



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 10

München, Oktober 1957

12. Jahrgang

Das Für und Wider der Fremdstoffe in Lebensmitteln

Von S. Walter Souci

Aus der Deutschen Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie München (Direktor: Professor Dr. S. W. Souci)

Über die Gefahren von Lebensmittelzusätzen ist in den letzten Jahren in der Fach- und in der Tagespresse eine lebhaftige Diskussion geführt worden. Niemand wird bestreiten, daß heute bei der Ernährung der modernen Massengesellschaft die Konservierungsmethoden eine immer größere Rolle spielen. Für diese Methoden fordern aber so viele toxikologische, technische, wirtschaftliche und selbst weltanschauliche Gesichtspunkte ein Mitspracherecht, daß es notwendig erscheint, das große Problem von der Warte eines erfahrenen Fachmannes aus zu beleuchten, der alle Standpunkte in gleicher Weise zu überschauen in der Lage ist.

Die Schriftleitung ist Herrn Professor Dr. Souci zu besonderem Dank verpflichtet, daß er ihr die nachfolgenden Ausführungen zur Verfügung gestellt hat.

Die Schriftleitung

Die Frage, ob durch Fremdstoffe in Lebensmitteln gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, hat in einer Reihe von Kulturländern der Erde seit Ende des 2. Weltkrieges zu umfangreichen Forschungsarbeiten geführt, die einer kommenden Gesetzgebung als Grundlage dienen sollen. In nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gremien wurden die Grundsätze für die Prüfung und Anwendung solcher Zusatzstoffe mit Blickrichtung auf ihre etwaigen toxischen Eigenschaften festgelegt. Gesetzliche Vorschriften befinden sich in der Bundesrepublik wie auch in anderen Ländern in Vorbereitung, die einen sicheren Schutz des Verbrauchers gewährleisten sollen, ohne den technischen Fortschritt mehr als notwendig zu hemmen.

Von fundamentaler Bedeutung ist dabei die Frage, ob es überhaupt die umfangreiche Arbeit „lohnt“, d. h. ob solche Zusatzstoffe aus technologischen oder physiologischen Gründen notwendig sind, oder ob man nicht gänzlich darauf verzichten könnte. Es versteht sich, daß diese Frage je nach dem durch den Fremdstoff-Zusatz erstrebten Zweck verschieden zu beantworten ist. So kann z. B. für die Mehlebleichung gesagt werden, daß sie durchaus unnötig ist und daß gesundheitliche Risiken dafür nicht in Kauf genommen werden können. Dieser Tatsache wurde auch durch eine neue, seit 1. 4. 1957 in Kraft befindliche Verordnung bereits Rechnung getragen, die die Mehlebleichung im Prinzip verbietet und nur noch für kleberschwache Weizenmehlerzeugnisse zur Verbesserung der Klebereigenschaften einen Zusatz von 40 mg/kg Kaliumbromat (KBrO₃) — befristet bis 31. 12. 1957 — zuläßt. Nicht so eindeutig ist die Frage nach der Notwendigkeit der Lebensmittelfärbung zu beantworten, die immerhin von weiten Kreisen der Ver-

braucherschaft gefordert wird. Durch geeignete Verbraucheraufklärung dürfte es möglich sein, mehr und mehr auf eine künstliche Färbung unserer Nahrung zu verzichten, um so mehr als ja eine sachliche Notwendigkeit dafür nicht anerkannt werden kann. — Anders auf dem Gebiet der Lebensmittel-Konservierung, auf die unter den derzeitigen Lebensumständen nicht verzichtet werden kann. Die Gründe dafür liegen in der Zusammenballung großer Menschenmassen in den Städten, in der steigenden Notwendigkeit der Vorratshaltung, um die Menschheit von den Produktionsspitzen bis zum Verbrauch ständig mit der notwendigen Nahrung versorgen zu können, in der Notwendigkeit der Bevorratung für Notzeiten und nicht zuletzt auch in dem ständigen Anwachsen der Menschheit, das dazu zwingt, neben sonstigen Maßnahmen auch alle Verluste an Lebensmitteln, die heute noch ganz erheblich sind, auf ein Minimum zu reduzieren. — Ähnliches gilt für die Anwendung der Schädlingsbekämpfungsmittel, die heute für die landwirtschaftliche Produktion völlig unentbehrlich geworden sind. Es ist unvermeidbar, daß diese bei üblicher Anwendung — wenn auch nur in geringen Mengen — in das Lebensmittel gelangen und mit ihnen verzehrt werden. Gesundheitliche Schäden dadurch erscheinen möglich, soweit die Rückstände in den Lebensmitteln gewisse festgelegte Toleranzgrenzen überschreiten.

Über die insgesamt als Fremdstoffe in Lebensmitteln in Betracht kommenden Stoffe gibt folgende Aufstellung — geordnet nach dem Verwendungszweck — Auskunft:

A) Beabsichtigte Zusätze

I. Stoffe, die der Verbesserung des biologischen Wertes der Lebensmittel oder der Erzielung besonderer physiologischer Wirkungen dienen.

1. Vitamine und vitaminreiche Erzeugnisse.
2. Mineralsalze, besonders Calcium-, Eisen-, Fluor-, Jodverbindungen.
3. Anregende Stoffe (z. B. Coffein).
4. Aminosäuren u. dgl.

II. Stoffe, die der Verbesserung des Geschmacks und (oder) Geruchs der Lebensmittel dienen.

1. Süßungsmittel.
2. Salzig schmeckende Stoffe, z. B. Kochsalzersatz für diätetische Zwecke.
3. Säuerungsmittel (z. B. für alkoholfreie Getränke).
4. Würzstoffe.
5. Geschmacksverstärkende Stoffe.
6. Fermente (z. B. zum Mürbemachen des Fleisches).

