Wir dürfen nicht vergessen, daß heute immer noch aus den östlichen Gebieten Flüchtlingsärzte nach Bayern kommen. Also ist Bayern dadurch, daß es Grenzland ist, weil es nicht nur an die Ostzone und Österreich grenzt, sondern auch direkt an die Tschechoslowakei, in besonderem Maße betroffen und wenn vom „Muster-Bayern“ gesprochen wird, so muß ich sagen, daß dieses Muster ihnen maßgebend sein sollte. Es ist unverständlich, daß man einem Land wie Bayern, das mit Flüchtlingsärzten übersättigt ist, nicht dadurch hilft, daß man die Kollegen umsiedelt.“

Der Bayerische Ärztetag hatte wenige Tage vorher folgende Entschließung angenommen:

„Der 5. Bayerische Ärztetag verweist neuerlich auf die gegenüber anderen Ländern unverhältnismäßig starke Überfüllung Bayerns mit Ärzten. Der 5. Bayer. Ärztetag erwartet deshalb unverzüglich die gleichmäßige Verteilung der Ärzte in der Bundesrepublik, entsprechend den Beschlüssen des 51. und 52. Deutschen Ärztetages. Im Hinblick auf die zur Zeit im Gange befindliche Umsiedlungsaktion von Flüchtlingen aus den Ländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Bayern wird mit altem Nachdruck die baldige Umsiedlung sich freiwillig meldender Flüchtlingsärzte nach dem Schlüssel 1 Arzt auf 1500 Umsiedler in die Länder der Bundesrepublik mit absolut und relativ geringerer Arztdichte entgegen allen Widerständen gefordert.“

Für das Tagungsheft der „Ärztlichen Mitteilungen“ zum 54. Deutschen Ärztetag in München (1951) schrieb ich einen Aufsatz „Laßt die Länderschranken fallen!“, in dem ich wiederum mit aller Eindringlichkeit das Umsiedlungsproblem behandelte. Auch bei der Tagung selbst habe ich an die Aufnahmeländer einen neuerlichen Appell gerichtet, die Umsiedlung endlich durchzuführen. Das gleiche tat ich auf dem 55. Deutschen Ärztetag in Berlin (1952), auch hier wieder ohne jeglichen Erfolg.

Unterdessen wurde das Bundesvertriebenen-gesetz erlassen, das in seinen §§ 26 bis 34 die Umsiedlung regelt:

„Die angemessene Verteilung der Vertriebenen und Sowjetzonenflüchtlinge im Geltungsbereich des Grundgesetzes und in Berlin (West) zum Zwecke ihrer wirtschaftlichen Eingliederung ist im Rahmen eines allgemeinen Bevölkerungsausgleichs durch Umsiedlung zu fördern.“ (§ 26.) „Ander Umsiedlung sind alle Berufs- und Personengruppen angemessen zu beteiligen.“ (§ 28.) (Nach § 31 können auch Evakuierte und andere Personengruppen in die Umsiedlungsaktion einbezogen werden.)

Trotzdem die bundesgesetzliche Grundlage nunmehr geschaffen ist, ist die Umsiedlung der Ärzte aus den überbesetzten Ländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern noch immer nicht in Gang gekommen. In Bayern allein haben sich 130 Ärzte zur freiwilligen Umsiedlung gemeldet, von denen ein Teil durch den Wegzug von umgesiedelten Vertriebenen in seiner Existenz bedroht ist. Leider wurde zu dem am 20. 8. 1953 in Bonn stattgefundenen Sitzung der Landesflüchtlings-Verwaltungen, die sich mit der Umsiedlung befaßte, kein Vertreter der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen oder der vertriebenen Ärzte aus den genannten Ländern zugezogen.

Das negative Ergebnis dieser Sitzung veranlaßt die Kassenärztliche Vereinigung, Landesstelle Schleswig-Holstein, der Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes für Lindau folgenden Antrag zugehen zu lassen:

„Die Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes richtet an die Zulassungsausschüsse der Aufnahmeländer die Bitte, den auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen umzusiedelnden Kassenärzten aus Bayern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein Kassenarztstellen in angemessener Zahl zur Verfügung zu stellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden gebeten, sich bei den Zulassungsausschüssen der Aufnahmeländer hierfür ebenfalls einzusetzen.“

Es darf daran erinnert werden, daß der Ausschuß für Heimatvertriebene des Bundestages bei der Beratung des § 70 des Bundesvertriebenen-gesetzes ausdrücklich festgestellt hat, daß in den Fällen des § 70, Abs. 1 die Tätigkeitsbereiche ohne Rücksicht auf die Zahl der bereits zugelassenen Ärzte und ohne Anrechnung auf die Verhältnismahl zuzuweisen sind. Im § 70, Abs. 3 wird ausdrücklich festgelegt, daß die Bestimmungen des Abs. 1 auch für umzusiedelnde oder umgesiedelte Ärzte Geltung haben.

