

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 5

München, Mai 1957

12. Jahrgang

Außerordentliche Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

Auf Beschluß des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer findet im Lebrinstitut der Zahnärzte, Hörsaal III, in München, Herzog-Heinrich-Straße 4, am Montag, 17. Juni 1957, eine außerordentliche Vollversammlung der Abgeordneten zur Bayer. Landesärztekammer statt. Beginn 9 Uhr c. t.

Tagesordnung

1. Rechnungsabschluß 1956 und Haushalt 1957.
2. Wahl der ärztlichen Mitglieder der Berufsgerichte.
3. Beratung der vom 59. Deutschen Ärztetag in Münster beschlossenen Berufsordnung für die deutschen Ärzte. (1. Lesung.)
4. Stellungnahme zum Entwurf einer Gebührenordnung für die deutschen Ärzte.

Als Zeitpunkt für die diesjährige ordentliche Vollversammlung der Abgeordneten zur Bayer. Landesärztekammer (10. Bayerischer Ärztetag) in Lindau wurde vom Vorstand der 27./28./29. 9. 1957 festgesetzt.

Aus der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern
(Leiter: Ministerialrat Dr. med. W. Schmelz)

Zur Poliomyelitis-Schutzimpfung im Frühjahr 1957

Von Erich Hehn

mit einem Anhang „Einführung für Ärzte für die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung“, herausgegeben von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V., Düsseldorf.

Die zum Teil recht lebhaften Auseinandersetzungen der letzten Jahre über die möglichen Gefahren einer Verwendung des nach Salk hergestellten Poliomyelitis-Impfstoffes haben insofern einen Abschluß gefunden, als in Anlehnung an die Entschließung der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren entsprechend eines Beschlusses der Staatsregierung in Bayern mit diesem Impfstoff Schutzimpfungen während der Monate April bis Juni durchgeführt werden.

Der Verwirklichung eines ursprünglich mit deutschem Impfstoff vorgesehenen Stufenprogramms hatten sich Schwierigkeiten in der Weise entgegengestellt, daß deutscher Impfstoff für dieses Frühjahr nicht genügend bereitgestellt werden konnte, da eine Verzögerung der staatlichen Prüfung infolge technischer Schwierigkeiten bei der Prüfungsstelle im Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt a. M., eingetreten ist, obwohl es den Behring-Werken gelungen war, ihre Impfstoffherstellung in Gang zu bringen.

Wegen dieses Umstandes und angesichts der epidemiologischen Entwicklung der Poliomyelitis in den letzten

Jahren*) sahen sich die Gesundheitsverwaltungen der Bundesrepublik und die Sachverständigen des Bundesgesundheitsamtes vor die Entscheidung gestellt, entweder der Verimpfung amerikanischen Impfstoffes zuzustimmen oder auf eine Schutzimpfung noch vor der diesjährigen Poliomyelitis-Saison zu verzichten. Nach eingehenden Beratungen über den gesamten Fragenkomplex erfolgte die Zustimmung der Sachverständigen für beschränkte und kontrollierte Impfungen. Abgesehen davon, daß die frühere unterschiedliche Auffassung über den Wert und die persönlichen Gefahren des Salkschen Impfstoffes durch die zwischenzeitliche Entwicklung in USA als weitgehend überholt angesehen werden kann, kamen diesen Bedingungen die amerikanischen Ausfuhrforderungen entgegen. Die Erteilung einer Ausfuhrerlaubnis wurde von der Vorlage eines geeigneten, von der Gesundheitsverwaltung zu erläuternden Impfplanes abhängig ge-

*) Vgl. auch E. Hehn: „Die Poliomyelitis in Bayern“, Dtsch. med. Wschr. 82:12:412-416 (1957).

macht, außerdem mußte Ankauf, Verwendung des Impfstoffes und die Überwachung der Impflinge durch die Landesbehörden gewährleistet sein.

Zur Einfuhr wurde von den zuständigen Länderregierungen nur solcher Impfstoff zugelassen, dessen Prüfung auf Unschädlichkeit, Identität und Sterilität nach den amtlichen Richtlinien der Vereinigten Staaten sichergestellt war. Außerdem sollte der zur Anlieferung gelangende Impfstoff auf Wirksamkeit geprüft und nicht reaktiviert sein, sowie aus einer Reihe von mindestens 3, allen Bestimmungen genügenden Chargen stammen. Weiterhin übernahmen die Einfuhrfirmen die Gewähr dafür, daß nur frischer Impfstoff mit einer vollen Laufzeit von sechs Monaten eingeführt wird.

Im Mittelpunkt der Erörterungen um die Freigabe des amerikanischen Impfstoffes stand die Frage, ob die bisher gegen den Mahoney-Stamm gehegten Bedenken und ob der Ausschluß dieses Stammes aus der deutschen Impfstoffherstellung noch länger aufrechterhalten werden könne. Sein Nachteil ist, daß seine besonders neurotrope Eigenschaft und die Übertragung noch infektiöser Keime zu der Entstehung von poliomyelitischen Lähmungsformen führen kann. Andererseits zeichnet sich dieser Stamm durch besonders hohe antigenbildende Fähigkeiten gegen den Typ I (Brunhilde) aus, wie sie trotz anstrengender Bemühungen bei keinem anderen geeigneten Stamm gefunden werden konnten. Auf Grund dieser Fähigkeit wird in USA im Gegensatz zu europäischen Impfstoffherstellern und trotz seiner nachgewiesenen Beteiligung an dem Impfunglück im Frühjahr 1955 auf den Mahoney-Stamm als Vertreter des Typs I bei der Impfstoffherstellung nicht verzichtet. Es herrscht dort offenbar die Überzeugung, daß dieser Stamm unersetzbar ist und technische Möglichkeiten bestehen, die mit seiner Inaktivierung bestehenden Schwierigkeiten zu meistern. Wenn auch bei einer noch so scharfen Prüfung ein Irrtum möglich ist, so kann dieser nach den statistischen Untersuchungen des Paul-Ehrlich-Instituts aber nur einmal in drei Millionen Fällen auftreten.

Tatsächlich wurden von diesem Mahoney-Stamm enthaltene Impfstoffe in USA bis Ende 1956 über 130 Millionen Dosen nach Genehmigung des staatlichen Prüfungsinstituts freigegeben, davon rund 100 Millionen für den eigenen Bedarf und etwa 6,5 Millionen für die Ausfuhr. Seit Mai 1955 sind dort etwa 48 Millionen Personen, größtenteils Kinder, Schutzgeimpft worden, ohne daß sich Anhaltspunkte für durch den Impfstoff hervorgerufene Erkrankungen bei den Impfungen oder etwa durch Virusausscheidung verursachte Infektionen in ihrer näheren Umgebung fanden, obwohl jede epidemische Häufung darauf geprüft wurde. Als mögliche Folgen einer Impfung werden in USA innerhalb von 28 Tagen nach der Impfung aufgetretene Poliomyelitiserkrankungen in Betracht gezogen. Im Jahre 1956 war in diesem Zeitraum unter mehreren Millionen Impfungen in drei Fällen eine paralytische Poliomyelitis aufgetreten, davon konnte bei zwei eindeutig nachgewiesen werden, daß daran die Impfung nicht schuld war.

Hinzu kommt noch, daß sich der Saik-Impfstoff nach den amerikanischen Erfahrungen noch wirksamer erwiesen hat, als es nach den ersten vorläufigen Auswertungen des Francis-Berichtes den Anschein hatte. Bodian teilte auf dem Internationalen Kongreß für Kinderheilkunde im Vorjahre in Kopenhagen mit, daß der Impfstoff bei mindestens durchschnittlich 80 Prozent wirksam sei und sich die Erkrankungshäufigkeit der Geimpften zu der der Ungewimpften wie 1:6 verhalte. Nach der zweiten Impfung ist bereits mit einem 60prozentigen Schutz gegen die paralytische Form der Poliomyelitis zu rechnen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß durch die Schutzimpfung nicht der Ausbruch der Poliomyelitis, sondern nur die als Spätfolgen gefürchteten Lähmungen verhütet werden können.

Auf Grund dieser Tatsachen konnte auch der deutschen Impfstoffherstellung die Verwendung des Mahoney-Stammes nicht länger vorenthalten werden. Das Hessische Ministerium des Innern hat deshalb im Einvernehmen mit einem Fachbeirat durch Erlaß vom 28. 3. 1957 die Verwendung des Mahoney-Stammes für die Herstel-

lung des Impfstoffes der Behring-Werke freigegeben. Mithin entspricht der zur Einfuhr zugelassene Impfstoff weitgehend den für die Bundesrepublik maßgeblichen Herstellungsregeln und Prüfungsbestimmungen.

Der für die Frühjahrsimpfungen in Bayern zugeteilte Impfstoff wurde von der Fa. Parke, Davis & Co., Detroit, Mich., USA, hergestellt und über die Behring-Werke, Marburg/Lahn, eingeführt und ausgeliefert. Er stammt aus der jüngsten Herstellung und verliert seine volle Wirksamkeit erst am 3. Oktober 1957. Jede Charge ist vor Anwendung am Menschen auf Unschädlichkeit und Wirksamkeit staatlich an den National Institutes of Health, Bethesda, USA, geprüft.

Wegen der beschränkten Menge, die von den amerikanischen Ausfuhrbehörden freigegeben wurde, wird in Bayern im Übereinstimmung mit den übrigen Bundesländern die Schutzimpfung zunächst den hauptsächlich für die Verlaufsformen mit Lähmungserscheinungen gefährdeten Kleinkindern im 2. und 3. Lebensjahr angeboten und ermöglicht. Auf Wunsch können auch ältere Geschwister eines zur Impfung heranstehenden Kindes geimpft werden. Die zugeteilte Impfstoffmenge reicht für eine ungefähr 50prozentige Beteiligung der genannten Jahrgänge. Sollte wider Erwarten diese Beteiligung nicht zustande kommen, so sind die Regierungen ermächtigt, auch ältere Kinder oder Personen beliebiger Altersstufen zur Impfung zuzulassen, die bei der Behandlung und Pflege von Kinderlähmungskranken (Ärzte und Schwestern der Infektionsabteilungen in Krankenanstalten) tätig oder sonst einer erhöhten Infektionsgefährdung ausgesetzt sind.

In Erfüllung der amerikanischen Ausfuhrbedingungen und auch wegen der kurzen zur Vorbereitung und Durchführung bereitstehenden Zeit wurde die Abhaltung der Impfungen in Form öffentlicher Termine den Gesundheitsämtern übertragen. Da diese derzeit mit anderen Schutzimpfungen ohnehin überlastet sind, können besonders beanspruchte Gesundheitsämter hierfür Ärzte der freien Praxis heranziehen. Wenn größere Impfstoffvorräte zur Verfügung stehen und insbesondere deutscher Impfstoff — voraussichtlich ab Herbst 1957 — zur handelsüblichen Auslieferung gelangt, wird auch die sonstige freitägige Ärzteschaft die Möglichkeit erhalten, derartige Schutzimpfungen durchzuführen.

Da bei der Anwendung dieses neuen Impfstoffes, wie ebenso bei Anwendung eines neuartigen Arzneimittels, Störungsmöglichkeiten nicht völlig ausgeschlossen werden können, hängt die Durchführung dieser Frühjahrsimpfungen auch wesentlich von der verständnisvollen Mitarbeit der Ärzteschaft ab. Es ist notwendig, Störungen des Impfverlaufs, unklare Krankheitserscheinungen auch in der Familie des Geimpften, ferner interkurrente Erkrankungen, die von Eltern oder sonst Erziehungsberechtigten mit der Impfung in Zusammenhang gebracht werden, sofort zu erfassen. Dies ist aber nur möglich, wenn die Ärzteschaft derartige Geschehen den Gesundheitsämtern zur Kenntnis bringt, die dann ihrerseits umgehend die entsprechenden Ermittlungen anzustellen haben. Im Hinblick auf die Notwendigkeit späterer Impfungen gilt es auch, diese neue Schutzimpfung vor psychologisch ungünstigen Einflüssen zu schützen. Bei der völlig anders gearteten Mentalität der Bevölkerung gegen Schutzimpfungen allgemein im Vergleich zu der von USA erscheint trotz aller dort gemachten guten Erfahrungen eine derartige Regelung für angebracht.

Die Ärzteschaft wird deshalb gebeten, alle ihr zur Kenntnis gelangenden Vorkommnisse, die etwaige Zusammenhänge mit der Schutzimpfung vermuten lassen, unverzüglich den zuständigen Gesundheitsämtern anzuzeigen. Bei den vorgeschriebenen Meldungen über Erkrankungen- bzw. Verdachtsfälle an Poliomyelitis ist ein Hinweis auf eine etwa vorgenommene Poliomyelitischutzimpfung wünschenswert. Im Merkblatt wurde bereits ein Vermerk angebracht, daß bei irgendwelchen Störungen des Impfverlaufs ein Arzt zu benachrichtigen ist.

Das für die Frühjahrsimpfungen zur Verteilung gelangende Merkblatt zur Unterrichtung der Erziehungsberechtigten oder sonst Unterhaltsverpflichteten hat folgenden Wortlaut:

Merkblatt für die Impfung gegen Kinderlähmung

Die Kinderlähmung ist eine ansteckende, vielfach in Epidemien auftretende Krankheit, die im Laufe der letzten Jahrzehnte immer häufiger geworden ist. Träger des Krankheitserregers sind weit verbreitet, so daß jeder der Ansteckung gelegentlich ausgesetzt wird. Kommt es zur Erkrankung, so ist mit verschiedenen Schweregraden zu rechnen. Es gibt leichte Formen, die zur vollständigen Wiederherstellung führen, Lähmungen, die jahrelanger Behandlung bedürfen, aber teilweise doch nicht wieder rückgängig werden, und schwerste, welche tödlich ausgehen.

Am meisten gefährdet sind Kleinkinder. Deshalb kommt die Impfung zunächst nur für die Kinder im 2. und 3. Lebensjahr in Betracht.