- III. Stoffe, die der Verbesserung des Aussehens, der Konsistenz oder sonstiger Eigenschaften der Lebensmittel dienen.
1. Farbstoffe.
 2. Stoffe zur Verbesserung der Farbe.
 3. Bleichmittel.
 4. Backhilfsmittel.
 5. „Richtsätze“ für die Schmelzkäsefabrikation.
 6. Quellungs-fördernde Stoffe (z. B. Polyphosphate für Wurstbrät).
 7. Geliermittel, Dickungsmittel.
 8. Oberflächenaktive Lösungsvermittler.
 9. Emulgatoren (z. B. für die Margarinefabrikation).
 10. Schaumbildende Stoffe.
 11. Schaumverhindernde Stoffe.
 12. Röstzusätze zur Kaffeeröstung.
- IV. Stoffe, die der Aufbereitung des Trinkwassers dienen.
1. Keimtötende Stoffe.
 2. Stoffe zur Entfernung störender Bestandteile des Wassers.
 3. Stoffe zur Anreicherung des Wassers mit erwünschten Stoffen.
- V. Stoffe, die der Vermeidung nachteiliger Veränderungen der Lebensmittel dienen.
1. Stoffe gegen mikrobiell bedingte Veränderungen (Konservierungsmittel im engeren Sinn).
 2. Stoffe gegen chemische Veränderungen.
 3. Stoffe gegen physikalische Veränderungen.
- VI. Stoffe, die der Kennzeichnung dienen.
Z. B. Stärke und Sesamöl für Margarine.
- VII. Stoffe, die der Denaturierung dienen.
- B) Nicht beabsichtigte Zusätze und Begleitstoffe
- I. Stoffe, die bei der landwirtschaftlichen Erzeugung in das Lebensmittel gelangen können.
1. Bodenbehandlungsmittel.
 2. Saatbeizmittel, Fungicide.
 3. Insecticide und Acaricide.
 4. Rodenticide.
 5. Herbizide.
 6. Wachstumsregulatoren.
 7. Reifungsbeeinflussende Stoffe.
 8. Stoffe zur Förderung des Wachstums und der Mast von Zuchtieren.
- II. Stoffe, die bei der Verarbeitung, der Lagerung oder der Zubereitung in das Lebensmittel gelangen können.
1. Lösungsmittel (z. B. Extraktionsmittel zur Ölgewinnung).
 2. Klär- und Bleichmittel für Flüssigkeiten.
 3. Katalysatoren zur Fetthärtung.
 4. Stoffe gegen das Auskeimen von Ernteprodukten.
 5. Bestandteile von Werkstoffen, mit denen das Lebensmittel in Berührung kommt.
 6. Grenzflächenaktive Reinigungsmittel und Desinfektionsmittel (bei ungenügendem Spülen im Lebensmittel verbleibend).
 7. Bestandteile von Überzügen.
 8. Weißtöner (Blankophore) (in Kaffeefilter, Zigarettenpapier).
 9. Bestandteile des Verpackungsmaterials.
- III. Stoffe, die durch physikalische Behandlungsverfahren im Lebensmittel entstehen können.
1. Stoffe, die durch Bestrahlung mit Elektronenstrahlen entstehen.
 2. Stoffe, die durch Bestrahlung mit elektromagnetischen Strahlen entstehen.
 3. Stoffe, die durch Trocknung entstehen (z. B. bei der Trockenmilchherstellung).
 4. Polymerisations- und Oxydationsprodukte von Fetten (beim Erhitzen von Ölen entstehend).
- IV. Stoffe, die durch sonstige Vorgänge in das Lebensmittel gelangen oder in ihm entstehen können.
1. Umwandlungsprodukte von Fettsäuren (bei der Fetthärtung entstehend).
 2. Radioaktive Stoffe (z. B. Produkte der Atomenergiegewinnung).
 3. Chemische Kampfstoffe und Reaktionsprodukte von Sprengstoffen (im Kriegsfall).
 4. Sonstige Verbindungen.
- Betrachtet man angesichts dieser Vielzahl von Stoffgruppen die derzeitige rechtliche Situation in der Bundesrepublik, die bis zum Inkrafttreten der in Vorbereitung befindlichen neuen gesetzlichen Vorschriften Gültigkeit haben wird, so ergibt sich, daß das geltende Lebensmittelgesetz (LMG)¹⁾ in § 3 eine Handhabe gibt, um alle jene Zusatzstoffe, die erwiesenermaßen gesundheitsschädlich wirken, auszuschalten. Dieser Paragraph lautet wie folgt: „Es ist verboten:
- a) Lebensmittel für andere derart zu gewinnen, herzustellen, zuzubereiten, zu verpacken, aufzubewahren oder zu befördern, daß ihr Genuß die menschliche Gesundheit zu schädigen geeignet ist;
 - b) Gegenstände, deren Genuß die menschliche Gesundheit zu schädigen geeignet ist, als Lebensmittel anzubieten, zum Verkauf vorrätig zu halten, feilzuhalten, zu verkaufen oder sonst in den Verkehr zu bringen.“
- Hiernach hätte allerdings der Staat die Pflicht, die schädliche Wirkung auf die menschliche Gesundheit nachzuweisen, damit ein Stoff nach § 3 des LMG verboten werden kann. Jedoch wäre es natürlich unmöglich, alle in Frage kommenden Stoffe in dieser Richtung zu überprüfen, ganz abgesehen davon, daß ein solcher Nachweis gar nicht mit Sicherheit geführt werden könnte, weil Tierversuche nur mit Vorbehalt auf den Menschen übertragbar sind. Aus diesem Umstand folgt, daß derzeit alle Stoffe, über deren Wirkung noch nichts Näheres bekannt ist, an sich vorerst noch erlaubt sind, soweit nicht spezielle gesetzliche Vorschriften in besonderen Fällen ihre Verwendung einschränken.
- Über dieses Lebensmittelgesetz hinaus besteht ein Farbstoffgesetz aus dem Jahre 1887²⁾, das zwar sehr veraltet, jedoch derzeit noch gültig ist. Es enthält aber lediglich Verbotslisten, in denen z. B. die Teerfarbstoffe überhaupt noch nicht erwähnt sind. Alle Stoffe, die dort nicht in der Liste der verbotenen Stoffe aufgeführt sind, haben nach diesem Gesetz als erlaubt zu gelten (Prinzip der negativen Liste).
- Für das Gebiet der Konservierungsmittel liegt überhaupt noch keine zusammenfassende rechtliche Regelung vor, lediglich eine Reihe von Einzelvorschriften regelt das Gebiet für besondere Fälle. Es hat sich jedoch eingeführt, den Entwurf einer Konservierungsmittel-Verordnung aus dem Jahre 1932³⁾ in Deutschland als rechtsweisend anzusehen.

¹⁾ Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen (Lebensmittelgesetz) vom 17. 1. 1936 (RGBl. I, S. 17); in der Fassung vom 14. 8. 1943 (RGBl. I, Seite 498). — Holtböfer-Juckenaack: Das Lebensmittelgesetz, Band I, Berlin: Carl Heymanns Verlag 1948.

²⁾ Gesetz, betreffend die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 5. 7. 1887 (RGBl. S. 277).

³⁾ Entwürfe zu Verordnungen über Lebensmittel und Bedarfsgegenstände; herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt, Heft 15, Entwurf einer VO über Konservierungsmittel, Berlin: Julius Springer 1932.

Neben diesem Entwurf ist natürlich auch für das Gebiet der Konservierungsmittel und der Farbstoffe der § 3 des LMG anzuwenden, wenn erwiesen ist, daß es sich um Stoffe handelt, die eine schädigende Wirkung auf die menschliche Gesundheit auszuüben vermögen. Der Entwurf aus dem Jahre 1932 enthält eine umfangreiche Liste, in der alle Lebensmittel aufgeführt sind, die konserviert werden dürfen, mit Angabe der Konservierungsmittel, die hierfür verwendet werden dürfen, und schließlich der Höchstmengen, bis zu denen der Zusatz an diesen Konservierungsmitteln erfolgen darf. Hiernach und auf Grund bestehender Sondervorschriften werden heute von der Lebensmittel-Überwachung folgende Konservierungsmittel innerhalb bestimmter Grenzen als duldbar angesehen:

- Sorbinsäure ($\text{CH}_2 \cdot \text{CH} = \text{CH} \cdot \text{CH} = \text{CH} \cdot \text{COOH}$)
- Natriumsorbinat ($\text{CH}_2 \cdot \text{CH} = \text{CH} \cdot \text{CH} = \text{CH} \cdot \text{COONa}$)
- Calciumsorbinat [$(\text{CH}_2 \cdot \text{CH} = \text{CH} \cdot \text{CH} = \text{CH} \cdot \text{COO})_2\text{Ca}$]
- Benzoessäure ($\text{C}_6\text{H}_5 \cdot \text{COOH}$)
- Natriumbenzoat ($\text{C}_6\text{H}_5 \cdot \text{COONa}$)
- p-Chlorbenzoessäure ($\text{Cl} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{COOH}$)
- p-chlorbenzoesaures Natrium ($\text{Cl} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{COONa}$)
- p-Oxybenzoessäureäthylester ($\text{HO} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{COO} \cdot \text{C}_2\text{H}_5$)
- p-Oxybenzoessäureäthylester (Natriumverbindung) ($\text{NaO} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{COO} \cdot \text{C}_2\text{H}_5$)
- p-Oxybenzoessäurepropylester ($\text{HO} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{COO} \cdot \text{C}_3\text{H}_7$)
- p-Oxybenzoessäurepropylester (Natriumverbindung) ($\text{NaO} \cdot \text{C}_6\text{H}_4 \cdot \text{COO} \cdot \text{C}_3\text{H}_7$)
- Hexamethylentetramin [$(\text{CH}_2)_6\text{N}_4$]
- Borsäure (H_3BO_3)
- Ameisensäure ($\text{H} \cdot \text{COOH}$)
- Schweflige Säure (SO_2)
- Kaliumpyrosulfit ($\text{K}_2\text{S}_2\text{O}_5$)
- Natriumhydrogensulfit (NaHSO_3)
- Calciumhydrogensulfit [$\text{Ca}(\text{HSO}_3)_2$]
- Wasserstoffperoxyd (H_2O_2)
- Calciumacetat [$(\text{CH}_3 \cdot \text{COO})_2\text{Ca}$]
- Calciumpropionat [$(\text{C}_2\text{H}_5 \cdot \text{COO})_2\text{Ca}$]
- Silber-Ionen bzw. kolloides Silber (Ag).

Hinzu kommen noch Formaldehyd (HCHO), jedoch nur für künstliche Wursthüllen, Chinosol ($\text{C}_6\text{H}_4\text{NOH} \cdot \text{KHSO}_4$), jedoch nur für Rauchtobak sowie die der Trinkwasserentkeimung dienenden Stoffe Chlor, Chlordioxyd und Ozon.

Die obige Zusammenstellung zeigt, daß die Mehrzahl der Konservierungsmittel Säuren oder deren Salze darstellen, die also im wäßrigen Milieu in Ionen (Säureanion und Wasserstoff- oder Metallion) zerfallen sind. Bei diesen ist es für die Anwendung entscheidend, daß die

Wirkungsstärke weitgehend vom Dissoziationsgrad abhängig ist. Nur im undissoziierten Zustand ist mit einer stärkeren Wirkung zu rechnen, so daß diese Verbindungen also um so stärker wirken, je saurer das Milieu des konservierten Lebensmittels, d. h. je geringer der pH-Wert ist. Nachfolgende Tabelle soll die Zusammenhänge zwischen pH-Wert und Dissoziationsgrad veranschaulichen.

Das Schwergewicht aller Maßnahmen in der Bundesrepublik lag bisher auf der Beurteilung der Toxizität der Fremdstoffe unter den Verwendungsbedingungen, d. h. bei dauernder Aufnahme in den üblichen Konzentrationen. Dem Studium dieser Fragen haben sich bisher besonders die hierfür eingesetzten lebensmittelhygienischen Kommissionen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gewidmet. Eine zusammenfassende Darstellung über Schädigungsmöglichkeiten durch Zusatzstoffe gibt F. Eichholtz¹⁾ in seiner Monographie „Die toxische Gesamtsituation auf dem Gebiet der menschlichen Ernährung“. Grundsätzlich steht bei allen Überlegungen die Frage im Vordergrund, ob eine Substanz als Konzentrationsgift, Kumulationsgift oder Summationsgift wirken kann. Unter dem ersteren versteht man Stoffe, die in Mengen unterhalb einer bestimmten Grendosis vom Körper abgebaut und ausgeschieden werden, ohne Schäden hervorzurufen. Würde man größere Mengen davon zuführen, so würden die gleichen Stoffe eine Giftwirkung ausüben. Damit ergibt sich das Problem der quantitativen Betrachtung: es kommt nur darauf an, ob die Zusatzstoffe in den angewandten Mengen harmlos sind. Nur von wenigen Stoffen läßt sich dies von vornherein annehmen, besonders von solchen, die an sich Bestandteile gebräuchlicher Lebensmittel sind und für die die Farbstoffkommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft festgestellt hat, daß sie als „wahrscheinlich harmlos“ angesehen werden können. Bei den Kumulationsgiften handelt es sich um Substanzen, die im Körper in bestimmten Organen bzw. Geweben gespeichert werden und erst bei Erreichung einer gewissen Konzentration Schädigungen hervorrufen können. Zu ihnen gehören beispielsweise die Borsäure und bestimmte Insekticide. Auch Speicherungen, die nicht zu einer Schädigung führen, sind möglich. — Der Begriff der Summationsgifte schließlich besagt, daß trotz der möglichen Ausscheidung des schädigenden Stoffes die entstandenen Einzelschäden sich addieren; bei Erreichung einer bestimmten Gesamtdosis ist dann die Voraussetzung für das Auftreten der Erkrankung gegeben, wobei es gleichgültig ist, ob diese Gesamt-

¹⁾ F. Eichholtz. Berlin — Göttingen — Heidelberg: Springer 1956.

Elektrolytische Dissoziation verschiedener Konservierungsstoffe bei pH-Werten zwischen pH 2 und pH 7.

Lfd. Nr.	Konservierende Säure	Dissoziationskonstante	Undissoziierter (wirksamer) Anteil in Prozent bei					
			pH ²	pH ³	pH ⁴	pH ⁵	pH ⁶	pH ⁷
1	Schweflige Säure	$1,7 \cdot 10^{-3}$	37	5,5	0,55	0,04	10^{-3}	0
2	Salicylsäure	$1,06 \cdot 10^{-3}$	90	49	3,6	0,94	0,094	0,0094
3	Ameisensäure	$1,77 \cdot 10^{-4}$	98,3	85,0	36,1	5,35	0,56	0,056
4	p-Chlorbenzoessäure	$9,3 \cdot 10^{-5}$	99	91	52	9,7	1,06	0,107
5	Benzoessäure	$6,46 \cdot 10^{-5}$	99,3	93,9	60,7	13,4	1,52	0,15
6	p-Oxybenzoessäure	$3,3 \cdot 10^{-5}$	99,7	96,8	75,2	23,2	2,94	0,30
7	Essigsäure	$1,8 \cdot 10^{-5}$	99,8	98,2	84,7	35,7	5,28	0,55
8	Sorbinsäure	$1,73 \cdot 10^{-5}$	99,8	98,3	85,2	36,6	5,46	0,57
9	Propionsäure	$1,4 \cdot 10^{-5}$	100	99	88	42	6,7	0,71
10	Hydrogensulfit	$1,02 \cdot 10^{-7}$	100	100	99,9	99,0	90,7	49,5
11	Borsäure	$7,3 \cdot 10^{-16}$	100	100	100	100	100	100