Wiederum findet ein Deutscher Ärztetag statt. Es ist der sechste, seitdem das erstmalig auf einem Deutschen Ärztetag über die Verteilung der vertriebenen Ärzte im Bundesgebiet Beschluß gefaßt wurde. Man hat sich bisher die Berichte über die Überfüllung der Länder Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern mit mehr oder weniger — meist weniger — Interesse angehört und zu nichts verpflichtenden Beschlüssen zugestimmt, ohne um deren Durchführung besorgt zu sein.

Es ging und geht um die Existenz von Kollegen, ihrer Frauen und ihrer Kinder. Ein gütiges Geschick hat die zur Entscheidung und zur tatsächlichen Hilfe berufenen alteingesessenen Ärzte in den sogenannten Aufnahmeländern vor einem ähnlichen Schicksal bewahrt. Schon aus diesem Grund und aus der Verpflichtung zu echter Kollegialität muß endlich die Umsiedlung der Ärzte begonnen und beendet werden!

## MITTEILUNGEN

### Verband der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands, Geschäftsstelle Süd

Der Verband vertritt die Interessen der freiberuflich niedergelassenen Ärzte mit und ohne Ersatzkranken-kassen. Im Hinblick auf die Tatsache, daß das deutsche Kassenrecht zur Zeit eine Neuordnung finden muß, stellt der Verband die Forderung, bei der Planung dieser Neuordnung gehört zu werden, um jedem Versicherten wieder die Möglichkeit der freien Arztwahl zu schaffen. In der Zeit, in der das gegenwärtig gültige Kassenrecht

# Lyssia Salbe

antiseptisch  
entzündungswidrig · wundheilend

LYSSIA WERK WIESBADEN

geschaffen worden ist, gab es noch keine Nichtkassen-ärzte, so daß der Gesetzgeber seinerzeit nicht mit der Tatsache, daß bis zu 25% aller niedergelassenen Ärzte die in Orts-, Betriebs- und Innungskassen Versicherten nur als Privatpatienten gegen Zahlung aus der eigenen Tasche behandeln können, rechnen mußte. Der Patient fordert mit Recht, den Arzt seines Vertrauens aufsuchen zu können.

Nächster Versammlungstermin der Kreisgruppe Aschaffenburg: Mittwoch, den 21. Oktober 1953, 20 Uhr, in der Gaststätte Maizhaus, Aschaffenburg, Treibgasse 14, Nebenzimmer.

Dr. Vogt,

Zweiggeschäftsstelle Süd des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands, Frankfurt am Main, Friedrich-Ebert-Straße 58.

### Vertriebene Ärzte

Alle Kollegen, die ihren Grund- und Hausbesitz in den Ostgebieten zurückgelassen und ihre Grundbücher und Grundakten verloren haben, werden bemüht sein, einen Ersatz für ihre verlorengegangenen Grundbuchblätter und Beweisstücke zu bekommen.

Das Archiv für Grundbesitz in Gießen, Gartenstraße 19, ist gegründet worden, um aus privater Initiative die Rekonstruktion der Grundbücher vorzubereiten, da die deutschen Amtsgerichte in der Bundesrepublik derzeit nicht in der Lage sind, die verlorenen Grundbücher des Ostens von Amts wegen zu erneuern. Wir empfehlen, bei dem Archiv für Grundbesitz Formulare anzufordern.

(Der Dtsch. Arzt 8a/53)

### Aufwendungen für Forschung und soziale Fürsorge

In dem Jahresabschluß für 1952, der am 25. 8. 1953 dem Aufsichtsrat der Farbwerke Hoechst A.G. vorgelegt wurde, figurieren die Ausgaben für Forschungszwecke (einschließlich der Investierung in neuen Laboratorien und Versuchsanlagen) mit der Summe von rund 42 Millionen DM. Außer den anderen sozialen Leistungen hat die Gesellschaft im Berichtsjahr rund 33,7 Mill. DM für betriebliche Altersfürsorge aufgewandt.

## PERSONALIA

Prof. Dr. med. Konrad Bingold, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik München, wurde in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sowie in den Vorstand des Bayerischen Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten gewählt.

## KONGRESSE

### Im Auftrage der Landesärztekammer

### 11. Fortbildungskursus für Ärzte in Regensburg vom 16. bis 18. Oktober 1953

veranstaltet vom „Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung“

Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

#### PROGRAMM

Donnerstag, 15. Oktober 1953:

#### Festvortrag

im Reichssaal des Alten Rathauses

Professor Dr. Dr. H. Doms, Münster:

„Das Wunder als Gegenstand des Streitens oder des friedlichen Gesprächs zwischen Medizin und Theologie“

Freitag, 16. Oktober 1953:

#### Hauptthema: Periphere Durchblutungsstörungen

#### Begrüßung

10.00—10.45 Uhr Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der peripheren Durchblutungsstörungen

Professor Dr. M. Slaemmler, Aachen

10.45—11.30 Uhr Die Funktion der peripheren Strombahngebiele

Professor Dr. K. Wezler, Frankfurt/M.