Da deutscher Impfstoff in ausreichender Menge nicht zur Verfügung steht, kommt bei der Impfung in diesem Frühjahr Impfstoff amerikanischer Herkunft zur Verwendung.

Zur Impfung gehört eine zweimalige Einspritzung des Impfstoffes unter die Haut im Abstand von 4—6 Wochen und möglichst eine dritte Einspritzung, zur Auffrischung, nach 7—12 Monaten.

Wie bei jeder Impfung können geringgradige örtliche und allgemeine Reaktionen vorkommen. Gegebenenfalls ist ein Arzt zu benachrichtigen, ebenfalls bei unklaren Krankheitserscheinungen, auch in der Familie des Impflings. Der Impfstoff kann ebensowenig wie die Impfstoffe gegen andere übertragbare Krankheiten mit Sicherheit alle Kinder gegen Kinderlähmung schützen. Auf Grund der vorliegenden Erfahrungen ist jedoch bei etwaigem Auftreten einer Erkrankung mit einem leichteren Verlauf zu rechnen.

Nach der Impfung gelten für geimpfte Kinder die selbstverständlichen Regeln der Hygiene ebenso wie für ungeimpfte.

Die Impfung gegen die Kinderlähmung ist freiwillig.

Das Kind muß zur Zeit der Impfung gesund sein. Zur Entscheidung über die Impffähigkeit ist es notwendig, daß der Impfarzt jede — auch früher durchgemachte — Erkrankung erfährt. Falls eine Impfung gegen die Kinderlähmung gewünscht wird, ist die beigegebene Anmeldekarte auszufüllen.

Die Impfung erfolgt durch das zuständige Gesundheitsamt. Sie ist gebührenfrei; an Auslagen wird lediglich ein Unkostenbeitrag für den Impfstoff in Höhe von 4,— DM für jede Einspritzung erhoben. Dieser Betrag ist bei der Impfung zu entrichten. Soweit Erziehungsberechtigte oder sonst Unterhaltsverpflichtete nachweisen, daß sie Empfänger von Fürsorgeunterstützung, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe sind, werden Auslagen nicht erhoben. Entsprechende Belege hierüber (z. B. Ausweise) sind zum Impftermin mitzubringen.

Wegen der beschränkten Zeit, die für die Durchführung der Impfung zur Verfügung steht, sind die öffentlich bekanntgemachten Impftermine unbedingt einzuhalten.

Anhang:

Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V.

Einführung für Ärzte für die Schutzimpfung gegen Kinderlähmung.

In der ganzen Welt ist man sich darüber einig, daß man den Kampf gegen die Kinderlähmung nur mit einer aktiven Schutzimpfung erfolgreich führen kann. Verschiedene Methoden sind dazu studiert worden. Man hat einen

Impfstoff aus lebenden, abgeschwächten Poliomyelitisviren (analog dem Pockenimpfstoff) hergestellt und einen solchen, in dem die Viren durch Einwirken von Formalin und Wärme inaktiviert, d. h. ihrer Vermehrungsfähigkeit beraubt worden sind. Nur der Impfstoff aus inaktivierten Viren — nach dem Prinzip von Salk —, der die drei bekannten Poliomyelitistypen enthält, bietet z. Z. eine ausreichende Garantie für Unschädlichkeit. Das kann erst jetzt gesagt werden, obwohl die Impfung schon 1954 in USA bei mehr als 400 000 Kindern ausgeführt worden ist; denn es kam bei Fortsetzung der Impfkation im April 1955 zu dem bekannten Impfungslück, bei dem eine ganze Reihe von Kindern im Anschluß an die Impfung an Poliomyelitis erkrankte und ebenso eine große Zahl von Personen in ihrer Umgebung. Es stellte sich heraus, daß der verwendete Impfstoff noch aktives Virus enthalten hatte; der Inaktivierungsprozeß war unzureichend abgelaufen. Das aktive Virus hatte teils direkt zu Erkrankungen bei den Geimpften geführt, teils aber war es von gesund gebliebenen Impflingen mit dem Stuhl ausgeschieden und auf Personen der Umgebung übertragen worden, die dadurch erkrankten.

Es wurden sofort Maßnahmen in USA ergriffen, um solchen Zwischenfällen vorzubeugen.

Der Herstellungsprozeß wurde genauer überwacht, die Prüfungsbestimmungen verschärft. Die Impfkation wurde dann nach kurzer Unterbrechung wieder aufgenommen, da sie bei der überaus großen Krankenzahl in USA besonders dringlich erschien. Doch erfuhren die Prüfungsbestimmungen noch wiederholt Ergänzungen bis zum November 1955. Inzwischen sind die Einspritzungen hundertmillionenfach fortgesetzt worden, ohne daß neuerdings Fälle von Impfpoliomyelitis bekannt geworden wären. Die Wahrscheinlichkeit, daß bei den heute verschärften Bestimmungen vereinzelt vermehrungsfähige Virus-teilchen der Prüfung entgehen könnten, muß als extrem klein angesprochen werden.

Inzwischen ist bekanntlich von Haas in den Behringwerken in Marburg ein entsprechender deutscher Impfstoff entwickelt worden, der sich von dem Salkschen Impfstoff nur insofern unterscheidet, als er einen Zusatz von Aluminiumhydroxyd enthält, derselben Substanz, die seit Jahrzehnten als Adsorbens mehreren anderen Impfstoffen, z. B. gegen Diphtherie und Tetanus, zugesetzt zu werden pflegt. Man darf von diesem Zusatz eine Steigerung der immunisierenden Wirkung erwarten. Die Prüfungsvorschriften für diesen deutschen Impfstoff sind entsprechend den seitdem gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen in neuer Fassung am 15. 8. 1956 vom Hessischen Minister des Innern erlassen und mit einer vom Herstellerwerk einzuhaltenden Herstellungsregel gekoppelt worden. Die Prüfung nach diesen neuen Vorschriften erfordert jedoch so lange Zeit, daß vor der diesjährigen Poliomyelitis-Saison kein staatlich geprüfter deutscher Impfstoff zur Verfügung steht.

Deshalb war man gezwungen Polioimpfstoff aus dem Ausland (USA) einzuführen; derselbe wird jedoch nur in beschränkten Mengen zum Export freigegeben. Zu Beginn der Impfkation mit diesem importierten Impfstoff sind ungezielte und unkontrollierte Massenimpfungen genauso wenig wie bei der Einführung der Impfung in anderen Ländern angebracht. Bei der aus epidemiologischen Gründen (Wechsel der Krankenzahl von Jahr zu Jahr) noch schwierigen Beurteilung des Erfolgsgrades und bei der z. Z. noch bestehenden Unklarheit über die Dauer des Impfschutzes erscheint es geboten, die Verteilung der beschränkten Impfstoffmengen zu lenken und die Geimpften bis auf weiteres unter Beobachtung zu halten. Die amerikanischen Behörden haben sich dementsprechend



CEFAK
Kempten/Allg.

Cefangipect

Tropfen / Tabl. / Amp.

Angina pectoris und verwandte Zustände

ausbedungen, daß der Impfstoff nur im Rahmen eines amtlichen Impfprogramms verwendet wird.

In erster Linie kommen für die Impfung die am stärksten gefährdeten Jahrgänge, d. h. die Kinder des 2. und 3. Lebensjahres in Betracht. Zur Kontrolle des Impferfolges ist eine serologische Untersuchung zur Feststellung des Antikörpertiters wünschenswert. Hierzu ist die Entnahme von einigen (3—5) ccm Blut unmittelbar vor der Impfung und frühestens 14 Tage nach der zweiten Impfung erforderlich.

Folgende Institute führen diese serologischen Untersuchungen durch:

1. Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Düsseldorf, Witzelstraße 109,
2. Univ.-Kinderklinik Würzburg, Josef-Schneider-Str.,
3. Robert-Koch-Institut, Berlin N 65, Föhrer Straße 2,
4. Stiftung zur Erforschung der spin. Kinderlähmung und der multiplen Sklerose, Hamburg 20, Universitätskrankenhaus Eppendorf,
5. Hygiene-Institut der Universität in Bonn, Venusberg,
6. Laboratorium für Gewebezüchtung der Univ.-Kinderklinik, Freiburg, Mathildenstraße 1,
7. Staatl. Medizinal-Untersuchungsamt, Hannover, Auestraße 30,
8. Hygiene-Institut der Univ. Münster, Münster/Westf., Westring 10,
9. Virus-Labor der Friedrich-Baur-Stiftung bei der II. Med. Klinik der Univ. München, München 15, Zlemssenstraße 1,
10. Staatliches Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten, Saarbrücken 1, Charlottenstraße 7.

Zur Injektion gelangen 3mal 1,0 ccm. Die Impfung wird erstmalig subkutan am linken Oberarm vorgenommen. Die zweite Impfung erfolgt am rechten Oberarm nach 2—4 Wochen, die dritte nach 7—12 Monaten.

Die beiden ersten Injektionen sollen tunlichst bis Anfang Juni ausgeführt sein.

Die Erziehungsberechtigten werden in einem Merkblatt darauf hingewiesen, daß der Impfarzt bei allen nach der Impfung etwa auftretenden Krankheitserscheinungen — auch in der Familie — benachrichtigt werden soll. Nach den in USA gemachten Erfahrungen wird hierbei nicht nur auf die Möglichkeit einer vielleicht nur abortiven Poliomyelitis zu achten sein, sondern auch auf Komplikationen, wie sie nach anderen Impfungen bekannt sind. Störungen des Impfverlaufs sind sofort möglichst fernmündlich dem zuständigen Gesundheitsamt mitzuteilen. Selbstverständlich dürfen nur gesunde Kinder geimpft werden, wie das auch bei anderen Impfungen beachtet wird. Ist in einem Haushalt soeben Poliomyelitis festgestellt worden, so sind die übrigen Familienmitglieder gewöhnlich schon Virusträger; es ist dann zwecklos, noch zu impfen.

Die Impfung wird zweckmäßigerweise hinausgeschoben, wenn in der letzten Zeit ansteckende Krankheiten (die sogenannten Kinderkrankheiten) bei dem Impfling, seinen Geschwistern oder in seiner näheren Umgebung, womöglich in epidemischer Form vorgekommen sind.

Auch darf die Poliomyelitis-Impfung nicht zu schnell auf die verschiedenen Schutzimpfungen (gegen Tuberkulose, Pocken-, Dreifachimpfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus) folgen. Ein Abstand von sechs Wochen bis drei Monaten nach einer Infektionskrankheit oder Impfung (aktiver Immunisierung) ist jedenfalls einzuhalten. Auch nach der Polioschutzimpfung sollten andere Impfungen frühestens in einem Abstand von sechs Wochen vorgenommen werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Erich Hein, München 2, Briener Str. 55.

Patient Krankenhaus muß genesen

Leitsätze des Bundesgesundheitsausschusses der CDU/CSU für Hilfe an die Krankenhäuser

Von MdL Dr. Rudolf Soenning, Vorsitzender des Bayer. Landesgesundheitsrates

Das Krankenhaus ist selbst unter die Patienten gegangen. Diese Tatsache wurde schon wiederholt durch die SOS-Rufe der Deutschen Krankenhausgesellschaft untermauert. Auch der Bayer. Landesgesundheitsrat hat in seinen wiederholten parlamentarischen Anfragen, Interpellationen und Anträgen auf die erschreckende Notlage dieser Anstalten öffentlich hingewiesen. Bei allen größeren Hilfsaktionen nach dem Zusammenbruch von 1945 wurden die Krankenanstalten leider vergessen. In Bayern besteht gegenwärtig noch immer ein Nachholbedarf von 25 Millionen DM. Die Träger der Krankenhäuser zahlen nach einer Aufsteigerung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Kassenpatienten je Tag und Bett 4,50 DM zu. Dadurch sind die Anstalten dem finanziellen Ausbluten nahe. Die kommunalen Krankenhäuser, die daher bereits an Ärzten und Pflegepersonal zu sparen beginnen, können notfalls ihre Fehlbeträge auf diesem Gebiet noch aus öffentlichen Mitteln abdecken. Jedoch die freigemeinnützigen und privaten Häuser gehen langsam, aber sicher zugrunde. Die „kalte Sozialisierung“ hat also schon längst begonnen und sie wird ihr Werk vollenden, wenn nicht Hilfe kommt.

Aus diesen Gründen drängte besonders die CSU in Bayern auf eine Lösung dieser vordringlichen und pre-

kären Frage und erhob durch ihre fachlichen Sprecher immer wieder ihre warnende und rufende Stimme. Da die Länder jedoch allein die finanzielle Hilfe nicht verkraften können, hat sich der Bundesgesundheitsausschuß der CDU/CSU in verschiedenen Sondersitzungen mit der Angelegenheit befaßt und sechs Leitsätze als Hilfsprogramm für das Krankenhauswesen aufgestellt.

Der Sinn dieser programmatischen Erklärung liegt in der Forderung, daß die Lösung durch Bund und Länder erfolgen muß, nachdem mindestens 90% der Krankenhausinsassen Patienten der Krankenversicherungen sind, für die bekanntlich der Bund zuständig ist. Nachdem die Krankenkassen vor einer gründlichen Reform der Sozialversicherung nicht in der Lage zu sein scheinen, die echten Krankenhauskosten zu bezahlen, soll der ungedeckte Fehlbetrag gemeinsam durch Bund und Länder getragen werden. Dabei soll vorgesorgt werden, daß die Unabhängigkeit der Krankenanstalten gewahrt bleibt.

Die Entschließung des Bundesgesundheitsausschusses hat folgenden Wortlaut:

1. Die deutschen Krankenhäuser als öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private haben sich bewährt und sollen aufrechterhalten werden. Die finanziell notlei-

RECORSAN

die älteste **Herzsalbe**

Seit 4 Jahrzehnten bewährt.

O. P. DM 1,80 o. U.

RECORSAN-GESELLSCHAFTEN GRAEFELING U. LUNEBURG

denden freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser sind besonders zu fördern.