dosis durch Summierung vieler sehr kleiner Einzeldosen über lange Zeit hinweg oder in mehreren großen Dosen oder etwa auf einmal zugeführt wurde. Für die Summationsgifte ist festzuhalten, daß es keine Mindestdosis wie bei den Konzentrationsgiften gibt. Auch geringste Mengen solcher Stoffe sind als schädlich anzusehen und von der Verwendung als Lebensmittel-Zusatzstoffe auszuschließen. Grundsätzlich sind bei lange Zeit fortgesetzter Einwirkung solcher Summationsgifte zwei Schädigungsmöglichkeiten zu unterscheiden: Die eine von ihnen ist das Auftreten von Krebs, die andere die Entstehung von Mutationen, die durch eine bleibende und vererbare Umwandlung des Erscheinungsbildes bezüglich eines oder mehrerer Merkmale gekennzeichnet sind. Bei beiden Erscheinungen ist es von besonderer Bedeutung, daß die Schäden erst lange Zeit nach der Aufnahme des schädigenden Stoffes auftreten. So läßt sich für den Krebs — besonders an Hand der beim Berufskrebs gesammelten Erfahrungen — feststellen, daß die Latenzzeit zwischen der Aufnahme des toxischen Stoffes und dem Auftreten der Krankheit bis zu 20 Jahre und mehr betragen kann. Die Folgerungen hieraus sind einmal die Tatsache, daß die höchste Gefährdung durch solche Stoffe für die Jugend besteht, da diese die größte Lebenserwartung hat, sowie die Tatsache, daß das „menschliche Massenexperiment“ nicht als schlüssig angesehen werden darf, weil sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der ausgebrochenen Krebskrankung und der Aufnahme eines toxischen Stoffes mit der Nahrung bei der Länge der Latenzzeit in keinem Fall mehr feststellen läßt.

Für das Gebiet der Lebensmittel-Zusatzstoffe ergibt sich als Folgerung aus diesen Betrachtungen, daß

- a) Konzentrationsgifte unterhalb der Konzentrationsschwelle verwendet werden können, während
- b) Summationsgifte und
- c) Kumulationsgifte auch in kleinsten Dosen als Lebensmittel-Zusatzstoffe ausscheiden müssen.

Die Frage, welche Maßnahmen nun geeignet sind, um etwaige Schäden zu vermeiden, läßt sich dahin beantworten, daß gesetzliche Vorschriften mit sog. „positiven Listen“ erlassen werden müssen. Hierunter sind solche Listen zu verstehen, die die nach dem derzeitigen Stand unseres Wissens als unbedenklich anerkannten Stoffe namentlich aufführen, womit alle nicht in den betreffenden Listen benannten Stoffe grundsätzlich als Lebensmittel-Zusatzstoffe verboten sind. Derartige gesetzliche Vorschriften befinden sich z. Z. in der Bundesrepublik in Vorbereitung. Auf Grund eines „Gesetzes zur Änderung des Lebensmittelgesetzes“¹⁾, das in Bälde erlassen werden soll, werden später Verordnungen über die Färbung und die Konservierung von Lebensmitteln sowie eine „Abgrenzungs-Liste“ und andere Vorschriften erlassen werden, die genau regeln, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen Zusätze von Fremdstoffen zu Lebensmitteln erfolgen dürfen.

Bei der geschilderten Situation versteht es sich, daß auch die experimentellen Untersuchungen von Fremdstoffen vornehmlich auf ihre Toxizität gerichtet sein müssen. Mit der Festlegung der hierfür geltenden Untersuchungsnormen befaßten sich bisher zahlreiche wissenschaftliche Gremien. Auf internationaler Basis wurde dieses Thema von einem Kreis „Westeuropäischer Experten“ bearbeitet, der im Sommer 1956 in Wageningen (Niederlande) zusammentrat und hinsichtlich der toxikologischen Anforderungen folgenden Beschluß faßte:

„Lebensmittelzusätze dürfen nur zugelassen werden, wenn sie in Tierversuchen bei langdauernder Zuführung in einer Dosierung, die beträchtlich über der in der Nah-

rung möglichen Konzentration liegt — also unter Einhaltung eines ausreichenden Sicherheitsabstandes — und bei Beobachtung über die ganze Lebensdauer keine toxischen Wirkungen zeigen. Die Versuche sollen bei einer Tierart mindestens 2 Generationen umfassen.“

Andere Festlegungen hierüber, die von anderen Gremien aufgestellt wurden, erheben ähnliche Forderungen.

Für die Praxis der toxikologischen Untersuchung ergibt sich, daß zunächst die akut-toxische Wirkung, insbesondere die letale Dosis (LD₅₀) geprüft werden muß. Letztere ist definiert als diejenige Menge einer Substanz, die bei einmaliger oraler Gabe die Hälfte einer Gruppe definierter Versuchstiere innerhalb von 6 Tagen tötet. Die zahlenmäßige Angabe erfolgt in Gramm pro Kilo Körpergewicht. Man ist übereingekommen zu fordern, daß bei Lebensmittel-Zusatzstoffen die LD₅₀ nicht unter 1 g pro kg Tier betragen soll. — Bezüglich der chronischen Wirkung ist es üblich, Tierversuche an 3 verschiedenen Tierarten, davon einem Nichtnager, zu machen, die mindestens zwei Jahre in Anspruch nehmen. Wenn eine signifikante Überschreitung der Spontanumore bei diesen Versuchen festzustellen ist, kann der geprüfte Zusatzstoff für Lebensmittel nicht mehr in Frage kommen.

Neben der toxikologischen Prüfung ist auch erforderlich, das physiologische Verhalten eines Zusatzstoffes zu untersuchen. Es müssen die Resorbierbarkeit durch den Körper, die Verhältnisse des Abbaues, die Abbauprodukte, die Ausscheidung und die Retention untersucht werden. — Weitere experimentelle Untersuchungen haben sich auf das allgemeine chemische und physikalische Verhalten des Zusatzstoffes, z. B. sein Löslichkeitsverhalten gegenüber Lipoiden und wäßrigen Flüssigkeiten, zu richten. Ferner ist auf Anwesenheit von Verunreinigungen zu prüfen. In vielen Fällen wird es erforderlich sein, hierfür erst die geeigneten Verfahren auszuarbeiten und international zu standardisieren. Schließlich muß der zu verwendende Zusatzstoff im Lebensmittel auch analytisch nachweisbar sein, damit seine Anwendung von den Überwachungsstellen nachgeprüft werden kann. Ein anderes Arbeitsgebiet chemischer Richtung bezieht sich auf die Einwirkung der Zusatzstoffe auf andere Lebensmittelbestandteile, wie z. B. Vitamine. Schließlich ist die technische Wirkung — z. B. für den Fall der Konservierungsmittel, deren mikrobiologische Wirkung — zu untersuchen. Es ist zu klären, welches bei einem bestimmten Lebensmittel, das konserviert werden soll, die üblicherweise auftretenden Verderbserreger sind, welche Mengen des Zusatzstoffes zur Abtötung oder Hemmung des betr. Verderbserregers erforderlich sind und in welcher Weise sich die Variation der äußeren Einflüsse, ähnlich wie sie auch in der Praxis besteht, auswirken kann.

Die oben angeführten Überlegungen sowie eine Reihe weiterer wissenschaftlicher Gesichtspunkte haben dazu geführt, für die einzelnen Fremdstoffgruppen Grundforderungen bezüglich ihrer Anerkennung sowie ihrer Anwendungsweise (nach erfolgter Anerkennung) aufzustellen. Diese Grundforderungen seien nachfolgend für das wichtige Gebiet der Konservierungsmittel angeführt.