11.30—12.00 Uhr Pause

12.00—12.45 Uhr Die Bedeutung der Lokalisation eines Durchblutungsschadens für den Gesamtorganismus  
Professor Dr. M. Rutschow, Darmstadt

14.30—15.15 Uhr Neue Gesichtspunkte zu den nephrogenen peripheren Durchblutungsstörungen  
Professor Dr. Dr. H. Bohn, Gießen

15.15—16.00 Uhr Zentrale Durchblutungsstörungen und ihre Behandlung  
Professor Dr. Dr. G. Bodechlel, Düsseldorf

16.00—16.30 Uhr Pause

16.30—17.15 Uhr Die arteriographische Diagnose und chirurgische Behandlung der Hirndurchblutungsstörungen  
Professor Dr. T. Riebert, Freiburg i. Br.

17.15—18.00 Uhr Die chirurgische Behandlung peripherer Gefäßerkrankungen  
Stadtobermed.-Rat Dr. med. habil. H. W. Päßler, Leverkusen

#### Anschließend Diskussion

und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Samstag, 17. Oktober 1953:

#### Hauptthema: Individuelle Therapie

9.00—10.00 Uhr Die Bedeutung der Ausgangslage für die Therapie  
Professor Dr. P. Holitz, Frankfurt/M.

10.00—11.00 Uhr Moderne Gesichtspunkte individualisierender Therapie im Säuglings- und Kindesalter  
Professor Dr. Bennholdt-Thomson, Köln-Lindenturf

11.00—11.30 Uhr Pause

11.30—12.30 Uhr Über die Anpassung der interalistischen Behandlung an das persönliche Krankheitsbild  
Professor Dr. L. R. Grote, Göttingen

15.00—16.00 Uhr Individuelle Verkaufsformen gynäkologischer Krankheitshilder und deren Therapie  
Professor Dr. Siehke, Bonn

16.00—17.00 Uhr Aufgaben und Möglichkeiten der individuellen Psychotherapie  
Professor Dr. E. Speer, Liodan/Bodeosee

#### Anschließend Diskussion

und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Sonntag, 18. Oktober 1953:

#### Hauptthema: Kassenärztliche Verordnungsweise

9.00—10.00 Uhr Wandlungen in der Arzneimittellehre  
Professor Dr. L. Lendle, Göttingen

10.00—11.00 Uhr Wichtige Gesichtspunkte für die kassenärztliche Verordnungsweise  
Dr. K. Stollreuther, Kassenärztlicher Verein, München

11.00—11.30 Uhr Pause

11.30—12.15 Uhr Probleme des Arzneimittelwesens in ärztlicher Sicht  
Priv.-Doz. Dr. R. v. Werz, München

14.00—14.45 Uhr Die Bedeutung des Heilplanes in der ärztlichen Praxis  
Professor Dr. A. Störmer, München

14.45—15.30 Uhr Die methodische Prüfung moderner Arzneimittel  
Professor Dr. Welte, Bonn

15.30—16.15 Uhr Der unumgängliche Einsatz moderner Heilmittel in der inneren Medizin  
Professor Dr. H. Denuig, Stuttgart

#### Anschließend Diskussion

Von der Kursleitung zur Diskussion aufgefordert:

Dr. F. Niedermayer, Chefarzt des Städt. Krankenhauses Passau:

Schäden der kassenärztlichen Verordnungsweise, aufgezeigt an den Grenzfällen zwischen Chirurgie und innerer Medizin

Dr. Dr. v. Gugel, i. Vorsitzender des Harlmaunbundes München:

Die ärztliche Behandlungsfreiheit und kassenärztliche Verordnungsweise

Herr v. Glanz, Bundesverband der pharmazent. Industrie Frankfurt:

Fortschritte der pharmazentischen Industrie und ihr Standpunkt zur kassenärztlichen Verordnungsweise

Dr. L. Schmitt, Interessengemeinschaft regreßpflichtiger Ärzte, München:

Grundsätzliches zur Regreßpflicht

Apotheker F. Dürrfeld, Landesapothekerkammer München:

Zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Das neuzeitliche  
Antineuralgicum

**TRIGONYL (B)**

schnell wirksam

bei Zahn- und Kopfschmerzen  
(auch nach Alkohol- u. Nicotin-  
genuß) Frauenschmerzen in  
den kritischen Tagen, Fieber,  
Grippe, Erkältung. Erfrischen  
und halten wach.

Rp. Acid. acetylosal., Ca glyce-  
rinoph., Lith. citr., Chinaalca-  
loide, Phenacetin, Benzylphe-  
nylglycol., Coffein.

10 Tabl. DM -.95 o. U. 20 Tabl. DM 1.60 o. U.  
PHARMA-LABOR APOTHEKER  
DR. EDM. DABROWSKI  
Düsseldorf - Heerdt



**Ulco-test**

ULCUS GASTRITIS

Kausaltherapie  
durch  
Umstimmung  
und  
Lokalsanierung

PHARMAZ. FABRIK  
**MAKARA GMBH.**  
DUISBURG

**Wer hilft Ihnen**

**bei der Einbringung Ihrer Privathonorare?**

Nur eine

**Ärztliche Verrechnungsstelle für die Privatpraxis,**

in Bayern also die

**Ärztliche Verrechnungsstelle e. V. Gauting**

(als erste auf der Welt gegründet 1922). Aufklärungs-  
schrift unverbindlich und kostenlos.