2. Es ist sicherzustellen, daß den Krankenhäusern bei sparsamer Wirtschaftsführung die entstandenen Selbstkosten vergütet werden. Die in den Krankenhäusern beschäftigten Personen sind in ihrer Arbeitszeit und Vergütung nicht schlechter zu stellen als andere Berufstätige.
3. Die Selbstkosten werden anteilig vergütet
 - a) als Pflegesatz vom Patienten oder von seinem Kostenträger;
 - b) als Kostenausgleich durch Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln an Erfüllungsstatt je Pflege tag an die Krankenhäuser.

Die Zuschüsse von Bund und Ländern werden in einem bestimmten, noch festzulegenden Vomhundert-

satz der Gesamtkosten je Pflegetag an die Krankenhäuser an Erfüllungsstatt entrichtet.

4. Die Zuschüsse dürfen die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser nicht beeinträchtigen.
5. Zur Durchführung dringend notwendiger Modernisierungs- und Rationalisierungsmaßnahmen, die von den Krankenhäusern mangels ausreichender Pflegesätze bisher unterlassen werden mußten, gewähren Bund und Länder den Krankenhäusern als Soforthilfe zinsverbilligte Kredite oder Kapitaldienstzuschüsse.
6. Soweit für den Bau, die Erweiterung und den Umbau von Krankenhäusern Mittel des Bundes oder der Länder in Anspruch genommen werden, ist sicherzustellen, daß mit der Zeit eine sinnvolle Gliederung der deutschen Krankenhäuser nach Leicht-, Schwerpunkt- und Hauptschwerpunktkrankenhäusern entsteht.

Die Notwendigkeit der Berufsverbände

Die durch die Sozialversicherungen gegebenen Aufgaben, bei der Behandlung von Patienten gesetzgebundene und vertraglich festgelegte Verabredungen zu beobachten, haben den praktizierenden Arzt neben der selbstverständlichen Verpflichtung, sich in seinem Fachgebiet durch Fortbildung ständig den Höchststand seines Fachwissens zu erhalten, gezwungen, auch sozialwirtschaftliche und berufspolitische Aufgaben zu beobachten und zu übernehmen. Deshalb haben sich in den letzten Jahren im deutschen Bundesgebiet wie im Auslande verschiedene Fachverbände, so der Augen-, Kinder-, HNO- und anderer Ärzte sowie der Orthopäden als erste zusammengeschlossen. Bereits 1924 hatte Rudolph Brauer, Hamburg, ohne besondere Organisation auf dem Kongreß der Internisten über standespolitische und wirtschaftliche Fragen sprechen lassen.

Aus der Geschichte der bald hundertjährigen Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg sind als Ziele des Zusammenschlusses drei Punkte bekannt:

1. Die Entwicklung und den Fortschritt in der Geburtshilfe vom wissenschaftlichen und praktischen Standpunkt aus gemeinsam zu besprechen;
2. die Kameradschaft zu pflegen und
3. ihre sonstigen Interessen zu erörtern und zu wahren.

Zwischen den beiden Kriegen hatte die Ärzteschaft in einer heute kaum faßbaren Gleichgültigkeit viele berufspolitische Dinge hingehen lassen, die damals schon genauestens beobachtet und hart angepackt hätten werden müssen.

Erst im Jahre 1947, auf der ersten nordwestdeutschen Gynäkologen-Tagung in Hamburg, hat Heynemann nach Rücksprache mit einigen Hamburger Ärzten darauf hingewiesen, daß bei den wissenschaftlichen Zusammenkünften auch standes- und berufspolitische Dinge besprochen und fortlaufend bearbeitet werden müßten.

Heynemann bat damals Rüder (Hamburg), die Bearbeitung aller sozialwirtschaftlichen und berufspolitischen Fragen der Gynäkologenschaft vorerst im Bereich der Nordwestdeutschen Gesellschaft zu verfolgen und sich gegebenenfalls namens der Gesellschaft tatkräftig einzuschalten.

Das gab im Jahre 1951 bei dem von Martius (Göttingen) in Pymont zum erstenmal nach dem Kriege abgehaltenen Kongreß der Deutschen Gesellschaft die Veranlassung, in einer von mehreren hundert Gynäkologen be-

suchten Versammlung die „Interessengemeinschaft Gynäkologie“ zu gründen.

In jener Zeit war auch in anderen Fachgebieten der Gedanke wach geworden, im Zusammenhang mit örtlichen oder zentralen Fachkongressen berufspolitische Fragen zu besprechen. Aus dem Zusammenschluß dieser Fachgruppen entstand Ende 1951 in Bad Homburg die Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände.

Im Jahre 1954 wurde dann die damalige Interessengemeinschaft Gynäkologie, jetzt Berufsverband Gynäkologie, nach Paris eingeladen, wohin die rührigen Franzosen aus ca. 25 Ländern außerhalb der üblichen internationalen Fachkongresse die Berufsgemeinschaften zusammen eingeladen hatten. Die Tagung, die ausgezeichnet vorbereitet und durchdacht war, stand unter der Leitung des französischen Arbeitsministers.

Es wurde damals die Union professionnelle internationale des Gynécologues et Obstétriciens gegründet, die inzwischen 1955 schon wieder in Paris und im letzten Jahr in Madrid getagt hat.

Nachdem man also überall in der Welt zu der Überzeugung gekommen war, daß allein mit der Pflege der wissenschaftlichen Arbeit und Fortbildung dem Kliniker und praktizierenden Arzt nicht gedient ist, sind wir heute der Ansicht, daß der Internationale Zusammenschluß der Berufsverbände von gleicher Bedeutung ist wie der Internationale Zusammenschluß der wissenschaftlichen Gesellschaften. Er muß trotz aller Kosten im Sinne der Solidarität gefördert werden.

Solange noch einzelne Ärzte sich der Mühe unterziehen, für die Gesamtheit der Kollegen zu arbeiten und zu streben, glauben zwar diese und jene, es nicht nötig zu haben, sich Verbänden anzuschließen. Sie bereuen es aber in dem Augenblick, wo sie einmal in Klinik oder Praxis Widerständen gegenüberstehen, derer sie nicht allein Herr werden können. Man braucht kein Anhänger des Kollektivgedankens oder der Versicherungssucht anheimgefallen zu sein, um einsehen zu können, daß die Gemeinschaft der Fachkollegen, wie überhaupt darüber hinaus die gesamte Ärzteschaft, erst dann wirkungsvoll auftreten kann, wenn sie mindestens 80 bis 90 Prozent ihrer Angehörigen hinter sich hat.

In dieser Erkenntnis hat ein kleiner Kreis von Gynäkologen — Bickenbach, Evelbauer, Isbruch, Kirchhoff, Rüder und Schulze —, seit Jahren in den lokalen Gesell-

Neu!

Ekzemolux

Das neuartige Hauttherapeuticum gegen Dermatitis und Ekzeme jeder Genese (auch parasitär), besonders erfolgreich bei therapieresistenten hartn. Hautausschlägen an den Fingern u. Händen (Neurodermitiden), juckreizstillend. — Sauber und angenehm in der Anwendung, geruchlos! Bereits zahlreich bewährt!

Im Verzeichnis „Rote Liste“ soll es heißen 0,3% und nicht 3% Sublimat.

Meissner & Co., Bayr. Gmain, Ohh.

schaften und in der Deutschen Gesellschaft danach gestrebt, einen Berufsverband ins Leben zu rufen, der in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie die Belange der Fachkollegen vertritt, und zwar unter dem Motto, daß die beste Wissenschaft verkümmern muß, wenn

1. die praktischen Möglichkeiten zur Anwendung des Erarbeiteten für die Allgemeinheit der Fachärzte nicht gegeben sind;
2. denselben die materielle Grundlage fehlt und
3. mangelndes Verständnis von Behörden und anderen größeren Verbänden den fachlichen Bestrebungen entgegensteht.

Auf der Hauptversammlung der früheren Interessengemeinschaft Gynäkologie wurde nach Rücksprache mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie beschlossen, daß neben der wissenschaftlichen Gesellschaft der „Berufsverband Gynäkologie“ mit 14 Landes- und Bezirksobmännern gegründet bzw. bestätigt wurde. Dabei ist festgelegt, daß die Vorstandsmitglieder der DGfG, Professores Bickenbach und Kirchhoff, auch als Schatzmeister und Schriftführer der Bundesleitung des Bundesverbandes des BVG angehören sollen, während ein Vorstandsmitglied des Berufsverbandes, zur Zeit der Vorsitzende Rüder (Hamburg), dem Vorstand der DGfG fortlaufend kooptiert wird. Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft sollen von Bickenbach (München) aufgefordert werden, dem Berufsverband beizutreten. Die Landes- und Bezirksobmänner sollen durch schriftliche Werbung oder Versammlungen dafür Sorge tragen, daß alle Gynäkologen dem Berufsverband beitreten und möglichst noch Mitglied der wissenschaftlichen Gesellschaft werden, damit in Zukunft wirklich auf zwei Schienen sinnbildlich einleisig gefahren wird und gemeinsam die Ziele der praktizierenden Gynäkologenschaft angestrebt werden können.

Folgende Arbeitsgebiete, die schon seit drei bis vier Jahren beachtet und gefördert wurden, wurden erneut wieder in das Wirkungsprogramm aufgenommen: Im

Ärztammer-Bereich die Berufs- und Facharztordnungs-Angelegenheiten sowie die Gebührenordnung und alle dahin gehörenden Obliegenheiten in Zusammenarbeit mit den Landes- und der Bundes-Ärztammer (F. B. Rüder), die Trennung der chirurgo-gynäkologischen Tätigkeit aufgrund der vielfachen Entschleifungen der Deutschen Gesellschaft und des Berufsverbandes in den letzten Jahren (Isbruch, Bochum), Belegarztfragen und deren Bearbeitung in der Kassenärztlichen Vereinigung (Hinrichs, Leer). Ferner die Organisation der Krebsberatung, die wieder in die Hände der praktizierenden Ärzte gehört und keine Aufgabe der staatlichen Gesundheitsämter sein kann, und anderes.

Es ist das Bestreben des Berufsverbandes, der seit dem 1. 1. 1957 der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (Vorsitzender Dr. Waldmann, Karlsruhe) beigetreten ist, in engster Zusammenarbeit mit allen bestehenden ärztlichen Organisationen, d. h. den bereits erwähnten Kammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte, dem Marburger Bund und dem Verband der Ärzte Deutschlands als alle freien Ärzte umfassenden, die anfallenden Aufgaben im Interesse der Fachkollegen zu lösen.

Nach diesen besonders für die Gynäkologen bestimmten Ausführungen möchte ich aber abschließend noch einmal darauf hinweisen, daß auch für die anderen Fachsparten die Berufsverbände, die sich bereits gebildet haben, notwendig sind, um die ureigensten Belange der Fachgruppen zu bearbeiten. Daß dies nur in kollegialer Harmonie mit den großen Organisationen geschehen kann, dürfte eine Selbstverständlichkeit sein. Darum dürfte es auch weder unter den Gynäkologen noch unter den Fachärzten, ob sie in einer Klinik oder in der Praxis ihre Tätigkeit ausüben, kein Sträuben mehr geben, ihren Berufsverband durch ihren Eintritt zu unterstützen und, wenn sie selbst nicht mitarbeiten können oder wollen, durch ihre geschlossene Willenskundgebung den aktiv tätigen Herren die erforderliche Grundlage zu stellen.

F. B. Rüder, Hamburg

Parkmöglichkeiten für Ärzte in Ausübung ihres Berufes

Die Bundesärztekammer führt z. Z. im Bundesverkehrsministerium Verhandlungen mit den Ländervertretungen, um Ausnahmebestimmungen vom Parkverbot für dringliche ärztliche Besuche mit dem Kraftwagen zu erreichen. Aussicht auf Erfolg besteht nur, wenn eine größere Anzahl von Fällen nachgewiesen werden kann, bei denen das Parkverbot einer ordnungsgemäßen raschen ärztlichen Versorgung hindernd im Wege stand.

Wir geben daher auf Wunsch der Bundesärztekammer nachstehend den Artikel von Dr. Kühn aus Nr. 9 der „Ärztlichen Mitteilungen“ wieder und bitten um Meldung entsprechender Fälle an die Bundesärztekammer. Die Schriftleitung

Bundesverkehrsminister fordert weiteres Beweismaterial

In der Fragestunde des Deutschen Bundestages am 28. Febr. 1957 stellte der Bundestagsabgeordnete Schnelder, Bremerhaven, dem Bundesverkehrsminister die Frage, ob er bereit sei anzuordnen, daß Ärzte in eiligen Fällen ihre gekennzeichneten Fahrzeuge sowohl an Parkverbotsstellen abstellen, als auch Einbahnstraßen in entgegengesetzter Richtung befahren dürfen. Er ergänzte die Frage dahin, ob das Bundesverkehrsministerium der Auffassung sei, daß in wirklich dringenden Fällen eine solche Möglichkeit im Interesse des gefährdeten Kranken geschaffen

werden sollte. Der Bundesverkehrsminister, Dr.-Ing. Seebohm, hat darauf wie folgt geantwortet:

„Herr Präsident, meine Damen und Herren! Nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist jeder berechtigt, das hochwertige Gut, nämlich das Menschenleben, unter Mißachtung des geringerwertigen Gutes, nämlich des Parkverbotes, zu retten. Sein Handeln ist gerechtfertigt und seine Schuld ausgeschlossen; wegen Mißachtung des Parkverbotes kann er in diesem Fall nicht verfolgt werden.“

Außerdem wünscht die Bundesärztekammer eine ausdrückliche Ausnahme vom Parkverbot bei dringenden Krankenbesuchen; die Fahrzeuge der Ärzte sollen dabei durch ein besonderes Arztschild gekennzeichnet werden. Meine Rundfrage bei den Ländern ergab, daß die Bedenken gegen ein solches Vorrecht der Ärzte dort überwogen. Ich habe deshalb die Bundesärztekammer gebeten, Material zusammenzustellen, um den Ländern die bestehenden Schwierigkeiten der Ärzte durch solche Parkverbote näher darlegen zu können.