Die Voraussetzungen für die Anerkennung von Konservierungsmitteln sind größtenteils mit den Anforderungen an andere Zusatzstoffe identisch. Der Ausschuß „Konservierungsmittel“ der Commission Internationale des Industries Agricoles (C.I.I.A.) hat im Mai 1957 unter Mitverwendung früherer Festlegungen anderer Gremien folgende Forderungen aufgestellt:

1. Antimikrobielle Stoffe dürfen bei Lebensmitteln nur verwendet werden, wenn die technische Notwendigkeit oder ein Bedürfnis im Interesse des Verbrauchers eindeutig erwiesen und anerkannt ist. Die technische Notwendigkeit bzw. ein Bedürfnis im Interesse des Verbrauchers kann nicht als erwiesen angesehen werden,

¹⁾ Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Lebensmittelgesetzes. Deutscher Bundestag; Drucksache 2923 (1956). — Dtsch. Lebensm.-Rdsch. 52, 297 (1956).

a) wenn eine ausreichende Haltbarkeit durch erhöhte Sorgfalt bei der Gewinnung, Herstellung, Verpackung, Lagerung und beim Transport des Lebensmittels erzielt werden könnte,

b) wenn auch eine Haltbarmachung mit bekannten physikalischen Hilfsmitteln (z. B. Pasteurisieren, Sterilisieren, Trocknen, Kühlung, Gefrieren) in Frage käme. Dabei ist jedoch zu beachten, daß bei vielen physikalischen Methoden Umwandlungsprodukte unbekannter Natur entstehen, die eine gesundheitliche Gefährdung oder technische Nachteile bedingen können.

c) Wenn durch Einführung bzw. Entwicklung anderer Fabrikationsmethoden, die wirtschaftlich tragbar und hygienisch günstiger sind, auf eine Konservierung verzichtet werden könnte.

2. Antimikrobielle Stoffe dürfen bei Lebensmitteln nur verwendet werden, wenn eine für den vorgesehenen Zweck ausreichende Wirkung gegen Mikroorganismen erwiesen ist. Der Beweis der antimikrobiellen Wirksamkeit ist als erbracht anzusehen, wenn laboratoriumsmäßige Haltbarkeitsversuche mit dem entsprechend konservierten Lebensmittel in Anwesenheit der normalen Verderbserreger günstige Ergebnisse zeigten.

3. Antimikrobielle Stoffe dürfen bei Lebensmitteln nur verwendet werden, wenn ihre gesundheitliche Unbedenklichkeit auch bei dauernder Aufnahme in den verwendeten Mengen unter Berücksichtigung eines ausreichenden Sicherheitsfaktors nachgewiesen und anerkannt ist.¹⁾ Dabei ist auch die mögliche Auswirkung der gleichzeitigen Aufnahme mehrerer Konservierungsmittel, die etwaige Giftigkeit von Abbauprodukten im Organismus und die etwaige Giftigkeit von Reaktionsprodukten des Konservierungsmittels mit dem konservierten Lebensmittel zu berücksichtigen.

Für die toxikologische Prüfung ist die Untersuchung der akuten, subakuten und chronischen Toxizität (einschließlich der cancerogenen und co-cancerogenen Wirkung) erforderlich. Für die Prüfung der chronischen Toxizität sollen als Mindestforderung die Beschlüsse des „Ständigen Europäischen Forschungskomitees für den Schutz der Bevölkerung vor chronisch-toxischen Umweltschädigungen“ von Ascona (April 1957) maßgebend sein.

Abgesehen hiervon muß die Unbedenklichkeit eines Konservierungsmittels auch durch eingehende Untersuchungen in biochemischer und ernährungsphysiologischer Hinsicht (z. B. Resorption, Stoffwechsel, Kumulation, Ausscheidung, Beeinflussung der Darmflora) festgestellt werden.

4. Antimikrobielle Stoffe dürfen nur verwendet werden, wenn erwiesen ist, daß sie keine ins Gewicht fallende nachteilige Wirkung auf das zu konservierende Lebensmittel ausüben (z. B. stärkerer Vitaminabbau bei Lebensmitteln, die für die Vitaminversorgung der Bevölkerung von Bedeutung sind).

Erwähnt sei hierzu, daß die mögliche Auswirkung der gleichzeitigen Aufnahme mehrerer Konservierungsmittel besonders deshalb in Betracht gezogen werden muß, weil einerseits die Möglichkeit besteht, daß ein Lebensmittel gleichzeitig durch verschiedene Konservierungsmittel, die in Form eines sogenannten „Kombinates“ zugesetzt werden, konserviert ist, andererseits weil damit zu rechnen ist, daß verschiedene mit verschiedenen Konservierungsmitteln konservierte Lebensmittel gleichzeitig verzehrt werden.

Als allgemeine Grundsätze für die Anwendung hat die Kommission zur Prüfung der Lebensmittelkonservierung der Deutschen Forschungsgemeinschaft Festlegungen getroffen, die von dem oben erwähnten

¹⁾ Da der Nachweis der Unschädlichkeit eines Stoffes nicht mit voller Sicherheit möglich ist, muß sich die toxikologische Untersuchung auf die Feststellung beschränken, daß der betreffende Stoff „mit Wahrscheinlichkeit unschädlich ist“, wobei alle derzeit bestehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen sind. Ein mit Wahrscheinlichkeit unschädlicher Stoff wird als „unbedenklich“ bezeichnet.

Ausschuß der C.I.A. unter teilweiser Ergänzung mit folgendem Wortlaut übernommen wurden:

1. Nur einwandfreie Lebensmittel dürfen mit antimikrobiellen Stoffen haltbar gemacht werden. Bei der Gewinnung, Herstellung, Verpackung, Lagerung und dem Transport sind auch im Falle einer Konservierung die allgemein anerkannten Grundsätze der Hygiene und sonstiger schonender Behandlung zu beachten.

2. Zur Konservierung von Lebensmitteln sollen nur die in einer positiven Liste zusammengestellten Stoffe zulässig sein.

3. Antimikrobielle Stoffe dürfen nur in Mengen, die unter einer bestimmten Maximalkonzentration liegen, angewendet werden. Die Maximalkonzentration muß hoch genug sein, um eine ausreichende konservierende Wirkung zu sichern; sie muß gering genug sein, um die gesundheitliche Unbedenklichkeit zu gewährleisten. Die Maximalkonzentration berücksichtigt das Vorliegen ungünstiger technischer Umstände. Die wirklich zu verwendende Konzentration soll möglichst weit unter der Maximalkonzentration liegen.

4. Der Zusatz von antimikrobiellen Stoffen zu Lebensmitteln ist unzulässig, wenn dadurch nur der Anschein einer besseren Beschaffenheit erweckt werden soll und der Verbraucher durch einen solchen Zusatz über den wahren Wert des Lebensmittels getäuscht werden könnte.

5. Grundlebensmittel, Lebensmittel, die der Verbraucher in berechtigter Erwartung als frische Lebensmittel kauft und Lebensmittel, die mit Hinweisen auf eine besonders hohe Qualität in den Verkehr gebracht werden, sollen nach Möglichkeit keinen Zusatz von antimikrobiellen Stoffen erhalten. Für die Anerkennung der Notwendigkeit eines Konservierungsmittel-Zusatzes ist in diesen Fällen ein besonders strenger Maßstab anzulegen.

6. Für die zur Haltbarmachung von Lebensmitteln zuzulassenden antimikrobiellen Stoffe sind besondere Reinheitsanforderungen aufzustellen.