**neu!**

**Eisen-Therapie?**

dann

**Paraferr**

„wirkt auch in chronischen  
therapieresistenten Fällen“

Ferro-Calciumcitrat  
pro Tablette 63 mg Fe  
deshalb tgl. max. 3 x 1 Tabl.  
30 Tabletten nur DM 1.- o. U.  
sehr wirtschaftlich!

**OPFERMANN & SOHN G.M.B.H.**  
Bergisch Gladbach

## Zur Therapie organischer und vegetativ- neurotischer Herzstörungen

Von einem idealen Arzneimittel erwartet man eine mög-  
lichst hohe Wirkungsintensität, große Wirkungsbreite und  
geringe Toxizität. Oft besteht bei hochwirksamen Substanzen  
eine kleine Toleranzbreite, da schon bei geringer Überdosie-  
rung bereits beträchtliche Nebenerscheinungen verursacht  
werden können, bei Unterdosierung aber die gewünschte  
Wirkung ausbleibt. Durch Kombination geeigneter Substanzen  
versucht man eine potenzierende Wirkung und hohe Effekte  
zu erzielen, die Wirkungsbasis zu verbreitern und lästige  
Nebenerscheinungen auszuschließen. In

### CARD-OMPIN CUM SAPONINO

ist dem Arzt ein Mittel in die Hand gegeben, das durch sorg-  
fältige Auswahl seiner Bestandteile und blattfremdes Saponin  
nahe an die Effekte der drastischen Herzglykoside heran-  
reicht, eine ausgedehnte Wirkungsbreite erreicht und uner-  
wünschte Sensationen weitgehend ausschließt.

Das dem Card-Ompin beigegebene blattfremde Saponin  
erhöht die Wirkungsintensität der in dem Präparat enthalte-  
nen Digitaloide beträchtlich, indem es eine Resorptions-  
beschleunigung der Glykoside im Digestionstrakt bewirkt und  
eine Aktivierung am Herzen durch längere und festere  
Fixierung an die Muskelzelle hervorruft (FISCHER-GOMAHN,  
ZINNITZ).

Die pharmakologische Wirkung von Convallaria und Adonis  
für die kleine Herztherapie ist bekannt. Beide zusammen in  
Kombination gegeben, zeigen nach NOLLE eine potenzierende  
Wirkung am Herzen. Es kommt dabei zu einer Rhythmus-  
verlangsamung und Amplitudenerhöhung. Der Herzmuskel  
wird zu rationeller, normalisierter Arbeit gezwungen. Die  
Kombination hat sich bewährt bei allen nicht dekompensier-  
ten Herzinsuffizienzerscheinungen, vor allem bei Hochdruck,  
Altersherz oder nach Infektionskrankheiten. Ausgezeichnet  
ist die Wirkung bei Mitralinsuffizienz, selbst dann, wenn  
schon ausgesprochene Dekompensationserscheinungen vor-  
liegen (REUTER). Auch spricht das Herz bei partieller Blok-  
kierung gut auf die Kombination an.

Sehr vorteilhaft hat sich die Hereinnahme von Crataegus  
oxyacantha gezeigt. Durch die gesteigerte Durchblutung des  
Herzmuskels (SCHIMERT) werden die gestörten Stoffwechsel-  
vorgänge normalisiert. Es kommt zu einer Sauerstoffsättigung  
und besseren Stoffwechselbereitschaft innerhalb der Zelle.  
ULLSPERGER hat daneben eine direkte Beeinflussung des  
Herzmuskelstoffwechsels durch Crataegus nachgewiesen.

Sehr wichtig ist auch die Beeinflussung funktioneller Herz-  
störungen, die heute fast täglich in der Sprechstunde gesehen  
werden. Zeigt hier schon Convallaria und Crataegus einen  
guten sedativen Effekt, so hat sich doch gerade Baldrian bei  
diesen Erkrankungsformen ausgezeichnet bewährt. DONALIES  
konnte mit Baldrian bei vegetativer Dystonie bei einer großen  
Reihe von Patienten sehr gute Ergebnisse erzielen, nachdem  
HAFFNER bereits am Modellversuch die pharmakologische  
Wirkung nachgewiesen hatte.

Es zeigt sich, daß Card-Ompin cum saponino bei aus-  
gezeichneter Wirkungsbreite aufweist, die bis an die  
Grenze der Digitalistherapie heranreichen. Sehr günstig ist  
das Fehlen von Nebenerscheinungen und der Kumulations-  
gefahr.

Handelsform: Tropfflasche mit ca. 25 ccm  
DM 1.85 o. U.

Muster und Literatur auf Wunsch von

**LUDWIG HEUMANN & CO., NÜRNBERG**  
Chemisch-pharmazeutische Fabrik

## Röntgen- und elektromedizinische Apparate / Ärzte- und Krankenhausbedarf

**NÜRNBERG**  
 Marienstörgraben 17  
 Projektierung und Auslieferung  
 kompletter  
 Ärzte- und Krankenhaus-Einrichtungen

# KURT PFEIFFER

**FRANKFURT a. M.**  
 Elbestraße 50  
 Generalvertretung der Firmen:  
 Röntgenwerk F. Holmann GmbH., Erlangen  
 Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., Alfeld

*Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!*

Prof. Dr. med. H. Lampert

## „Umstrittene Heilverfahren“

Anwendungsmöglichkeit in Klinik und Praxis

124 Seiten, engl. brosch., DM 9.75

Diese Neuerscheinung bedeutet einen weiteren Schritt auf dem Wege zur Synthese in der Heilkunde und ist als wesentlicher Beitrag zur Entwicklung einer biologischen Medizin anzusehen.