Sobald das Material vorliegt, soll die Frage mit den obersten Landesbehörden unter Teilnahme der Bundesärztekammer besprochen werden.

Ich beabsichtige, versuchsweise eine allgemeine Ausnahme genehmigung dafür zu erlassen, daß Ärzte bei dringenden Krankenbesuchen auch an Stellen parken dürfen, an denen dies ausdrücklich verboten ist, sofern in unmittelbarer Nähe kein Parkraum zur Verfügung steht. Als Ausweis des Arztes soll ein Steckschild eingeführt werden, das während der Zeit des Krankenbesuches an der Innenseite der Windschutzscheibe anzubringen ist.

Keinesfalls kann mit einer Regelung gerechnet werden, nach der mit einem Arztschild versehene Kraftfahrzeuge in Einbahnstraßen auch gegen die Fahrriichtung fahren dürfen. Eine solche Maßnahme würde zu große Gefahren

Freies Wochenende
25./26. Mai 1957

heraufbeschwören. Selbst ein zu einem Schwerkranken gerufener Arzt darf bei seiner Autofahrt nicht das Leben anderer Menschen gefährden. Auch können derartige unerwartete Regelwidrigkeiten zu Stockungen und Verstopfungen im Verkehr führen, die geradezu verhindern, daß das Ziel einer möglichst raschen ärztlichen Hilfeleistung erreicht wird.“

Soweit der Bundesverkehrsminister.

Aus der Würdigung der für die Ärzteschaft wichtigen Antwort des Bundesverkehrsministers dürfen wir die Frage der Benutzung von Einbahnstraßen in entgegengesetzter Richtung ausklammern, da ein derartiger Vorschlag von der Bundesärztekammer nicht gemacht worden ist.

Es ist nun bereits zwei Jahre her, daß die Bundesärztekammer auf Anregung einiger Landesärztekammern beim Bundesverkehrsministerium den Antrag stellte, den § 48 der Straßenverkehrsordnung dahingehend zu ändern, daß Ärzten in Ausübung ihres Berufes das vorübergehende Parken an Straßenstellen erlaubt werden sollte, die durch das Parkverbotschild gekennzeichnet sind. Der 58. Deutsche Ärztetag 1955 faßte wegen der immer schwieriger werdenden Parkverhältnisse in den Städten der Bundesrepublik Deutschland und der dadurch steigenden Behinderung der ärztlichen Hilfeleistungen in dringenden Fällen folgende Entschliebung:

„Die zunehmende Verkehrsdichte und die damit immer schwieriger werdenden Parkverhältnisse in der Bundesrepublik stellen eine empfindliche Behinderung und in dringenden Fällen sogar eine lebensbedrohende Verzögerung ärztlicher Hilfeleistung dar.

Der Deutsche Ärztetag hält es daher im Interesse der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung für unbedingt erforderlich, daß dem Arzt in Ausübung seines ärztlichen Berufes gestattet wird, auch an den Stellen vorübergehend zu parken, die durch das amtliche Verbotsschild „Parkverbot“ gekennzeichnet sind. Voraussetzung für diese Erlaubnis ist die Kennlichmachung des Fahrzeuges durch ein genehmigtes Arztschild.“

Diese Entschliebung des Deutschen Ärztetages, die dem Bundesverkehrsministerium und allen Verkehrsministerien der Länder zur Kenntnis gebracht wurde, hatte bedauerlicherweise ein sehr negatives Echo bei den Verkehrsexperten der Länderregierungen. Obgleich in zahlreichen Zuschriften und ergänzenden Erläuterungen die Verkehrsministerien der Länder darauf aufmerksam gemacht wurden, daß die Ärzteschaft im Interesse ihrer Patienten nicht etwa ein bisher unbekanntes Sonderrecht forderte, sondern nur die Angleichung an das den Wirtschaftsfahrzeugen zum Be- und Entladen von Gesetzes wegen zugestandene Recht, glaubte man die Forderung der deutschen Ärzteschaft immer wieder damit ablehnen zu müssen, daß eine derartige gesetzliche Regelung zu Mißbräuchen der Ärzteschaft führen würde und der Arzt im Falle eines wirklichen Notstandes ohnehin gegen diese gesetzlichen Bestimmungen verstoßen könnte.

Darüber hinaus erließ das Bundesverkehrsministerium unter Nichtbeachtung der fundierten diesbezüglichen Begründung der deutschen Ärzteschaft am 29. März 1956 eine allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung, die auch die letzte bisher gegebene Rechtsgrundlage zur Übertretung eines Parkverbots-Hinweisschildes bei der Ausübung des ärztlichen Berufes beseitigte. Bis zum Erlaß dieser Verwaltungsvorschrift galt noch die alte Dienstanweisung zu § 16 der Straßenverkehrsordnung, in der im Absatz 7 folgendes angeordnet wurde:

„Im Interesse einer schnellen ärztlichen Hilfeleistung und damit aus Gründen der Volksgesundheit ist es für Ärzte bisweilen unvermeidlich, mit ihren Fahrzeugen an Straßenstellen zu parken, an denen das Parken nicht zulässig ist. Übertretungen dieser Art sind nicht weiter zu verfolgen, wenn in unmittelbarer Nähe der Wohnung zu betreuender Patienten Parkraum nicht vorhanden ist.“

Diese seit 1940 bestehende sehr vernünftige Regelung für Ärzte wurde durch diese allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung des Bundesverkehrsministeriums aufgehoben. Hierdurch sind nunmehr die Ärzte nach dem Buchstaben des Gesetzes verpflichtet, auch die Parkverbotszeichen peinlichst zu beachten und dürfen hiergegen nur im Falle eines übergeordneten Not-

standes verstoßen. Da in der geltenden Rechtsprechung die Frage des Opportunitäts- oder Legalitätsprinzips bei der Verfolgung von Gesetzesübertretungen noch nicht völlig geklärt ist, bleibt es in das Ermessen eines strengen oder wohlwollenden Polizeibeamten gestellt, auch einen Arzt, der seinen Wagen sichtbar gekennzeichnet hat, wegen der Übertretung eines Parkverbots zur Bestrafung anzuzeigen.

In mehreren Zuschriften der Länderministerien wurde zum Ausdruck gebracht, daß es den Ärzten durchaus zumutbar wäre, im Falle der Übertretung eines Parkverbots nachträglich die Polizeibehörde zu verständigen und sich für sein Handeln zu rechtfertigen. Es wurde bei dieser Zumutung seitens der Behörden völlig übersehen, daß es auch dann noch in das Ermessen eines jeweiligen Polizeibeamten bzw. des Gerichtes gestellt ist, eine Strafverfolgung anzustrengen oder nicht. Es wurde ferner übersehen, daß es den Polizeibehörden sowie dem Gericht im Einzelfall mangels Sachkenntnis kaum möglich sein wird, festzustellen, ob der Hausbesuch des betroffenen Arztes dringend notwendig war oder nicht.

Einen gewissen Höhepunkt in diesen bürokratischen Auseinandersetzungen über eine für die Öffentlichkeit durchaus einleuchtende und berechtigte Forderung der Ärzteschaft, die im Interesse der Betreuung ihrer Patienten erhoben wurde, bildete die Zuschrift des Verkehrsministers vom Mai 1956, in der ausgeführt wurde, daß man den Ärzten in der Regel zumuten könnte, zur Durchführung von Hausbesuchen eine kleine Wegstrecke zu Fuß zu gehen, falls vor dem betreffenden Haus ein Parkverbot angeordnet ist. Wenn in wirklich dringenden Fällen, so führte der Bundesverkehrsminister weiter aus, die Verletzung eines Parkverbots unumgänglich gewesen ist, dürfte es dem Arzt nicht schwer fallen, dieses der Polizei, gegebenenfalls dem Gericht, nachzuweisen, um sich von etwaigen Strafmaßnahmen freizustellen.

Die Bundesärztekammer hat auf diese Auffassung des Bundesverkehrsministers eindeutig und in aller Schärfe geantwortet, daß es die deutsche Ärzteschaft ablehnt, sich über Polizei und Gerichte ihre Berufsausübung, die im Interesse der Öffentlichkeit liegt, zu erkämpfen. Sie hat unmißverständlich zum Ausdruck gebracht, daß der Arzt eine durch Gesetz geregelte öffentliche Aufgabe erfüllt und somit in seiner Berufsausübung den besonderen Schutz und die Hilfe des Staates erwarten kann.

Auf Grund nochmaliger dringlicher Vorstellung der Bundesärztekammer beim Bundesverkehrsministerium folgte man dem Antrag der Bundesärztekammer insoweit, als man im August 1956 nochmals den Verkehrsministern der Länder den Vorschlag unterbreitete, auf Grund des § 46 Absatz 2 der Straßenverkehrsordnung folgende allgemeine Ausnahme zu genehmigen:

„Bei dringenden Krankenbesuchen dürfen Ärzte auch an Stellen parken, an denen es durch Verkehrszeichen nach Bild 23 ausdrücklich verboten ist. In diesen Fällen ist an der Innenseite der Windschutzscheibe ein Steckschild „Arzt, dringender Krankenbesuch“ anzubringen. Nach dem Krankenbesuch ist das Steckschild zu entfernen. Ärzte, die auf diese Weise von der Ausnahmegenehmigung vom Parkverbot Gebrauch machen, müssen sich zuständigen Beamten auf Verlangen ausweisen.“

Die Bundesärztekammer hat diesen neuen Vorschlag des Bundesverkehrsministeriums begrüßt, da sie an ihrer Forderung festhalten muß, eine Rechtsgrundlage für das Übertreten von Parkverbots Hinweisen zur Ausübung des ärztlichen Berufes zu haben, wie sie bis zum Erlaß der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung von 1956 eindeutig und zugunsten des erkrankten Patienten gegeben war.

Wenn der Gesetzgeber es im Jahre 1940 für richtig hielt, den Ärzten in Ausübung ihres Berufes bezüglich der Verkehrsvorschriften eine gewisse Sonderstellung zu geben, so ist es in keiner Weise einzusehen, daß im Jahre 1957 der Gesetzgeber dieses den Ärzten bereits einmal aus einer im öffentlichen Interesse liegenden Notwendigkeit zugestandene Recht verweigert.

Es ist bedauerlich, daß um die Anerkennung einer berechtigten Forderung ein derartiger Kampf angestrengt wird und der Bundesverkehrsminister keine andere Lösung dieser im Interesse der Öffentlichkeit erhobenen

Forderung der deutschen Ärzteschaft sieht, als die Vertreter der Länderministerien durch die Vorlage von zahlreichen Einzelfällen, in denen der Arzt mit den Verkehrsvorschriften bei der Ausübung seines Berufes in Konflikt gekommen ist, zu überzeugen.

Die Bundesärztekammer hat an einigen Einzelbeispielen die Sachlage bereits mehrmals erläutert. Dies scheint den Landesverkehrsministerien jedoch nicht mehr zu genügen. Aus diesem Grunde bittet die Bundesärztekammer alle deutschen Ärzte, die im letzten Jahr bei der Ausübung ihres Berufes mit den Vorschriften der Straßenverkehrsordnung, insbesondere mit der Übertretung von Parkverbotsschildern, in Konflikt gekommen sind, in einer kurzen formlosen Erklärung der Bundesärztekammer hierüber Mitteilung zu machen.

Es hat den Anschein, daß der Bundesverkehrsminister

seinerseits dem Antrag der deutschen Ärzteschaft, Parkmöglichkeiten für Ärzte in Ausübung ihres Berufes zu schaffen, nur dann zustimmen will, wenn die Vertreter der Länderregierungen durch gehäuftes Material über bereits erfolgte Behinderungen der ärztlichen Berufsausübung von der Notwendigkeit einer derartigen Ausnahmeregelung überzeugt werden können. Klare, jedermann einleuchtende Begründungen für diese von der Ärzteschaft im Interesse ihrer Patienten erhobenen Forderung genügen anscheinend nicht. Die Verwaltungsbehörden riskieren damit weiterhin die Behinderung der ärztlichen Betreuung kranker Menschen, um erst bei Eintritt und Nachweis zahlreicher Schadensfälle den Begründungen der Landesvertretung der deutschen Ärzteschaft Gehör zu schenken.

DK 629.114.6.006.5:614.23

Dr. Kühn

MITTEILUNGEN

Poliomyelitisimpfung

Durch eine Verkettung unglücklicher Umstände war es nicht möglich, die Frühjahrsimpfung gegen Poliomyelitis in dem Umfang in Bayern durchzuführen, wie die erschreckende Zunahme der Erkrankungsziffern es notwendig gemacht hätte.

Die Zwischenfälle, die durch einen fehlerhaften Impfstoff in Amerika hervorgerufen wurden, haben sowohl dort wie auch in Deutschland neue scharfe Kontrollmaßnahmen ausgelöst und dadurch den Ablauf des Produktionsprogramms verzögert. Der heute nur in beschränktem Maß zur Verfügung stehende aus Amerika eingeführte Impfstoff ist zunächst für die am meisten bedrohte Altersklasse des 2. und 3. Lebensjahres bestimmt. Mit der Erweiterung des Produktionsprogrammes wird der Impfstoff allen Personen zur Verfügung stehen, die sich freiwillig der Impfung unterziehen wollen.

Bei der Durchführung der Impfung sind mehr als bei anderen prophylaktischen Schutzimpfungen die individuellen gesundheitlichen und häuslichen Verhältnisse des Impflings zu berücksichtigen. Die Bayer. Landesärztekammer steht daher auf dem Standpunkt, daß für die Durchführung der Impfung in erster Linie der Hausarzt der Familie zuständig ist. Sie befindet sich dabei mit dieser Auffassung durchaus in Übereinstimmung mit der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums d. Innern, die auf Grund vertraglicher Bindungen gegenüber der amerikanischen Gesundheitsbehörde als Lieferant des Schutzstoffes zunächst die Impfung der 2- und 3jährigen über die Gesundheitsämter durchführt. Wie die Gesundheitsabteilung mitteilt, ist jedoch noch genügend Impfstoff vorhanden, um darüber hinaus noch eine Anzahl älterer Kinder zu impfen.