7. Die Zahl der anzuerkennenden antimikrobiellen Stoffe soll möglichst klein gehalten werden. Neue antimikrobielle Stoffe sollen nur zugelassen werden, wenn sie bereits anerkannten überlegen sind.

8. Grundsätzlich soll der Verbraucher über die Anwesenheit von antimikrobiellen Stoffen in Lebensmitteln in Kenntnis gesetzt werden. Zu diesem Zweck ist eine schriftliche Deklaration in Verbindung mit der Ware das wirksamste Mittel. Es genügt die Angabe „chemisch konserviert“.

9. An in ein Land eingeführte konservierte Lebensmittel und Konservierungsmittel für Lebensmittel sollen die gleichen Anforderungen gestellt werden, wie an solche Lebensmittel und Konservierungsmittel, die im Lande selbst für den Inlandskonsum produziert werden.

10. Bei der Lebensmittelüberwachung ist besonders auf die Anwesenheit von Konservierungsmitteln in Lebensmitteln zu achten, und zwar bei zugelassenen Konservierungsmitteln auf die Einhaltung der Höchstmengen, bei nichtzugelassenen Konservierungsmitteln auf deren qualitative Anwesenheit.

Auch für das große Gebiet der Lebensmittel-Färbung wurden ähnliche Grundsätze für die Anerkennung und für die Anwendung ausgearbeitet, die z. T. auf die Arbeiten der Farbstoffkommission der DFG unter Leitung von H. Druckrey (Freiburg i. B.) zurückgehen und die später auch von anderen Gremien teilweise übernommen wurden.

Andere Festlegungen umfassen alle möglichen Zusatzstoffe. Als neuestes Ergebnis seien hier die Festlegungen der Union Internationale contre le Cancer (U.I.C.C.) (Rom, August 1956) angeführt, die folgenden Wortlaut haben:

1. Verwendung von Lebensmittelzusätzen:

a) Lebensmittel dürfen grundsätzlich keine nahrungsfremden Zusätze erhalten, sofern sie nicht ausdrücklich durch die Gesetzgebung erlaubt sind.

- b) Die beste Sicherheit wird durch die Einführung von Listen mit Substanzen gewährleistet, die sowohl in toxikologischer als auch in cancerologischer Hinsicht erlaubt werden können. Diese Listen sollen im Lichte neuer Erkenntnis und Erfahrung ständig überprüft werden. Revisionen der Listen sollen in der kürzest möglichen Zeit durchgeführt sein.
2. Ein Lebensmittelzusatz darf nur dann erlaubt werden, wenn er folgende Anforderungen erfüllt:
- Durch ausreichende wissenschaftliche Belege muß nachgewiesen sein, daß seine Anwendung ungefährlich für den Verbraucher ist.
 - Seine Anwendung muß einem anerkannten Bedürfnis entsprechen und im Interesse des Verbrauchers liegen.
 - Er muß amtlichen Bestimmungen entsprechen.
3. Für die Anwendung erlaubter Zusätze:
- Die zugesetzte Menge muß so gering wie möglich sein.
 - Der Verbraucher darf über den wahren Wert des Lebensmittels nicht getäuscht werden.
4. Unbeabsichtigte Beimengungen:
- Lebensmittel dürfen keine Fremdstoffe, Rückstände, Beimengungen oder Verunreinigungen in Mengen enthalten, die eine Gefahr für den Verbraucher darstellen können¹⁾.
 - Dem Zusatz fremder Stoffe steht gleich das Vorhandensein von Fremdstoffen in einem Lebensmittel aus der Behandlung der Pflanze oder des lebenden Tieres, aus dem Herstellungs- oder Behandlungsverfahren, aus der Bestrahlung von Lebensmitteln mit ionisierenden Strahlen sowie aus der Verwendung von Geräten in der Weise, daß von ihnen Fremdstoffe auf Lebensmittel oder ihre Oberfläche übergehen können in einer Menge, die für den Verbraucher gefährlich ist.

Neben der Festlegung der allgemeinen Grundsätze für die experimentelle Prüfung oblag es den zuständigen nationalen und internationalen Forschungsgruppen, bestimmte Fremdstoffe im einzelnen zu benennen, die auf Grund umfangreicher Prüfung als unbedenklich betrachtet werden können. Für das Gebiet der Konservierungsmittel wurde durch die Kommission zur Prüfung der Lebensmittelkonservierung der DFG eine vorläufige Liste aufgestellt, die die „Stoffe, die nach dem gegenwärtigen Wissensstand als vorläufig für die Lebensmittelkonservierung duldbar angesehen werden, bis das Ergebnis ergänzender wissenschaftlicher Untersuchungen vorliegt“, umfaßt. Diese Liste ist — nach dem letzten Stand — in nebenstehender Tabelle wiedergegeben:

- Nicht aufgeführt sind in dieser Liste folgende konservierenden Stoffe, die als unbedenklich angesehen werden:
- Stoffe, die auch für sich allein als Lebensmittel Verwendung finden, wie Zucker, Speisefette, Essig und Alkohol;
 - Kochsalz, Kohlensäure, Milchsäure, Essigsäure, Weinsäure, Zitronensäure, Orthophosphorsäure, Pyrophosphorsäure;
 - Kalk und Wasserglas für die Haltbarmachung von Eiern;
 - der beim Räuchern entstehende Rauch.

Für die Lebensmittel-Farbstoffe wurde — auf Grund früherer Arbeiten der obengenannten Farbstoffkommission — bereits eine internationale Abstimmung erzielt: Es wurde — zunächst für Europa — von dem „Ständigen Europäischen Forschungskomitee für den Schutz der Bevölkerung vor chronisch-toxischen Umweltschädigungen“ in Ascona im April 1957 eine „Positive Europäische Liste der Lebensmittelfarb-

Liste der Konservierungsmittel gegen mikrobiell bedingten Verderb der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Lfd. Nr.	Bezeichnung	Tageshöchstmenge g	Konzentrationshöchstmenge g/kg
1	Benzoessäure und ihre Natriumverbindung	0,6	—
2	p-Oxybenzoessäure-äthylester und seine Natriumverbindung	folgt später!	
3	p-Oxybenzoessäure-propyl-ester und seine Natriumverbindung	folgt später!	
4	Ameisensäure und ihre Natrium-, Kalium- und Calciumverbindungen	1,0	1,0
5	Schwefeldioxyd (einschl. Schweflige Säure, Natriumsulfit, Natriumhydrogensulfit, Kaliumhydrogensulfit, Natriumpyrosulfit, Kaliumpyrosulfit)	Gesamte SO ₂ : 1,0	0,5
		Freie SO ₂ : 0,1	0,05
6	Sorbinsäure und ihre Natrium- und Calciumverbindungen	1,0	—

stoffe“ aufgestellt, die von den Fachleuten aus einer Reihe von Ländern Europas als unbedenklich angesehen werden. Diese Liste umfaßt 22 Farbstoffe, darunter 6 Naturfarbstoffe. Nach den Farbtönen sind es 10 Rotfarbstoffe, 3 Orangefarbstoffe, 5 Gelbfarbstoffe, 1 Grünfarbstoff, 2 Blaufarbstoffe und 1 schwarzer Farbstoff. Darüber hinaus ist selbstverständlich auch die Färbung mit Carotin, Riboflavin u. a. anerkannt, die natürliche Bestandteile der Nahrung sind. Gegen sie werden keine Bedenken erhoben, soweit sie in ähnlichen Konzentrationen vorliegen wie in der Nahrung. 32 Farbstoffe erwiesen sich dagegen im Tierversuch als krebserzeugend oder in anderer Weise als gesundheitsschädlich. Die weit überwiegende Mehrzahl der bekannten Farbstoffe — es gibt Tausende von verschiedenen Farbstoffen — ist aber noch nicht untersucht.