Die wichtigsten paramedizinischen Verfahren Homöopathie, Biochemie, Sepdelenopathie, Spagyrik, Säuretherapie, Ameisensäuretherapie, Baunscheidtismus und Chiropraktik werden mit ihren Theorien und ihrer praktischen Durchführung eingehend sachlich dargestellt und auf ihren Wert und ihre Brauchbarkeit in der Praxis geprüft. Das Buch vermittelt eine Fülle von Anregungen zu Untersuchungen in der eigenen Praxis, die für eine fortschrittliche Entwicklung in der Medizin dienlich sein können.

Das Studium der Quellen wird durch die umfassenden Literaturangaben erleichtert, die der Schilderung der einzelnen Verfahren angeschlossen sind.

**HIPPOKRATES-VERLAG**  
**MARQUARDT & CIE., STUTTGART-S**

### Anzeigenschluß

für die Oktober-Ausgabe  
 ist am 5. Oktober 1953

## Amidodrin

Anidopyrin Chinin Salicylamid  
 Vitamin C

**Föhibeschwerden, Fieber,  
 Schmerzen aller Art**  
 15 Dragees DM 1.50 m. U.

**PROTINA**  Chem. Ges. m. b. H. MÜNCHEN 54

### Kurt Kolle

Direktor der Nervenklinik der Universität München

## „PSYCHOTHERAPIE“

Vorlesungen zur Einführung in das Wesen und in die Probleme der seelischen Krankenbehandlung.

112 Seiten, kart. DM 9.80.

Es bescheidet sich, demjenigen, der bisher nichts oder wenig von der Sache weiß, die grundlegenden Gesichtspunkte zu vermitteln. Ich wünsche mir meine kleine Lehrschrift in den Händen von älteren Studenten, von Ärzten, die nach einer Erweiterung ihres Gesichtskreises streben, und jungen Fachgenossen, die in Ihrer klinischen Tätigkeit noch zu wenig Berührung mit der Welt der Praxis haben.

Die Tätigkeit als freipraktizierende Ärzte läßt uns nämlich gar keine Wahl, sie zwingt uns, Psychotherapie zu treiben oder Stümper zu bleiben.

(Aus dem Vorwort des Verfassers)

Vorrätig bei

**CARL GABLER GMBH., Fachbuchhandlung, München 2,  
 Kaufingerstr. 10**

# Keimdiät

KEIMDIÄT G. m. b. H. Augsburg  
 Biol. pharmazeutische Erzeugnisse

Nach Dr. phil. nat. Felix Grandel

Hochpotenziiertes natürliches  
 Wirkstoffgefüge.



Anfragen und Meldungen nimmt das Sekretariat der Kursleitung Regensburg, Altes Rathaus — Tel. 38 51/451 — entgegen. Die Kursgebühr beträgt 25 DM, 10 DM für Ärzte ohne entsprechendes Einkommen und Jungärzte. Auf begründete Anforderung stehen Freikarten zur Verfügung. Die Bundesbahn gewährt Tagungsteilnehmern 50% Fahrpreismäßigung. Die notwendigen Unterlagen wollen beim Sekretariat angefordert werden. Die Kursleitung vermittelt Mitfahrgelegenheiten für Kollegen und bittet um zeitgerechte Mitteilung von Wünschen. Das gesellschaftliche Programm erscheint im ausführlichen Kongreßführer. Diskussionsmeldungen zeitgerecht an die Anschrift des Sekretariats erbeten.

### Fortbildungswochenende

in Bad Brückenau am 17. und 18. 10. 1953

Tagesordnung Samstag, 17. 10. 1953.

Vormittags:

Besichtigung der Badeanlagen in Bad Brückenau unter sachkundiger Führung.

Vortrag des Badearztes Dr. Halbfas-Ney in Bad Brückenau über die Heilanzeigen des Bades Brückenau.

Nachmittags ab 15 Uhr:

Prof. Dr. Sonnenschein, Würzburg: Bakterielle Infektionen der Nieren und Harnwege, ihr diagnostischer Nachweis und therapeutische Testung.

Prof. Hildebrand, Fulda: Die doppelseitigen Nierenkrankungen.

Prof. Hertel, Fulda: Die Nierensteinerkrankungen.

Kurze Kaffeepause auf Einladung der Kurverwaltung für die Teilnehmer.

Sonntag, am 18. 10. 1953. Vormittags Prof. Schliephake: Klinik und Therapie des Rheumatismus.

Dr. Bökamp, Fulda: Fokalinfektion vom Standpunkt des Hals-Nasen-Ohren-Arztes aus.

Dozent Dr. Barth, Erlangen: Die Hyperthermieverfahren.

Nachmittags Antibiose-Film der Farbwerke Hoechst mit Vortrag des Herrn Dr. Horst Weeke über den derzeitigen Stand der Antibiotica-Therapie.