Wie ernst man in Amerika die Gefahr der Poliomyelitis nimmt, geht aus einem Pressebericht hervor, nach welchem in diesem freihändig gesinnten, allem staatlichen Zwang sicherlich abholden Lande durch ein Gerichtsurteil die Schutzimpfung eines Kindes erzwungen und damit von der Rechtssprechung her grundsätzlich eine Impfpflicht statuiert wurde.

Da es im Interesse aller Kollegen liegt, sich mit dem ganzen Problem der Poliomyelitis-Schutzimpfung vertraut zu machen, sei auf den Leitartikel unserer heutigen Nummer von Medizinalrat Dr. Helm und auf das Merkblatt des Bundesgesundheitsamtes auf S. 361 der „Ärzt-

lichen Mitteilungen“ vom 1. 5. 1957 nachdrücklich hingewiesen.

Leider ist das Mißtrauen, welches durch die unglücklichen Zufälle in Amerika im vorigen Jahre hervorgerufen wurde, in manchen Kreisen der Bevölkerung immer noch nicht abgeklungen. Es ist eine Aufgabe der Ärzteschaft, hier im Interesse der Volksgesundheit aufklärend zu wirken.

Eine Denkschrift über das „bayerische Krankenhauswesen“

verfaßte Abg. Dr. Georg Oeckler (SPD), stellvertretender Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrats.

In Bayern standen 1954 92 365 und 1955 94 585 Krankenhausnormalbetten zur Verfügung. Die Bettenschlüsselzahl, d. h. die Zahl der verfügbaren Betten auf 1 100 Einwohner, betrug in Bayern 1955 10,3, die Bettenschlüsselzahl des Bundesgebietes 10,5. Am höchsten ist die Bettenschlüsselzahl, im gleichen Zeitraum in West-Berlin mit 12,6 und in Schleswig-Holstein mit 12,3 gewesen. Die Zahl der Krankenhausnormalbetten kann in quantitativer Hinsicht in Bayern als annähernd ausreichend angesehen werden. Der Ausnutzungsgrad der Krankenbetten bei den einzelnen Fachkrankenanstalten zeigt jedoch erhebliche Unterschiede. Ein Mangel an Krankenbetten ergibt sich u. a. für folgende Krankheiten: Tbc, Kinderkrankheiten, Orthopädie, Geisteskrankheiten, psychiatrische und neurologische Krankheiten.

Dagegen sind Krankenbetten für folgende ärztliche Fachrichtungen unzureichend ausgenutzt: Augenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Geburtshilfe, Röntgen- und Strahlenheilkunde. Dr. Oeckler kommt zu dem Ergebnis, daß eine Fehlentwicklung bei der Bettenraumeinteilung besteht.

Als bemerkenswert bezeichnet Dr. Oeckler die Tatsache, daß von den 526 kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenanstalten in Bayern 198 keine Operationsräume, 290 keinen Aufzug, 71 keine Röntgeneinrichtung und 146 kein Labor besitzen. 123 Anstalten sind räumlich veraltet und 431 ohne vollwertige Infektionsabteilung. Nach Ansicht Dr. Oecklers ergeben diese Tatsachen, daß eine große Anzahl der bayerischen Krankenanstalten den heutigen Anforderungen und dem Stand der ärztlichen Wissenschaft nicht mehr gerecht wird und die geringe Bettenzahl der Zwergkrankenhäuser bietet keine Gewähr einer neuzeitlichen Therapie und Pflege.



Spasmo-Kranit

Tabl. Supp.

Visceral-Antispasmodicum
Spasmen und Koliken an den
glattmuskelligen Bauchorganen
KREWEL-WERKE, Elberf. b. Köln

Dr. Oeckler regt entweder die Schaffung eines Krankenhausesgesetzes oder aber eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes an.
I. D.

Aus dem Bayerischen Landtag

Strukturwandel der sozialen Krankenversicherung

Zum Haushalt des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge

Im Rahmen seiner Etatrede zum Haushalt des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge ging Dr. Brentano-Hommeyer auf die einzelnen Posten des Etats ein. Die in diesem Zusammenhang gemachten Ausführungen über die Verhältnisse der sozialen Krankenversicherung verdienen besondere Beachtung, weil sie Mißstände aufzeigten, die, wie ihre Aufnahme im Plenum des Landtags bewies, sicherlich dem größten Teil der Abgeordneten nicht bekannt waren. Wir geben diesen Passus der Ausführungen Dr. Brentano-Hommeyers nachfolgend wieder:

„... Wie sind diese gesetzlichen Krankenkassen entstanden? Sie gehen zurück auf eine soziale Notmaßnahme der Bismarckschen Versicherungsgesetzgebung am Ende des vorigen Jahrhunderts; diese Versicherungsgesetzgebung sollte ja nur einen kleinen Bruchteil der Ärmsten der Armen durch die gesetzlichen Krankenkassen versorgen. Es war damals eigentlich eine karitative Maßnahme. Damals waren es etwa 20 Prozent der Bevölkerung, die nicht in der Lage waren, ihre Gesundheit selbst zu versorgen, die also weder einer Privatkasse angehörten, noch, wie damals noch der Mittelstand, über genügend Mittel und Ersparnisse verfügten, um selbst ihre Gesundheit zu pflegen. Der Grundgedanke der damaligen sozialen Krankenversicherung war also doch nur der einer notdürftigen Versorgung der Ärmsten der Armen durch die Ortskrankenkassen und die Pflichtkrankenkassen. Diese historische Tatsache muß man vor Augen haben, wenn man die Reform der sozialen Krankenversicherung richtig sehen will.

Damit muß ich hier an den Ausführungen des Herrn Staatsministers auch Kritik üben. Wenn Sie die Dinge so sehen, ergibt sich der zwingende Schluß, daß die soziale Krankenversicherung heute etwas ganz anderes geworden ist, als es sich ihre Gründer damals vorstellten. Heute erfaßt sie nämlich 80 Prozent der Bevölkerung, nicht mehr nur den notleidenden Teil der Ärmsten der Armen von 20 Prozent wie damals; sie hat heute eine andere Aufgabe als nur die einer notdürftigen Versorgung der Ärmsten. Die Träger der Krankenversicherung selbst reden auch gar nicht von einer notdürftigen, sondern von einer notwendigen Versorgung.

Ich muß hier aber folgendes feststellen: Die Leistungen, die heute der Arzt für die getarnte Pauschalvergütung von, sagen wir, 6 bis 8 DM im Vierteljahr einem Patienten geben kann, sind keine notwendige, sondern können bestenfalls eine notdürftige Versorgung sein, eben im Sinne der geschichtlichen Entstehung der damaligen Armenkasse. Diese Armenkasse, wie sie Bismarck damals gründete, sol' heute mit annähernd den gleichen Mitteln in der Lage sein, fast das ganze Volk nicht nur notdürftig, sondern voll ausreichend mit ärztlichen Lei-

stungen, mit Krankenhausleistungen und mit Medikamenten zu versorgen. Das ist doch ein Widerspruch. Ein Widerspruch, der schon daraus erhellt, daß die Fürsorge in der Krankenversorgung den Patienten und dem Arzt heute weit mehr bietet als die gesetzliche Krankenversicherung. Ich war kürzlich dabei, als wir im Stadtrat der Stadt München mit der Kassenärztlichen Vereinigung einen Vertrag über die Neuregelung der Krankenfürsorge, der Bezirksfürsorge, aushandelten. Dabei hat sich herausgestellt, daß die Leistungen der Fürsorge an den Fürsorgepatienten tatsächlich erheblich besser sind als die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Das ist eine Tatsache, die ich beweisen kann. Da gibt es keine Quotierung, keine Herabsetzung nach der Leistungsseite, weil der Bezirksfürsorger verpflichtet ist, diese Leistung zu erbringen, und zwar aus dem Ordentlichen Haushalt. Er kann sich nicht auf Rentabilität stützen. Diese Tatsache und auch die von meinem Vordredner angezogene Tatsache der Aussteuerung nach in der Regel einem halben Jahr beweisen ja schon, daß es sich bei den gesetzlichen Kassen nicht um eine komplett ausreichende Krankenversorgung handeln kann; sonst gäbe es keine Aussteuerung, bei der man den Kranken zunächst einmal überhaupt nicht mehr versorgen kann, wenn er die Aussteuerungszeit erreicht hat. Darüber ließe sich noch sehr viel sagen. Ich kann das aus Zeitgründen nicht tun, wollte aber doch auf die Ausführungen des Herrn Staatsministers eingehen.

Wenn Sie bedenken, daß die Krankenkassen heute den Krankenhäusern pro Tag 8 oder auch — in den Großstädten — 10, 11 DM für die komplette Versorgung zahlen — das sind Ausnahmefälle, im allgemeinen sind es in den Landkrankenhäusern 8,75 DM, 11,75 DM in der Großstadt, zum Beispiel in München. Ich frage: Welches Hote' würde heute einen gesunden Hotelgast um 10 DM im Tag mit voller Kost und Verpflegung aufnehmen? Das wird Ihnen jedes Hotel glatt ablehnen. Aber der kranke Mensch soll von der Krankenversicherung um einen noch geringeren Betrag nicht nur in Kost und Wohnung aufgenommen werden, sondern dieser Betrag soll auch noch für die Krankenbehandlung ausreichen. Aus diesem Vergleich können Sie ohne weiteres ersehen, daß die Dinge hier einfach falsch laufen. Wir können nicht nur von der Eigenleistungsmöglichkeit der Krankenkassen ausgehen. Wenn wir davon ausgehen, dann wird diese Krankenversicherungsreform Stückwerk und alles beim alten bleiben. Glauben Sie ja nicht, daß es nur die Ärzteschaft und die Krankenhäuser trifft, sondern letzten Endes treffen die unbefriedigenden Zustände den Patienten; an ihm wird es ausgehen, wenn es auch nicht so offenkundig in Erscheinung tritt, meine Damen und Herren.

Die öffentlichen Krankenhäuser — das weiß jeder im Haus, weil fast jeder mit Kommunalpolitik zu tun hat — können sich ja nur noch durch Zuschüsse aus den öffentlichen Kassen, eben aus den Haushaltsmitteln der Kreisstädte und Krankenhausträger erhalten, nicht etwa nur von der Leitung der Krankenkassen. Aber wer gibt den privaten Krankenhausträgern etwas? Sie haben ja niemand, der ihnen einen Zuschuß zahlt.



Bei Erkältungskrankheiten

REFAGAN®

prophylaktisch und therapeutisch



»Bayer« Leverkusen

Es ist tatsächlich so, daß wir heute vor dem Zusammenbruch des privaten Krankenhauswesens stehen. Es wäre ein großer Schaden und sehr bedauerlich, wenn das gesamte Krankenhauswesen nur mehr in öffentlicher Hand läge. Eine Konkurrenz privater Institutionen gegenüber dem Staat ist unbedingt notwendig, um ein gesundes Gleichgewicht und die Betriebe in einem gesunden Wettbewerb zu halten. Das sind Probleme, die ich hier nur andeuten kann, über die man stundenlang reden könnte und — meines Erachtens — sollte.

Hierher gehört ja auch die katastrophale Überlastung der Heilberufe überhaupt, angefangen bei den Ärzten, die heute als erste der Managerkrankheit unterliegen; nicht nur die Politiker, meine Damen und Herren, sondern auch die Ärzte sterben heute reihenweise mit 50 Jahren an Schlaganfällen weg — das können Sie in der Zeitung lesen und feststellen —, weil sie in einer unvorstellbaren Weise noch mehr in dieses System eingespannt und überlastet sind. Das gleiche gilt auch für die Schwestern. Wir haben es im Landesgesundheitsrat als großen Fortschritt gebucht, daß es gelungen ist, an den staatlichen Krankenhäusern die Arbeitszeit der Schwestern — hören Sie! — auf 54 Stunden herabzudrücken von ursprünglich 80 Wochenstunden, die die Schwestern leisten mußten. Und da redet man gleichzeitig von der 45-Stunden-Woche, die wir an sich begrüßen. Ich bin der letzte, der sich etwa gegen einen sozialen Fortschritt wehren würde, aber diese Vergleiche müssen einmal angestellt werden. Irgendwie muß einmal eine Koordinierung einsetzen.“

Verteidigungsausschuß des Deutschen Bundestages hört Ärzte

Der Verteidigungsausschuß des Deutschen Bundestages gab in seiner Sitzung am 10. 4. 1957 dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. med. Hans Neuffer, Stuttgart, und dem Vorsitzenden des Sanitätsausschusses der Bundesärztekammer, Dr. med. Gustav Sondermann, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Gelegenheit, als Sachverständige die Auffassung der Ärzteschaft zur Gestaltung des Sanitätswesens vorzutragen. Die Anhörung der ärztlichen Sachverständigen erfolgte zu dem dem Bundestag zur Verabschiedung vorliegenden Entwurf eines Organisationsgesetzes für die Bundeswehr, durch das die Gliederung ihrer Spitzenorganisation, die Stellung der einzelnen Teile der Streitkräfte zueinander, die Zuständigkeiten und die Befehlsbefugnisse gesetzlich geregelt werden sollen.

In wiederholten Besprechungen mit Bundesverteidigungsminister Strauß hatten die Vertreter der Ärzteschaft erstmals Verständnis für ihre bei der bisherigen Vorbereitung und Behandlung der Wehrgesetze nur unzureichend oder gar nicht berücksichtigten Auffassungen gefunden. Der erste Entwurf des bereits eineinhalb Jahre alten Organisationsgesetzes erwähnte das Sanitätswesen so gut wie überhaupt nicht. Die Ärzteschaft hatte sich dagegen verwahrt, daß die überragende Bedeutung des Gesundheits- und Sanitätswesens vor allem im Verteidigungsfalle in diesem Gesetz keinerlei Würdigung gegenüber beispielsweise Technik und Material gefunden habe.