Die geschilderten Ergebnisse beweisen, daß auf dem Gebiet der Lebensmittel-Zusatzstoffe in jedem Einzelfall eine sehr gründliche Prüfung erfolgen muß, um gesundheitliche Schäden für den Verbrauch zu vermeiden. Trotzdem kann aber eine „Garantie für Unschädlichkeit“ bei aller Exaktheit der experimentellen Prüfung nicht übernommen werden, vielmehr ist mit einem gewissen „Risiko“ zu rechnen, schon deshalb, weil bekanntlich die Ergebnisse der Tierversuche nicht mit Sicherheit auf den Menschen übertragen werden können und Versuche am Menschen nicht möglich sind. Aus diesem Grunde muß das Streben dahin gehen, die Listen der Zusatzstoffe verschiedener Kategorien möglichst klein zu halten, dafür aber die zugelassenen Stoffe möglichst eingehend nach allen Richtungen zu untersuchen, um etwaige Schädigungen auf ein erreichbares Mindestmaß zu beschränken.

Es ist erfreulich, daß sich die maßgebenden Werke der Industrie in Westdeutschland schon heute — also vor Erlaß entsprechender gesetzlicher Vorschriften — darauf umgestellt haben, nur noch die von der DFG anerkannten Farbstoffe und Konservierungsmittel als Lebensmittel-Zusatzstoffe zu verwenden. Trotzdem ist eine möglichst rasche Verkündung der in Ausarbeitung befindlichen gesetzlichen Vorschriften eines unserer dringendsten Bedürfnisse auf dem Ernährungsgebiet.

¹⁾ Durch Beschluß der „Farbstoffkommission“ der DFG vom 23./24. November 1956 angefügt.

Beitrag zum „Gedanken eines Dauervertreters“

von Dr. med. Dr. phil. Adolf Bock
Zum gleichlautenden Artikel in Nr. 9/1957
des Bayerischen Ärzteblattes

Es braucht wohl nicht erst bewiesen zu werden, daß es für den viel geplagten Arzt ein berechtigter Wunsch ist, durch die Einrichtung von Dauervertretern einmal zu einem wohlverdienten Urlaub zu kommen.

Daß es den Dauervertreter-Stand als Kategorie, d. h. als eigene Arztgruppe im Verwaltungssystem noch nicht gibt, liegt vielleicht weniger an der von Kollegen Belz beschuldigten Organisation als an der mangelnden Initiative des interessierten Kreises, sprich unserer anerkannten Laschheit in organisatorischen Fragen.

Ich glaube nicht, daß die KV mehr tun kann als den Dauervertreter-Dienst organisieren, d. h. Angebot und Nachfrage durch Adressenaustausch vermitteln. Finanziell eröffnen sich diffizile Probleme. Der eine Kollege hat eine Riesenpraxis, bietet vielleicht eine anspruchsvolle Klientel und belastet den Dauervertreter (D.V.) erheblich. Der andere ist von Natur aus in einer kleinen Praxis glücklich, lebt beschaulich und hat sich womöglich noch nie „ein Bein herausgerissen“. Da lebt sich's dann für den D.V. entsprechend angenehmer. Die finanzielle Abwicklung kann diesen wichtigen Punkt ebensowenig übersehen wie etwa die Frage des Ausbildungsstandes des D.V., sei er Praktiker oder Facharzt. „Die angemessene Bezahlung“ werden Angehörige unseres Standes, die sehr

subtil zu rechnen pflegen, weil wir unser Geld relativ saurer verdienen als andere, immer subjektiv ansetzen und keiner wird unnötig eine Mark zu viel aufwenden wollen. Es ist Berufsschicksal, daß unser Rad stille steht, wenn wir in kostenintensiven Urlaub oder nur ein freies Wochenende mit unserer Familie gehen, die wir tagelang kaum zu sehen bekommen.

Ein improvisierter erster Vorschlag: Die KV führt eine D.V.-Kartei und wer einen Vertreter sucht, fordert einen solchen an, und zwar nach Kostengruppe I, II, III. Gruppe I = völlig fester Praktiker bzw. Facharzt der betr. Richtung mit eigenem Wagen (damit der Urlauber den eigenen Wagen mitnehmen kann), Gruppe II = gut ausgebildeter, niederlassungsfähiger Kollege, der vielleicht noch etwas hinzuverdienen muß, bis es soweit ist, Gruppe III = Vertreter für kleinere Praxisaufgaben, ohne Auto usw.

Wohlverstanden — dieser Vorschlag ist roh, läßt vieles offen und bietet dennoch auf den sehr dankenswerten Vorschlag von Kollege Belz vielleicht eine Diskussionsgrundlage.

Wer am D.V.-Dienst der K.V. teilnimmt, muß natürlich etwas für die betreffende Leistung bezahlen, die mit Inseratunkosten, Schreibereien, Telefonaten usw. belastet sein wird.

Aber vielleicht wissen andere Kollegen etwas viel besseres. Innerhalb der Kostengruppe sind die Preise verbindlich.
Nürnberg, Königstr. 32

MITTEILUNGEN**Sechs Ärzte im 3. Deutschen Bundestag**

In den 3. Deutschen Bundestag wurden folgende Ärzte gewählt:

Dr. med. Siegfried Bärsch (Köln-Lindenthal, Weyerthal 80), geb. 1920 in Frankenberg/Sa., (SPD);

Dr. med. Ellinor Hubert (Göttingen, Baurat-Gerber-Straße 20), geb. 1900 in Breslau (SPD);

Med.-Rat Dr. Martin (Gießen, Licher-Str. 106), geb. 1913 in Eisembroth/Dillkreis, (CDU/CSU);

Dr. med. Maria Pannhoff (Ahlen/Westf., Lütkeweg 55), geb. 1902 in Essen, (CDU/CSU);

Dr. med. Reith (Birkenau/Bergstraße, Jahnstraße), geb. 1919, (CDU/CSU);

Dr. med. Viktoria Steinbiß (Bielefeld, Bismarckstr. 13), geb. 1892 in Bielefeld, (CDU/CSU).

In den 2. Deutschen Bundestag waren 1953 ebenfalls sechs Ärzte gewählt worden. Durch Ergänzung für ausscheidende Bundestagsmitglieder hatte sich die Zahl der ärztlichen Abgeordneten im Laufe der Legislaturperiode auf sieben erhöht. Davon gehörten zwei Abgeordnete der CDU/CSU, zwei der SPD, je einer der FDP, der DP/FVP und dem GB/BHE an. Dr. Hammer (FDP) verzichtete auf eine neue Kandidatur. Nicht mehr gewählt wurden: Dr. Berg (DP/FVP), Dr. Mörschel (CDU) und Dr. Reichstein (GB/BHE).
I.D.

Mortalität an Infektionskrankheiten in 5 Jahren um 50% gesenkt

Nach Berichten der Weltgesundheitsorganisation über 28 Staaten und Länder mit 564 Mill. Einwohnern — einem Sechstel der Weltbevölkerung — ist die Mortalität an Infektions- und parasitären Erkrankungen zwischen 1950 und 1955 um 50% gesunken. Die Zahl der dadurch

geretteten Leben beträgt nahezu 816 000, ebenso viel wie die Bevölkerung einer Stadt wie Washington oder Amsterdam.