Gesellschaftliche Veranstaltungen:

Samstag, 17. 10. 1953, nachmittags Kaffeetafel (zwischen den Vorträgen), gegeben von der Kurverwaltung Bad Brückenau.

Abends gesellige Veranstaltungen.

Sonntagnachmittag Kaffeetafel, gegeben von der Stadt Brückenau. Anmeldung und Einzahlung der Kursgebühr von 5 DM an den Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereins Gemünden, Dr. von Lücken, Stadtprozelten.

Zimmerbestellung an Kurverwaltung Bad Brückenau. Teilnehmerkarte wird nach Einzahlung zugesandt.

Ärztlicher Bezirksverein,  
Gemünden

### Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie Bioklimatologie und Physikalische Therapie

Der 61. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Therapie findet vom 6. bis 9. Oktober 1953 in Bad Reichenhall statt. Sektion Balneologie: Referenten die Professoren: Loeschke, Göttingen; Matthes, Heidelberg; Spang, Stuttgart; die Dozenten: Siedeck, Wien; Hellauer, Bad Hall/O. Ö.; Dr. Spitzzy, Bad Hall, und Hoffmann-Credner, Wien. Sektion Bioklimatologie: Referenten die Professoren: Pfeleiderer, Westerland; Schreiber, Westerland; Schulze, Hamburg; Berg, Köln; Drs. Ungeheuer, Bad Tölz, N. N. Montana/Schweiz; Schulz, Wyk a. Föhr; Becker, Königstein; Rückheim, Göttingen; Jessel, Westerland. Sektion Physikalische Therapie: Referenten die Professoren: Schliephake, Gießen; Lampert, Höxter; Stork, Gießen; Kowarschik, Wien; Kohlräusch, Marburg; Drs. Beckmann, Nürnberg; Scholtz, Berlin. Meldungen an: Prof. Dr. med. Zörkendörfer, Bad Salzflun, Balneol. Forschungsinstitut.

Im Anschluß an den Kongreß wird in Bad Reichenhall der Deutsche Bädertag stattfinden.

## AMTLICHES

### Stellenausschreibung für die Staatl. Gesundheitsämter

Bei den Staatl. Gesundheitsämtern Fürstenfeldbruck, Starnberg, Erding, Dachau, Freising, Hof, Asechaffenburg und Dillingen ist je eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen. Die Gesuche müssen bis spätestens 28. September 1953 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Verg.-Gruppe III der TO. A.

Die Arztstellen für die Fachärzte für Lungenkrankheiten an den Staatl. Gesundheitsämtern Rosenheim und Pfarrkirchen sind neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Facharztanerkennung für Lungenkrankheiten besitzen. Den Bewerbungsgesuchen sind beizufügen: Lebenslauf, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde, der Facharztanerkennung und des Spruchkammerbescheids. Die Anstellung erfolgt zunächst nach Verg.-Gruppe III TO. A.; nach Ablauf einer Probezeit ist Übernahme in das Beamtenverhältnis (Bes.-Gruppe A 2 e 2) möglich. Die Bewerbungsgesuche sind bis spätestens 28. September 1953 an das Bayer. Staatsministerium des Innern — Gesundheitsabteilung — München, Briener Str. 55, einzureichen.

### Stellenausschreibung für den landgerichtsärztlichen Dienst

Die Hilfsarztstelle beim Landgerichtsarzt in Traunstein ist neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben. Erfahrungen in gerichtlicher Medizin und Psychiatrie sind erwünscht. Die Bewerbungsgesuche, auf denen insbesondere bisherige Verwendungen und Beschäftigungen hervorgehen sollen, sind bis spätestens 28. September 1953 an das Bayerische Staatsministerium des Innern — Gesundheitsabteilung — München, Briener Str. 55, einzureichen. Die Anstellung erfolgt nach Verg.-Gruppe III der TO. A.

I. A. Platz, Ministerialdirektor

### Poliomyelitis

Aus Anlaß von drei tödlich verlaufenen Fällen von Poliomyelitis hat die Regierung von Mittelfranken an die Staatl. Gesundheitsämter ihres Regierungsbezirkes ein Schreiben gerichtet, das wir wegen des Allgemeininteresses, das es beanspruchen darf, nachfolgend veröffentlichen.

Die Schriftleitung

„In einem Krankenhaus starben kürzlich zwei Kinder und ein Jugendlicher dicht hintereinander plötzlich im Anschluß an Blinddarmoperationen. Nach den Ermittlungen des Gesundheitsamtes begannen die Erkrankungen in allen drei Fällen akut mit gastrointestinalen Erscheinungen, wie unklare Leibschmerzen, Erbrechen und Übelkeit. Nach Einweisung ins Krankenhaus stellte man die Diagnose Appendicitis und operierte. In einem Falle kam es fünf Tage post operationem, in den beiden anderen Fällen zwei Tage post operationem zum Exitus an bulbären Symptomen (Atemlähmung). Die Sektion ergab mit hoher Wahrscheinlichkeit das Vorliegen einer Polioencephalitis.