Prof. Neuffer und Dr. Sondermann nahmen, unterstützt von Dr. med. Gursky vom Verband der Spätheimkehrerärzte, der gleichzeitig vom Verteidigungsausschuß gehört wurde, die Gelegenheit wahr, mit Nachdruck davor zu warnen, daß die mit schmerzlichen Verlusten an Leben und Gesundheit in zwei Kriegen gewonnenen praktischen Erfahrungen auf dem Gebiet des Sanitätswesens bei der Aufstellung der Bundeswehr aus theoretischen Erwägungen und aus starrem Festhalten an Überholtem bisher nicht beachtet würden. Demgegenüber habe die Einstellung von Bundesverteidigungsminister Strauß mit Deutlichkeit den Willen erkennen lassen, in einer auf der Grundlage der allgemeinen Wehrpflicht aufgebauten Bundeswehr auch in Friedenszeiten den gesundheitlichen Belangen die Bedeutung zukommen zu lassen, die ihnen im Interesse der Allgemeinheit und im Interesse der Soldaten zusteht.

Die Einvernahme der ärztlichen Sachverständigen zeigte beim Verteidigungsausschuß eine dankenswerte und spürbare Aufgeschlossenheit für die Fragen der Gesundheit

auch auf dem Gebiet des Verteidigungswesens. Die Ärzteschaft hofft, daß aus dieser Einstellung des Parlaments, und hier insbesondere seines Verteidigungsausschusses, die Belange des Sanitätswesens in der Bundeswehr somit auch gesetzlich die Regelung erfahren, der sie zum Wohle der Allgemeinheit bedürfen.

„Le Médecin militaire dans l'Armée“

ist ein Aufsatz betitelt, den der Vizepräsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Gustav Sondermann, im „Bulletin International des Services de Santé de Terre de Mer et de l'Air“ 1957/3 veröffentlicht hat. I. D.

Wichtiger Hinweis für alle angestellten Ärzte!

Im „Bayerischen Staatsanzeiger“ vom 27. 4. 1957 gibt das Staatsministerium der Finanzen folgendes bekannt: „Es ist beabsichtigt, den Tarifvertrag vom 27. 2. 1957 (vgl. FMB vom 26. 3. 1957, StAnz. Nr. 14) dahingehend zu ergänzen, daß Angestellten, die gem. Art. 1 § 7 Abs. 2 oder Art. 2 § 1 AnVNG vom 23. 2. 1957 (BGBl. I S. 89) von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Angestellten befreit sind, ein Zuschuß zu den Beiträgen zur Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung (Art. 1 § 7 Abs. 2 AnVNG) und zur Prämie für eine Lebensversicherung (Art. 2 § 1 Buchst. b AnVNG) durch den Arbeitgeber gewährt wird. Als Zuschuß wird die Hälfte der Beiträge zur Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung und der Lebensversicherungsprämie, jedoch nicht mehr als der Arbeitgeberanteil zu den Beiträgen in der Rentenversicherung der Angestellten betragen würde, gezahlt werden. Mit dem Abschluß des Tarifvertrags ist in Kürze zu rechnen.“

I. V. gez. Dr. Panhoizer, Staatssekretär“

Durch den Landesarbeitgeberverband bayerischer Gemeinden wurde mitgeteilt, daß bei den Verhandlungen am 2. 5. 1957 in Stuttgart die Frage der Abführung des Arbeitgeberanteils auch in die Bayerische Ärzteversorgung keinerlei Schwierigkeiten gemacht habe, so daß am 17. 5. 1957 mit der Vorlage eines entsprechenden Tarifvertrages auf Bundesebene gerechnet werden kann.

Durch den Landkreisverband Bayern haben wir die schriftliche Zusage, daß sich dieser Arbeitgeberverband der staatlichen Regelung anschließt.

Nach wie vor bleibt es unsicher, ob auch die Arbeitgeberanteile bei Befreiung nach Art. 2 § 1 (Lebensversicherung) von der Angestelltenversicherung übernommen werden.

Dr. Heisig, Geschäftsführender Arzt
des Marburger Bundes Landesverband Bayern

Cavete collegae

Bereits in Heft 7/1954 des „Bayerischen Ärzteblattes“ sah sich die Kammer genötigt, unter der gleichen Überschrift auf Schwindelmethoden eines Vertreters für elektromedizinische Geräte aufmerksam zu machen und die Kollegen vor dem Abschluß eines scheinbar vorteilhaften Kaufs solcher Geräte zu warnen. Es liegt nun neuerdings ein Bericht eines Kollegen vor, wonach ihm vom gleichen Vertreter ein Ultraschallgerät ohne die erforderlichen Prüfungsschilder geliefert wurde.

Die Kammer sieht sich deshalb veranlaßt, auf ihre vorgenannte Warnung nochmals hinzuweisen und den Kollegen zu empfehlen, sich im Zweifelsfalle durch Rückfrage bei den Ärztlichen Bezirksvereinen oder der Kammer über den Ruf der Firma oder ihres Vertreters zu unterrichten.

Weltkonferenz der UNESCO über Radioisotopen

Die Deutsche UNESCO-Kommission teilt mit: Die UNESCO bereitet für den September des Jahres 1957 eine Weltkonferenz vor für friedliche Verwendung von Radioisotopen in Wissenschaft und Wirtschaft. Mitte Januar d. J. fand im UNESCO-Haus eine Versammlung führender Atomwissenschaftler aus acht Ländern statt, um Thematik und Ablauf der Konferenz vorzubesprechen. Die Weltgesundheitsorganisation, die Weltwetterorganisation, die Welternährungsorganisation und die Europäische Organisation der Kernforschung (CERN) werden sich an der Konferenz beteiligen, zu der zirka 1000 Wissenschaftler aus der ganzen Welt erwartet werden.

Bewährt bei vegetativen Störungen

Neurovegetatin



25 Drag. 1,90

VERLAPHARM - TUTZING/OBB.

Isotopen-Studien-Gesellschaft

Nach einer Mitteilung des Bundesministeriums für Atomfragen ist am 15. April 1957 eine Isotopen-Studien-Gesellschaft zur Förderung der Anwendung von Radio-Isotopen in der Bundesrepublik mit dem Sitz in Frankfurt a. M. gegründet worden. Die deutschen Isotopenforscher Prof. Dr. Berthold, Wildbad, und Dr. Sauerwein, Düsseldorf, sind für die Mitarbeit an der Gesellschaft gewonnen worden.

Polio-Impfzwang in Amerika

Das Obergericht in Chicago hat entschieden, daß Eltern verpflichtet seien, bei ihren Kindern eine Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung vornehmen zu lassen, da es im öffentlichen Interesse liege, die Ausbreitung dieser Krankheit unter allen Umständen zu verhindern. Das Gericht entschied damit über den Antrag der Mutter eines achtjährigen Mädchens, die sich geweigert hatte, ihr Kind impfen zu lassen, weil sie der Religionsgemeinschaft „Christian Science“ angehört. Das Gericht stand jedoch auf dem Standpunkt, die Impfung gegen Kinderlähmung sei keine religiöse Angelegenheit, sondern eine Angelegenheit des öffentlichen Interesses.

(„Frankfurter Allgemeine“ v. 25. 4. 57)

Ein neues Emblem zum Schutze der Ärzte im Krieg

Bei einer gemeinsam durch die Weltärztegesellschaft und die Beauftragten des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz durchgeführten Untersuchung stellte sich heraus, daß die Bestimmungen der Vierten Genfer Konvention nur einen Schutz der in militärischen Organisationen tätigen Ärzte und Krankenpfleger durch das Rote-Kreuz-Zeichen vorsehen. Aus diesem Grund ist von der Weltärztegesellschaft ein Emblem geschaffen worden, das Ärzte, Pflegepersonal und Einrichtungen für die Betreuung der Zivilbevölkerung schützen soll. Das Symbol ist kreisrund und weist einen roten Askulapstab im weißen Feld auf. Ferner wurde ein „Code of Medical Ethics“ entworfen, an dem ebenfalls, wie bei der Vorbereitung des neuen Emblems, u. a. auch Vertreter des Internationalen Roten Kreuzes teilnahmen. Zunächst werden die dort gefaßten Vorschläge den in der Weltärzteschaft vereinigten nationalen Ärztevereinigungen zugeleitet, später soll der Entwurf den gesetzgebenden Körperschaften aller Länder zur Anerkennung vorgelegt werden.

Berufsverbot für Clauberg

Durch Beschluß vom 20. 2. 1957 hatte der Vorstand der Bundesärztekammer der Ärztekammer Schleswig-Holstein empfohlen, gegen Prof. Clauberg, Kiel, ein vorläufiges Verbot zur Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 5 Abs. 5 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 bei der hierfür zuständigen Landesbehörde, dem Innenministerium Schleswig-Holstein, zu beantragen, da Clauberg auf Grund der gegen ihn erhobenen Anklage beim Land-

gericht in Kiel vom 14. 12. 1956 einer schweren Verletzung der ärztlichen Berufspflichten dringend verdächtig ist.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein teilte der Bundesärztekammer durch Schreiben vom 28. 3. 1957 mit, daß der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein am 8. 3. 1957 unter Bezugnahme auf die genannten Bestimmungen der Reichsärzteordnung ein vorläufiges Berufsverbot gegen Clauberg ausgesprochen habe.

Die Bundesärztekammer betont, wie bereits wiederholt bekanntgegeben, noch einmal ihre scharfe und eindeutige Distanzierung von jedem der wenigen Einzelärzte, die sich während des „Dritten Reiches“ auf Verlangen der damaligen Machthaber zu Verbrechen gegen die Menschlichkeit und zu Verstößen gegen die ethischen Verpflichtungen des Arzttums hergegeben haben.

Die Verhandlung gegen Bruno Gröning

gegen den seitens der Staatsanwaltschaft beim Schöffengericht München II Anklage wegen fahrlässiger Tötung einer am 30. Dezember 1950 an Lungentuberkulose gestorbenen 18jährigen Kranken und zugleich wegen fortgesetzter unbefugter Ausübung der Heilkunde erhoben worden war, findet am 27. Juni 1957 statt. I. D.

Deutschlandsternfahrt und Auto-Gymkhana

zum Deutschen Ärztetag 1957

in Köln vom 25. bis 30. 6. 1957

Die Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte führt anlässlich des Deutschen Ärztetages in Köln eine Deutschlandsternfahrt und ein Auto-Gymkhana durch, die für alle Teilnehmer am Deutschen Ärztetag ohne Rücksicht auf Mitgliedschaft bei der KVDA offen sind.

Deutschlandsternfahrt:

Ziel und Kontrolle: KVDA-Tagungsbüro in Köln, dessen Standort noch bekanntgegeben wird. Startgeld beträgt DM 8.— und ist zugleich Reuge'd.

Die Zielkontrolle ist während der Tagung täglich in der Zeit von 10.00 bis 22.00 Uhr besetzt. Genauere Mitteilungen folgen.

Prämierung der weitesten Anfahrt:

Gewertet wird die an dem jeweiligen Ankunftsstage zwischen 0.00 Uhr und der Ankunft zurückgelegte Entfernung ab Startort, die, falls nicht der Heimatort, von der örtlichen Ständesvertretung der Polizei oder einer anderen Körperschaft bestätigt sein muß. Tankstellenausweise können nicht gewertet werden.

Es werden die Zeit des Eintreffens, die mit der Meldung der Zielkontrolle festgestellt wird, und die direkte bzw. die nächste Verbindung zwischen Startort und Ziel gewertet.

Die Auswertung der Sternfahrt und die Ermittlung der Sieger wird von einem von der KVDA eingesetzten Kollegium unter Ausschluß des Rechtsweges durchgeführt, dessen Entscheidung endgültig ist. Jeder am Ziel eintreffende Teilnehmer erhält die künstlerische Tagungsplakette

bei Obstipation und

Dermatitiden:

Rp. Carilaxan-Tee
Stada

vom Deutschen Ärztetag 1957, außerdem kommen wertvolle Ehrenpreise zur Verteilung.

Auto-Gymkana

Zu diesem ernsthaften, dabei aber lustigen Autowettbewerb ist jeder Teilnehmer am Deutschen Ärztetag 1957, dessen Ehegatte und deren Kinder, sofern sie im Besitz eines Führerscheines sind, startberechtigt. Startgeld DM 6.—.

Die Wertung erfolgt in drei Gruppen: Gruppe A: Herren, Gruppe B: Damen, Gruppe C: Junioren (bis 20. Lebensjahr).

Den Anweisungen des Schiedsrichters ist unbedingt Folge zu leisten. Die Entscheidungen des Schiedsrichters sind nicht anfechtbar. Jeder Teilnehmer startet in eigener Verantwortung. Die KVDA haftet nicht für eventuelle Personen- oder Sachschäden.

Meldungen und Anfragen an: KVDA-Hauptgeschäftsstelle, Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 183.

AUS DER FAKULTÄT

München: Dr. med. Wolfgang Felix (Assistent am Pharmakologischen Institut) wurde mit ME Nr. V 21 133 vom 4. April 1957 zum Privatdozenten für „Pharmakologie und Toxikologie“ in der Med. Fakultät München ernannt.

Dr. med. Johannes Lang (Wiss. Assistent am Anatom. Institut) wurde mit ME Nr. V 24 385 vom 5. April 1957 zum Privatdozenten für „Anatomie“ in der Med. Fakultät München ernannt.

Dr. med. Georg Loebeil (Wiss. Assistent an der Hals-Nasen-Ohrenklinik) wurde mit ME Nr. V 24 554 vom 10. April 1957 zum Privatdozenten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in der Med. Fakultät München ernannt.

Dr. med. Hans Werner Pabst (Wiss. Assistent am Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie) wurde mit ME Nr. V 21 391 vom 4. 4. 1957 zum Privatdozenten für „Physikalische Medizin“ in der Med. Fakultät München ernannt.

Würzburg: Dr. med. Fritz Broser, Wissenschaftlicher Assistent der Universitäts-Nervenklinik Würzburg, wurde zum Privatdozenten für Psychiatrie und Neurologie, und zwar am 5. April 1957, ernannt.