Retrospektiv gesehen, kann auf Grund des Sektionsergebnisses angenommen werden, daß möglicherweise bei allen drei Fällen bereits bei der Einweisung in das Krankenhaus eine Kinderlähmung vorgelegen hat, in welche Richtung die Magen-Darmerscheinungen und das mäßig initiale Fieber weisen. Leider sind in dem Ermittlungsergebnis keine weiteren Aufzeichnungen über sonstige klinische Symptome, wie Schläfrigkeit im Wechsel mit Reizbarkeit, Hyperaesthesien, Hyperreflexie, enthalten,

die aus dem Krankenbiatt zu entnehmen gewesen wären. Die plötzliche Atemlähmung lenkte den Verdacht auf das Vorliegen einer Kinderlähmung.

Die Schwierigkeit der Diagnostik ist bei allen Fällen, die keine Lähmungen zeigen, bekannt. Die Diagnose bei Erkrankungen ohne Lähmungen ist im Beginn oft sehr schwer zu stellen; sie bleibt zunächst häufig unklar und unsicher, Fehldiagnosen sind nicht selten, besonders bei Patienten, bei denen zunächst vorwiegend andere Organsysteme, wie Magen-Darmkanal, befallen sind, und die zunächst nicht die üblichen, bekannten Verlaufsformen der Kinderlähmung zeigen.

In den oben beschriebenen Fällen stand offensichtlich die Erkrankung des Magen-Darmkanals wahrscheinlich unter Mitbeteiligung der Appendix so im Vordergrund, daß eine Blinddarmentzündung angenommen und die Operation durchgeführt wurde.

Die Regierung gibt diesen Sachverhalt bekannt mit der Empfehlung, die Ärzte des Bezirks in geeigneter Weise zu verständigen. Es erscheint zweckmäßig, während der Sommer- und Herbstzeiten bei Erkrankungen mit gastro-intestinalen Erscheinungen differentialdiagnostisch auch an Poliomyelitis zu denken, vor allem dann, wenn einzelne Fälle von Kinderlähmung bereits aufgetreten sind. Als Gefahrenmoment im Sinne einer Begünstigung einer bulbären Poliomyelitislokalisation scheint nicht nur die Tonsillektomie, Zahnextraktion, sondern auch die Appendektomie von Bedeutung zu sein, wie die drei vorliegenden Fälle zeigen. Wenn auch letztere Fragen immer noch zur Diskussion stehen, so wird es doch für zweckmäßig gehalten, die Ärzte in geeigneter Weise auf diesen Sachverhalt hinzuweisen.

I. V.: gez. Groß, Regierungsvizepräsident."

### Während der Drucklegung erreichte uns folgende telefonische Nachricht:

In den Bundestag wurden folgende Ärzte gewählt:

- Dr. Siegfried Bärsch, Bremen (SPD)
- Dr. Richard Hammer, Darmstadt (FDP)
- Dr. Elinor Hubert, Göttingen (SPD)
- Dr. Moerschel, Salzgitter (CDU)
- Dr. Willy Reichstein, Landau/Isar (BHE)
- Dr. Viktoria Steinbiß, Bielefeld (CDU)

Unter den Gewählten befindet sich kein Zahnarzt und kein Apotheker.

Dem bisherigen Bundestag gehörten folgende Ärzte an:

- Dr. Siegfried Bärsch (SPD), Dr. Hans Friedrich (BHE/DG), Dr. Richard Hammer (FDP), Dr. Elinor Hubert (SPD), Dr. Friederike Muiert (FDP), Dr. Viktoria Steinbiß (CDU).

Es sind sonach Dr. Bärsch, Dr. Hammer, Dr. Hubert und Frau Dr. Steinbiß wiederum zu Bundestagsabgeordneten gewählt worden.

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Soziale Sicherheit.** Eine historisch-soziologische Untersuchung neuer Hilfsmethoden von Prof. Hans Adinger, 140 Seiten, engl. brosch. 5,20 DM. Friedr. Vorwerk Verlag, Stuttgart.

Unsere Lesern werden sicher einzelne Veröffentlichungen des 1952 zum außerordentlichen Professor für Sozialpolitik und Leiter des Forschungsinstituts für Fragen der sozialen Hilfspolitik in Frankfurt bernenden sozialpolitischen Redakteurs der Deutschen Zeitung und Wirtschaftszeitung, Stuttgart, bekannt sein. In dieser kleinen Schrift faßt er seine sehr tiefgründige und historisch-soziologisch gut untermauerte Kritik gegen die sozialpolitischen Bestrebungen der modernen Zeit, die mit dem Stichwort „Soziale Sicherheit“ bezeichnet werden, zusammen. Es ist nicht seine Absicht, ein Reformprogramm aufzustellen. Wie er sich aber den Ausweg aus der Fehlentwicklung des Strebens nach totaler Sicherheit vorstellt, wird aus der Schrift durchaus deutlich. In einem eingehenden Überblick über Herkunft und Inhalt des Begriffs „Soziale Sicherheit“ kennzeichnet er seinen aus dem Fortschrittsglauben und der Anklärung des frühen 19. Jahrhunderts folgernden politisch-utopischen Charakter. Er macht auch überzeugend klar, wie die sozialpolitische Entwicklung, die zur sozialen Sicherheit führt, weniger sachlich-soziologisch, als politisch-staatstheoretisch begründet ist und wie

unhistorisch-dogmatisch die Bemühungen darum sind. Von der Sache her tritt allerdings hinzu, daß der medizinische Fortschritt die Empfindlichkeit gegenüber dem Leiden stark gesteigert hat und daß früher als unabänderlich hingenommenes Elend jetzt vermeidbar erscheint. „Der Hilfsbedarf wächst, weil Abhilfe möglich ist, an die früher niemand denken konnte... Die Entwicklung der Medizin, ein Sonderfall des Fortschritts, hatte die Wirkung, überindividuelle Gesichtspunkte des Gesundheitsschutzes und weitreichende Einrichtungen, die nur von Kollektiven ausgehen können, besonders nahelegen.“ Prof. Adinger untersucht sehr vom Grundsätzlichen her die drei Prinzipien der Fürsorge, der Versicherung und der Versorgung, die jedes für sich ausreichende Hilfe gegen alle Notfälle sichern können. Beim Streit um diese Prinzipien handelt es sich aber nach seiner Auffassung nur um ein Vorspiel, weil es nicht nur um eine neue, besonders zugkräftige Formel für eine alte Sache, sondern auch um eine neue Anschauung von der Rolle und Verantwortung des Staates gegenüber Individuum und Gesellschaft geht. Die neue Sicherheitspolitik hat, so stellt er aber richtig fest, eine entschiedene Vorliebe für das Versorgungsprinzip und eine ebenso entschiedene Abneigung gegen das Fürsorgeprinzip im bisherigen Sinne und, wie wir das auch immer feststellen, nur eine gewisse Geduld gegenüber den Resten des Versicherungsprinzips, das sich nach der Auffassung der Initiatoren der sozialen Sicherheit schon von selber als Illusion erweisen wird. Das neue Sicherheitsdenken strebt dahin, daß alle Sicherheit vom Staate, und zwar vom Gesamtstaate ausgeht, der gewissermaßen der Lehnsherr jedes einzelnen mit seinem Leib und Leben, Besitz und Arbeitskraft und Lohn ist. Das Leben wird also verstaatlicht. Der Staat wird der Generalvormund. Prof. Adinger geht sehr folgerichtig der neuen, wie er es nennt, zweiten Einkommensverteilung durch die moderne Sicherheitspolitik nach und deckt ihre großen wirtschaftlichen und auch soziologischen, wenn man will, sogar biologischen Gefahren auf. Er entdeckt den Widerspruch zwischen dem Streben nach Leistungslohn und dem nach Steigerung der sozialen Ausgaben, das ja im Gegensatz zum Leistungslohn gerade wieder nivellierend wirkt. Es besteht, so sagt er, eine Kluft zwischen gesellschaftlichen Anstrengungen aller Art, die die produktiven Chancen des Ganzen und des einzelnen mehren und die Kräfte der gesellschaftlichen Gruppen stärken will, und dem Vollzug von Sicherheitsleistungen, die die Hilflosigkeit geradezu prämiieren. Die zweite Einkommensverteilung gewinnt durch die Entschädigungszahlungen an wirtschaftssterilisierendem Charakter. „Die Korrektur der Verteilung zugunsten der Schwachen, von der die Sozialpolitik, durch die Arbeiterfrage des neunzehnten Jahrhunderts bestimmt, einmal anging, hat sich zu einem System der Einkommensmischung entwickelt, das 30 bis 40 v. H. von Lohn und Gehalt beansprucht.“ In den kurzen Schlussfolgerungen am Ende des Heftes stellt Prof. Adinger völlig parallel zu den Überlegungen, die in unserer Zeitschrift häufig angestellt worden sind, fest, daß die Verantwortungsbereiche der kleinen gesellschaftlichen Gebilde gestärkt werden müssen, wo es nur immer geht, um aus der gefährlichen Entwicklung zum totalen Sozialstaat herauszukommen. „Familie, Gemeinde, Betrieb, diese drei stärksten möglichen Träger der Verantwortung, müssen zunächst ausgelastet werden, ehe übergreifende Träger der sozialen Verantwortung zu wirken beginnen.“

Zum Schluß sei vermerkt, daß Prof. Adinger feststellt: „Die Krankenversicherung in der in Deutschland üblichen relativ kurzfristigen Form wird hier als eine durchaus glückliche Lösung gegenüber Risiko Krankheit betrachtet, trotz der vielen Einzelwünsche, die für eine Verbesserung übrigbleiben.“

Ein trotz seines geringen Umfanges überaus wichtiges und anregendes Werk, das alle Interessierten lesen müßten. Stolt

### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:  
Robugen GmbH., Eßlingen/Neckar;  
Klinge GmbH., München 23.

Außerdem ist einer Teilaufgabe eine Einladung zum 1. Fortbildungskurs am Tegernsee in praktischer Medizin (10. und 11. Oktober 1953) des Kuramtes Bad Wiessee beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königinstraße 23, Schriftleiter Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pfaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6, Telefon 6 31 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Pfaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigerverantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfaum Verlag, München.