Zu Privatdozenten an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt wurden die Wissenschaftlichen Assistenten Dr. med. Gerhard Heinrich für Chirurgie am 9. 3. 1957; Dr. med. Rudolf Schautz für Chirurgie am 15. 3. 1957; Dr. med. Ewald Wüstenfeld für Anatomie am 15. 3. 1957.

Prof. Dr. Hans Schuermann, Direktor der Universitäts-Hautklinik Würzburg, erhielt einen Ruf an die Universität Bonn.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin

Unter dem Vorsitz von Professor Dr. B. Mueller, Heidelberg, wird die Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin ihre Jahrestagung am 3. und 4. Juni in Heidelberg abhalten. Die Themen sind: Physiologie der Einwirkung des elektrischen Stromes auf wichtige innere Organe (Schaefer, Heidelberg), Diagnostik des Stromtodes (Klein, Heidelberg), Nachweisbarkeit von Giften an exhumierten Leichen (Weinig, Erlangen). Auskunft erteilt Prof. Dr. Dr. E. Weinig, Erlangen, Krankenhausstraße 8.

Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung des Krüppeltums e. V.

Unter dem Gesamtthema: „Orthopädie und Körperbehindertenfürsorge in der Eingliederung der Behinderten“ findet in der Zeit vom 13. bis 14. Juni in Heidelberg der 19. Kongress der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung des Krüppeltums e. V. statt. Auskunft erteilt die Geschäftsstelle der Gesellschaft in Heidelberg-Schlierbach, Orthopädische Anstalt der Universität Heidelberg, Wiedlandheim.

Sudetendeutscher Ärztetag 1957

Die Vollversammlung des „Verbandes der sudetendeutschen Ärzte“ findet am 22. Juni 1957 in München statt. Als Referate sind u. a. vorgesehen: Die deutsche chirurgische Universitätsklinik in Prag, ihre Entwicklung und ihre Bedeutung (Prof. Dr. Herbert Lang), Lehrer und Arbeiten aus der deutschen geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik und ihre Einflußnahme auf die Entwicklung der Frauenheilkunde (Dr. Walther Koerting).

Internationaler Kongress für prophylaktische Medizin

In Scheveningen (Niederlande) findet in der Zeit vom 24. bis 29. Juni 1957 der VI. Internationale Kongress für prophylaktische Medizin statt. Die Hauptthemen sind: Prophylaxe der Poliomyelitis, des Rheumas und des Krebses; Herdforschung und Herdbekämpfung; Altersprophylaxe; psychische Hygiene; Ernährung und Stoffwechsellstörungen; Arbeits- und Betriebsmedizin. Auskunft erteilt der Vorsitzende des Holländischen Organisations-Komitees: Dr. F. L. L. M. Merckelbach, Wassenaar, Lange Kerkdam 97.

Bayerische Chirurgen-Vereinigung

Die diesjährige 34. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung findet am Freitag, den 19. Juli, und Samstag, den 20. Juli 1957, in München, Chirurgische Klinik, Nußbaumstraße 20, statt.

Folgende Hauptthemen sind für die Tagung vorgesehen:

Nissen: „Carcinomtherapie jenseits von Radikalooperation und Bestrahlung“

Brunner: „Die diagnostische Bedeutung der Lungenb'utung“

Vosschulte: „Die Lungenchirurgie bei Kindern und Jugendlichen“

Herzog: „Die Nagelung der Tibiabrüche mit dem starren Rohrschlitznagel“

Zenker: „Wiederherstellungsoperationen an den Gallengängen“

Schönbauer: „Die Hormonbehandlung beim Carcinom“

Dick: „Über die Behandlung von Sehnenverletzungen“

Hügl: „Die Verhütung von Aspiration in die Luftröhre bei Narkose“

Zürn: „Operative Schmerzbetäubung unter Berücksichtigung interner Erkrankung“

Vorträge und Diskussionen zu den oben aufgeführten Vorträgen bitte ich mit Angabe der Rededauer bis zum 1. Juni 1957 anzumelden.

Der Vorsitzende für das Jahr 1957:

Prof. Dr. E. K. Frey, München,

Chirurgische Universitätsklinik, Nußbaumstr. 20

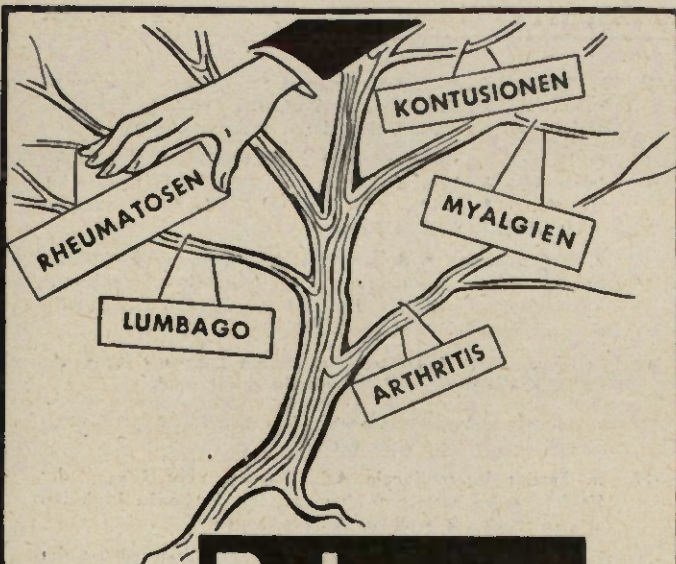
KONGRESSKALENDER

INLAND

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung, sich noch einmal mit dem Kongressbüro bzw. der Anknüpfungsstelle in Verbindung zu setzen.

Mai

18.—19. in Nürnberg: Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Stadtobermedizinalrat Dr. Alfons Jakob, 1. Vorsitzender der Gesellschaft, Nürnberg, Flurstr. 7, Städt. Krankenanstalten.



Dolorsan

Das altbewährte externe Analgetikum lindert und beseitigt Schmerzen
fettfrei

Johann G. W. Opfermann & Sohn
Bergisch Gladbach

PRIVATKLINIK und
Sanatorium
WARTENBERG/OBB.

Herz, Kreislauf, Schilddrüse u. alle inneren Erkrankungen. Kneipp-, Unterwasser- u. a. Massagen, jede Diät, Heilfasten usw.

Eine
Insel der Ruhe

für Kranke und Gesundende. Einmalig schöne Lage im Waldpark. Auch für Ersatzkassen.

Prospekt Ruf: Wartenberg 45

DR. H. SELMAIR, Facharzt für innere Krankheiten

VITANERTON

*das Spasmo-
Nervinum-Sedativum*

Zus.: Val.-Humul. lupul.-Gentian.-Cola-Perkolat 14%; Bromsalze 7%; Phenyl-dimethylpyrazolon-Diaethylbarbitursäure in molekul. Verb. 4%; Natr. glycerophosphat. 2%; Solutio sacch. uvae + Corrigens 73%. Mit 0,2% Süßstoff zubereitet.



- liquid:
Klein-Packung
DM 1.40 o. U.
- Kerne:
Klein-P. (50 Stck.)
DM 1.40 a. U.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

Arzneimittelfabrik

- 25.—29. in Bad Kissingen: Einführungskurs in die Homöopathie, veranstaltet vom Deutschen Zentralverein Homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Geschäftsstelle des DZVbÄ in Frankfurt a. M., Hanauer Landstraße 6.
- Mai/Juni**
- 30.—4. in Karlsruhe: Einführungskurs über praktische Elektrokardiographie als praktische Funktionselektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Dr. Franz Kienle, II. Medizin. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 30.—1. in Bad Kissingen: Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. Auskunft: Dr. A. Stein, Frankfurt a. M., Hanauer Landstraße 6.
- Juni**
- 1.—2. in Nördlingen/Schwaben: 5. Wochenendfortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Landesgruppe Bayern. Auskunft: Dr. H. Hergert, Nürnberg, Fürther Straße 99.
- 3.—4. in Heidelberg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Dr. E. Weinig, Erlangen, Krankenhausstraße 6.
- 3.—6. in Baden-Baden: Tagung der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. H. Leicher, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Mainz.
- 3.—7. in Bensberg b. Köln: Fortbildungskurs in Blutgruppen- serologie. Auskunft: Prof. Dr. Dabr, Bensberg b. Köln, Overather Str. 62.
- 3.—7. in Karlsruhe: Kurs für Fortgeschrittene über praktische Elektrokardiographie als praktische Funktionselektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Dr. Kienle, II. Medizin. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 6.—7. in Köln: 21. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin. Vorsitz: Prof. Dr. Tönnis. Auskunft: Prof. Dr. W. Tönnis, Köln-Lindenthal, Neurochirurgische Universitäts-Klinik.
- 10.—16. Bad Königstein/Tannus: X. Deutsche Ärztetagung für medizinisch-theologische Gemeinschaftsarbeit. Auskunft: Dr. Pius Müller, Rupertusklinik, Bamberg, Herzog-Max-Straße 15.
- 11.—15. in Würzburg: Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. Dr. Ruppert, Würzburg, Domstr. 21/23.
- 11.—22. in Neutrauburg über Isny: Einführungskurs (Erstkurs) in manuelle Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allg.
- 12.—14. in Münster/Westfalen: 23. Tagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Schütz, Münster/Westf., Westring.
- 13.—14. in Heidelberg: 19. Kongreß der Vereinigung zur Bekämpfung des Krüppeltums e. V. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung des Krüppeltums e. V., Heidelberg-Schlierbach, Orthopädische Anstalt der Universität Heidelberg, Wielandheim.
- 12.—16. in Berlin: 6. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztl. Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 29.
- 13.—15. in Hamburg: 3. Medizin.-Meteorologische Arbeitstagung der Gesellschaft zur Förderung medizin.-meteorologischer Forschung und der Medizin.-Meteorologischen Forschungsgruppe des Meteorol. Observatoriums Hamburg (Deutscher Wetterdienst). Auskunft: Prof. Dr. R. Schulze, Hamburg 13, Moorweidenstraße 14.
- 13.—16. in Bad Dürkheim: Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: OMR Dr. Kläß, Fürth/Bay., Blumenstr. 22/0.
- 14.—16. in Stuttgart-Killesberg: 6. Kongreß der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Deist, 1. Vorsitzender der Gesellschaft, Ludwigsburg, Stresemannstraße 2.
- 14.—16. in Regensburg: II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Leitung: Prof. Dr. Funk. Auskunft: Prof. Dr. C. F. Fnnk, Regensburg, Städt. Hautklinik, Postfach 105.
- 15.—16. in Bad Homburg v. d. H.: 3. Arztekongreß für Pathologie, Therapie und Begutachtung von Heimkehrerkrankheiten. Auskunft: Verband der Heimkehrer, Ärztlich-wissenschaftlicher Beirat, Bad Godesberg, Heerstraße 17.
- 16.—29. in Frenndstadt: 6. Deutscher Sportärzte-Lebrgang. Auskunft: Städt. Kurverwaltung Frenndstadt/Schwarzwald.
- 19.—21. in Lübeck: Hauptversammlung der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften.
- 25.—27. in Berlin: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Hygiene des Kindes- und Jugendalters. Auskunft: Prof. Dr. Winter, Berlin W 8, Neue Wilhelmstr. 15.
- 25.—30. in Köln: 60. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.
- Juni/Juli**
- 24.—5. in Neutrauburg b. Isny: 1. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (II. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgän.
- Juli 1957**
- 1.—5. in Lindau/Bodensee: 7. Tagung der Nobelpreisträger, 3. Tagung der Mediziner. Auskunft: H. F. Käderlen, Lindau i. B., Postfach 11.
- 8.—10. in Gießen: Hochschulkurs für Fachärzte und praktische Ärzte mit dem Thema: Strahlenbehandlung der Krebserkrankungen. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathol. Institut, Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 19.—20. in München: 34. Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung (Chirurgische Klinik, Nuffbaumstraße 20). Auskunft: Prof. Dr. W. Hoffmeister, München 27, Normannenplatz 8.
- 25.—27. in München: VII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt, Hamburg 13, Jobsallee 3.
- 30.—31. in Tübingen: 5. Kongreß der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. J. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nerven-Klinik.
- August**
- 1.—9. in Neutrauburg über Isny: 2. Fortbildungskurs (Dritt-kurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 12.—25. in Neutrauburg über Isny: 1. Fortbildungskurs (Zweitkurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allg.
- September**
- 1.—7. in Karlsruhe: 9. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dozent Dr. Dr. F. Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 5.—6. in Karlsruhe: Europäische und Internationale Therapie-Kongreßlage. Auskunft: Dozent Dr. Dr. F. Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 10.—13. in Köln: Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Deutsche Orthopädische Gesellschaft, Köln-Lindenthal, Josef-Stelzmann-Str.
- 16.—18. in Düsseldorf: 56. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Kongreßbüro der Kinderklinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstr. 5.



HELOPHARM
KG
BERLIN

Helo-acid

bei An- und Subacidität, nach Magenresektion, bact. Gastroenteritiden u. ä.

ohne Salzsäure — trotzdem starke Säurewirkung — hohe koheptische und peptische Aktivität!

DRAGÉES

Helo-acid comp.

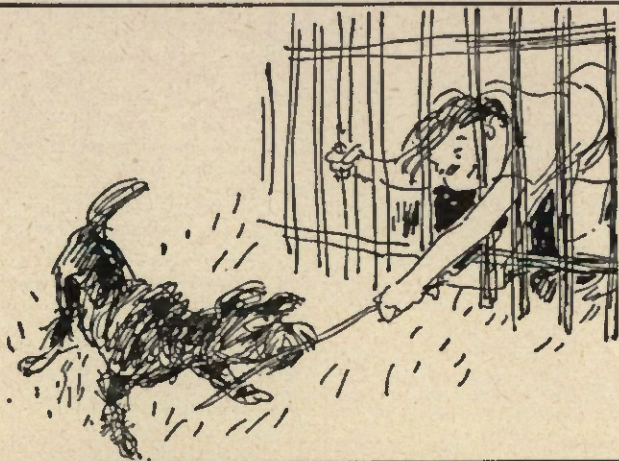
... bei gleichzeitiger Erkrankung des Bauchspeichelsystems und Zuständen von Dysfermentie



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

EUSEDON

Neurosedativum



FRITZ KOHLE

DIE SAUBUAM

160 Seiten, mit 17 Textillustrationen von Trude Richter
Ganzleinen DM 7.80

... dieses Buch müssen Sie lesen! Sie amüsieren sich köstlich

In jeder Buchhandlung zu haben!



RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

Felsolyn

Suppositorien pro infantibus

bei spastischer Bronchitis
Tracheo-Bronchitis · Pseudokrupp
fiebrhaften grippalen Infekten



ROLAND G.M.B.H. · CHEMISCHE FABRIK · ESSEN

Bei
RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig
wirkende Einreibung

der Versicherungen bringen und es würde schließlich den Privatkassen ermöglicht, in einen weniger verfälschten Leistungswettbewerb bei allen von der Pflichtversicherung nicht mehr zwangsweise Erfassten treten. — Freilich sollten sich die Privatkassen darüber keiner Täuschung hingeben, daß der relativ niedrige Beitrag nicht der einzige Grund ist, der vielen ein Verbleiben in den Pflichtkassen verlockend macht. Die Ausschlussklauseln und Aussteuerungsvorbehalte, die den Versicherten in der privaten Krankenkasse erwarten, die Gefahr zwar gegen Bagatellschäden gesichert, aber gerade existenzgefährdende Risiken nicht gedeckt zu haben, tun ein übriges, um das Verbleiben in der Pflichtversicherung zu begünstigen. Auch an gewisse Rückständigkeiten, wie sie in den Versicherungs-Bestimmungen mancher Kassen zum Ausdruck kommen, sei hier erinnert, so z. B. daran, daß die Kassen noch Hausentbindungen das Wort reden und klinische Entbindungen nur vergüten, wenn „der tatsächliche Verlauf“ sie als notwendig erwiesen hat — eine Bestimmung, die um rund 25 Jahre hinter der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung herhinkt und insbesondere auch hinter dem Leistungsniveau der Pflichtversicherung auf diesem Gebiet.

Aber schlimmer noch als derartige Antiquitäten, die das Studium der Tarife der Privatversicherungen enthüllt, ist die Tatsache, daß die privaten Kassen selbst zögern, eine Heraussetzung der Beitrags-Berechnungsgrenze zu befürworten. Sie fürchten, damit schließlich doch nur das zu erreichen, was sie gerade verhindern möchten, daß nämlich über kurz oder lang die Versicherungs-Pflichtgrenze auf das Niveau der Beitragsberechnungsgrenze folgt. Hier läßt also die Sorge vor den Verstaatlichungstendenzen die Initiative, die zur Unterstützung konstruktiver Lösungen notwendig ist, das aber läuft hinaus auf eine Politik der reinen Defensive, auf eine Resignation. Ärzte und Versicherungen werden sich einig werden. Die Privatkassen haben allen Grund, darauf zu achten, daß das nicht auf ihre Kosten geschieht. Deklamationen gegen die Ausdehnung der Zwangsversicherungen allein genügen nicht mehr.

SPD weiterhin für Einheitsversicherung. (Politisch-Gewerkschaftl. Zeitungsdienst, Hbg., 26. 3. 1957): In der Bundestagsdebatte über die Einführung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung im Lande Berlin und die Wiederezulassung der Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen hat der Berliner SPD-Vorsitzende Neumann sich erneut zu dem Berliner Einheitsversicherungs-Experiment bekannt. Er verstieg sich zu der Behauptung, daß die Forderung auf Wiederezulassung der Ersatzkassen eine Folge des Appells an den Egoismus sei und erklärte wörtlich: „Wer aber die Not aller Berliner beseitigen oder lindern will, der muß wie bisher dafür eintreten, daß alle Kräfte in einer Institution zusammengefaßt werden und diese Zusammenfassung nicht nur erhalten, sondern verbessert wird.“

... Est ist das Verdienst der Bundestagsabgeordneten Margot Kalinke (DP), daß sie in der gleichen Debatte den Einheitsfanatikern der SPD vorgerechnet hat, daß es in Berlin schon seit langem Angestellte zweierlei Rechts gibt, und daß der weitaus überwiegenden Zahl der Berliner Angestellten von der Einheitsversicherung höhere Beträge abgenommen werden als im Bundesgebiet, ohne daß man ihnen dafür etwa auch höhere Leistungen gewährt. Das alles geschieht im Zeichen der „Solidarität aller Arbeitnehmer“.

Geteiltes Physikikum für Mediziner? Die Bundesregierung hat dem Bundesrat eine Änderung der Bestallungsordnung für Ärzte vorgeschlagen, durch die das System des sogenannten geteilten Physikikums eingeführt werden soll.

Zur Begründung wird erklärt, daß der internationale Austausch von Medizinstudenten dadurch erschwert worden sei, daß die bisherige Bestallungsordnung eine ungeteilte ärztliche Vorprüfung vorsah, während in den meisten europäischen Ländern sowie im Saarland und in der Sowjetzone an ihrer Stelle eine naturwissenschaftliche und eine anatomisch-physiologische Vorprüfung abgelegt werden. Da die naturwissenschaftliche Vorprüfung sowohl nach der sowjetzonalen als auch nach der saarländischen Regelung den Charakter einer vollständigen Prüfung trage, sei damit zu rechnen, daß die Verwaltungsgerichte diese Prüfung als eine „vollständig bestandene Prüfung“ im Sinne der Bestallungsordnung für Ärzte ansehen und daß damit die einheitliche Durchführung der derzeitigen Bestimmungen in Frage gestellt sei.

Die geteilte Vorprüfung war bereits einmal, im Mai 1932, in Deutschland eingeführt worden.

(„Die Welt“, Hamburg, v. 10. 4. 1957.)

Gesundheitsausschuß gegen Fremdstoffe in Lebensmitteln. Der Gesundheitsausschuß des Bundestages hat bei einer zweitägigen Arbeitssitzung im Baden-Badener Kurhaus seine Beratungen der Novelle zum Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Lebensmittelgesetzes beendet. Das im Gesetz enthaltene Verbot der Beimischung von Fremdstoffen in Lebensmitteln wurde aufs neue erörtert, Ausnahmen von diesem Verbot sind künftig nur für Versuche zur Erprobung neuer Verfahren, für spezielle Verpflegungsmittel für Polizei, Bundeswehr und Bundesgrenzschutz sowie für Lebensmittel vorgesehen, die zum Export bestimmt sind. Diese Ausnahmen sollen auf ein, höchstens zwei Jahre befristet sein. Sobald diese Bestimmungen Gesetzeskraft erlangt haben, entsprechen sie den Vorschriften in den übrigen europäischen Ländern. Die Novelle zum Lebensmittelgesetz muß noch die zweite und dritte Lesung im Bundestag durchlaufen. Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Dr. Richard Hammer, Darmstadt, hofft, daß das Gesetz noch in der laufenden Legislaturperiode verabschiedet wird. („Stuttgarter Zeitung“ v. 10. 4. 1957.)

KRUGMANN & CO · HAMBURG 11

Ein altes Problem
eine neue Therapie!

bei allen typischen Symptomen
der Dysmenorrhoe
und praemenstruellen
Spannungen

Pyridin-3-carbonsäure- α -phenylheptylamid
Pyridinum aminocarbonicum
Trimethylxanthin citric.

Packung mit 6 u. 20 Tabletten



Mensodestal

Krügermann

das spezifische Dysmenorrhoeicum

INSPIROL

freie
Atemwege



Um die normale Strahlendosis. Allein schon die bei Röntgenaufnahmen verabreichten Dosen, so errechnete Prof. Thüring (Wien), schwanken zwischen 1 bis 2 r bei einer Zahnaufnahme und etwa 10 bis 20 r bei Aufnahmen des Brustkorbes und des Beckens. Bei der Röntgentherapie empfängt der Patient Dosen von 100 bis 1000 r, aber nur lokal begrenzt. Die Gammastrahlung, die der Mensch durch die Höhenstrahlung, die Radioaktivität der Erdkruste oder bei der Berufsausübung erhält, schwankt in Meereshöhe zwischen 0,75 und 1,5 r für die Zehnjahresdosis, in 1500 Meter zwischen 1,2 und 2,5 r und in 4500 Meter zwischen 2,7 und 3,5 r. Eine Taschenuhr mit Leuchtzifferblatt kann der Bauchwand in 10 Jahren bis zu 100 r zustrahlen. — Der Einwand, für genetische Schäden gäbe es keine untere Grenze, die geringe zusätzliche Strahlung von den Atomexplosionen könne irreparablen Schaden anrichten, wird durch ein in der Natur seit Jahrtausenden laufendes Experiment entkräftet: Menschen, die in den Hochländern von Tibet, Peru und Bolivien in Höhe von 4000 Meter und darüber leben, sind weder degeneriert, noch würden sie ausgerottet, obwohl sie zweihundertmal mehr Strahlung natürlichen Ursprungs erhalten als etwa ein Flachlandbewohner in Europa oder den USA zusätzlich durch die Atomexplosionen. Pharmaz. Ztg.

Die Lohnwelle. Die Wirtschaft der Bundesrepublik muß gegenwärtig nicht nur einer Lohnwelle, sondern geradezu einer Lohnbrandung standhalten. In den letzten Monaten sind in 16 Industriezweigen Abkommen über kürzere Arbeitszeit geschlossen worden, deren Geltung sich auf das ganze Bundesgebiet erstreckt. Es ergibt sich, daß in einer verhältnismäßig kurzen Zeit insgesamt etwa 140 neue Tarifverträge über eine Verkürzung der Arbeitszeit abgeschlossen worden sind. Für rund 6 Millionen Beschäftigte gilt auf Grund dieser Abkommen gegenwärtig die verkürzte Arbeitswoche mit vollem Lohnausgleich. In der Regel ist eine Arbeitszeit von 45 Stunden vereinbart worden.

Die Forderung der IG-Metall in Schleswig-Holstein nach Lohnzahlung im Krankheitsfall ist jetzt beispielsweise auch von der Metallgewerkschaft in West-Berlin übernommen worden, und es ist damit zu rechnen, daß andere Landesbezirke der IG-Metall in Kürze die gleiche Forderung erheben werden.

Die Wirtschaft sieht ferner eine zusätzliche Belastung durch die Rentenreform, sowie durch die Neuregelung anderer sozialer Leistungen, wie Unfallversicherung, Kindergeld usw. auf sich zukommen. Man geht wohl nicht fehl, wenn man die Gesamtbilanz der gegenwärtigen Erhöhungen von Lohn- und Lohnnebenkosten auf etwa 15 bis 20% der Lohn- und Gehaltssumme veranschlagt. Gegenüber dieser außerordentlich hohen Belastung ist der Zuwachs der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung je Beschäftigtem in der Industrie (Produktivität) im Jahre 1956 unter 3% geblieben. Aus diesem Mißverhältnis ergeben sich ernste Gefahren für das Preisgefüge und die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. (Nach „Schnelldienst des Deutschen Industrieinstituts“ vom 5. März 1957.) ID

Zahnschmerzen in Holland lassen nach. (F A Z, 6. 4. 1957): Der Konflikt zwischen den holländischen Zahnärzten (siehe Deutsches Zeit-Archiv Nr. 27/28) und der Krankenversicherung hat dazu geführt, daß die Zahnschmerzen erheblich

nachgelassen haben. Ursache dafür sind offensichtlich die in allen Sprech- und Wartezimmern der Zahnärzte ausgehängten Hinweise, daß die der Krankenversicherung angehörigen Patienten die Zahnbehandlung sofort gegen Quittung bar bezahlen müssen und die Krankenversicherung die Rückvergütung dieser Arztrechnung ablehnt. Da bisher alle Einigungsversuche gescheitert sind, erwägt nun das Zentralorgan der Krankenversicherung, die Zahnheilkunde ganz aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen.

Schluß des redaktionellen Teiles

50jähriges Jubiläum

Am 1. April 1957 konnte die altbekannte Firma Johann G. W. Opfermann & Sohn in Bergisch Gladbach auf ein 50jähriges Bestehen zurückblicken. Unter der Leitung des Gründers, Georg Wilhelm Opfermann, entwickelte sich das Unternehmen, seit 1910 in Köln und seit 1935 in Bergisch Gladbach, zu einem Arzneimittelwerk besonderer Bedeutung u. a. auf dem Gebiet antirheumatischer und antifanaemischer Heilmittel.

Die Präparate „Dolorsan“, „Dolorsan-Balsam“ und „Aegrosan“, neben denen natürlich noch andere hergestellt werden, sind in der Ärzteschaft schon lange Begriffe für bewährte Arzneimittel.

Die durch den letzten Weltkrieg eingetretenen Rückschläge konnten sehr rasch überwunden werden.

Seit 1942 liegt die Leitung des Unternehmens in den Händen des Sohnes des Gründers, Diplom-Chemiker Adolf Opfermann.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge GmbH, München 25,
UPHA GMBH., Hamburg 20,
Dr. Rud. Reiss, Chem. Werke, Berlin West,
Apotheker C. Kanoldt Nachf., Heidelberg-Wiesloch,
„ATMOS“ Fritsching & Co. GmbH, Viernheim/Hessen,
Dr. Hommel's Chem. Werke und Handelsgesellschaft mbH., Hamburg 6.
Ferner liegt einer Teilaufgabe ein Prospekt der Firma Dr. Hans Voigt, Chem.-pharm. Fabrik, Berlin-Waidmannslust, bei.

„Bayerisches Arzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 25, Königinstr. 85/III, Tel. 36 11 21-25, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-4, 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, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 159 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 8, Telefon-Sammelnummer 2 86 86. Fernschreiber 052/3662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



HELOPHARM KG
BERLIN

acut. Ulcusventriculi et duodeni
Gastroduodenitiden
chron. Ulcusleiden
Hyperacidität und
Hypersekretion

Helogastrid

Spasmolytisch wirkendes Antacidum,
Adsorbens und Ulcus-Therapeuticum

Tabletten

Pulver