Der Bericht umfaßt folgende Krankheiten: Tuberkulose, Syphilis, Paratyphus, Cholera, Dysenterie, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Meningococceninfektion, Pocken Masern, Typhus und Malaria. An der Spitze aller dieser Erkrankungen steht die Tuberkulose, die für dreiviertel aller Todesfälle durch Infektions- und parasitäre Erkrankungen bei Menschen über 15 Jahren verantwortlich ist. Den stärksten Rückgang der Sterblichkeit aller Krankheiten (83% weniger) zeigt der Keuchhusten.

Verkehrsunfall in Vöcklamarkt

Das Bezirksgericht Linz (Österreich) sucht in einer Strafsache (Verkehrsunfall, verbunden mit einer schweren Verletzung) als Tatzeugen einen noch unbekanntem Arzt aus Bayern, der am 15. 7. 1956, gegen 19 Uhr, mit seinem Kraftwagen an der Unfallstelle in Vöcklamarkt 206, Oberösterreich, vorbeikam und dabei sowohl den Unfall mit angesehen, als auch mit dem Schrankenwärter der oberösterreichischen Bundesbahn, Alois Hasengschwandner, Bahnposten Vöcklamarkt, über seine Wahrnehmungen gesprochen hatte. Bei dem Unfall handelte es sich um den Zusammenstoß zwischen einem PKW und einem Motorrad.

Zur restlosen Klärung der Schuldfrage bittet die Bayer. Landesärztekammer dem Ersuchen des obengenannten Gerichtes folgend, auf diesem Wege den Kollegen, der Zeuge des Unfalls war, seinen Namen mit Anschrift dem Bezirksgericht Linz, Abteilung 6c, unter Angabe des Aktenzeichens 6 c U 2265/56 bekanntzugeben.

22

Cefedrin*Tropfen · Sirup · Amp.*BRONCHITIS · ASTHMA
REIZHUSTEN
KEUCHHUSTEN

CEFAK KEMPTEN



Mustersatzung für die ärztlichen Kreisverbände

Der 10. Bayerische Ärztetag hat am 29. 9. 1957 eine Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände einstimmig beschlossen, deren Wortlaut nachstehend bekanntgegeben wird. Die Satzung ist nun von den zuständigen Mitgliederversammlungen zu beschließen. Sie wird mit Zustimmung der Bayerischen Landesärztekammer und mit Genehmigung der zuständigen Regierung wirksam.

§ 1

Der Ärztliche Kreisverband ist gebildet für den (die) Landkreis(e), (den Stadtkreis)

Er ist Körperschaft des öffentlichen Rechts und führt ein Dienstsiegel.

§ 2

(1) Der Ärztliche Kreisverband ist selbständiger Bestandteil der Berufsvertretung der Ärzte Bayerns.

Er hat die Aufgabe, innerhalb seines Bereiches die beruflichen Belange der Ärzte im Rahmen der Gesetze wahrzunehmen, das Erfüllen der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern und in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken. Er ist berechtigt, innerhalb seines Aufgabenbereiches Anfragen, Vorstellungen und Anträge an die zuständigen Behörden zu richten.

Der Ärztliche Kreisverband hat das Vermittlungsverfahren nach Art. 18 des Kammergesetzes durchzuführen.

(2) Der Ärztliche Kreisverband ist verpflichtet, Anfragen der zuständigen Behörden zeitgerecht zu beantworten und auf deren Verlangen Gutachten zu erstellen.

§ 3

(1) Der Ärztliche Kreisverband steht unter der Aufsicht der Bayer. Landesärztekammer und der Regierung von

(2) Die Regierung kann jederzeit Auskunft über die Verhältnisse und Beschlüsse des Ärztlichen Kreisverbandes verlangen.

(3) Die Beschlüsse der Vollversammlung und des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer sind für den Ärztlichen Kreisverband bindend.

Der Bayer. Landesärztekammer ist auf Anfragen Auskunft zu erteilen.

(4) § 2, Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 4

(1) Der Ärztliche Kreisverband ist berechtigt, zur Erfüllung seiner Aufgaben von allen Mitgliedern Beiträge zu erheben.

(2) Die Beitragshöhe ist in einer Beitragsordnung festzusetzen, die von den Mitgliedern des Ärztlichen Kreisverbandes zu beschließen ist. Sie wird mit der Zustimmung der Bayer. Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung von wirksam.

(3) Rückständige Beiträge sind nach Maßgabe des Art. 20 des Kammergesetzes beizutreiben.

§ 5

(1) Ordentliche Mitglieder des Ärztlichen Kreisverbandes sind alle zur Berufsausübung in Bayern berechtigten Ärzte, die sich in dem in § 1 genannten Bereiche niedergelassen haben oder sonst ärztlich berufstätig sind, weiterhin diejenigen Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben, aber in dem genannten Bereich ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthaltsort haben. Außerordentliche Mitglieder sind solche im genannten Bereich wohnende Personen, welche die ärztliche Prüfung bestanden haben, aber noch nicht als Ärzte bestellt sind (Medizinalassistenten).

(2) Die Mitgliedschaft ruht bei Verzicht auf die Ausübung des ärztlichen Berufes und für die Dauer der Untersagung.

(3) Die ordentliche Mitgliedschaft endet mit dem Tode,

dem Wegzug aus dem Bereiche des Ärztlichen Kreisverbandes, einer Zurücknahme der Bestallung oder einem Verzicht auf diese. Bei vorübergehender Abwesenheit bis zu sechs Monaten bleibt die Mitgliedschaft auch dann bestehen, wenn während dieser Zeit auch außerhalb des Bereiches des Kreisverbandes ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.

(4) Die außerordentliche Mitgliedschaft endet mit dem Tode, dem Wegzug aus dem Bereiche des Ärztlichen Kreisverbandes und der Bestallung als Arzt. Sie bleibt bestehen, wenn das außerordentliche Mitglied während der Medizinalassistentenzeit außerhalb des Bereiches des Ärztlichen Kreisverbandes tätig wird.

§ 6

(1) Alle Mitglieder des Ärztlichen Kreisverbandes sind verpflichtet, sich bei diesem persönlich sowie bei dem für sie zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Dem Ärztlichen Kreisverband sind dabei die Berechtigungsnachweise vorzulegen.

(2) Für außerordentliche Mitglieder gilt die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns sinngemäß.

§ 7

(1) Die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder des Ärztlichen Kreisverbandes sind berechtigt, an den Mitgliederversammlungen mit Antrags- und Stimmrecht nach Maßgabe dieser Satzung teilzunehmen sowie die Fortbildungs- und sonstigen Einrichtungen des Kreisverbandes in Anspruch zu nehmen.

(2) Den ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern steht das Recht zu, die Vorstandsmitglieder des Kreisverbandes und die Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer (Art. 11, Abs. 1 des Kammergesetzes) zu wählen. Als Vorstandsmitglieder des Kreisverbandes können alle Mitglieder, als Delegierte zur Bayer. Landesärztekammer nur ordentliche Mitglieder gewählt werden.

(3) Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied unter Vormundschaft oder Pflegschaft steht, sich in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet oder mit der Beitragsleistung für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne daß die Beiträge gestundet sind, und solange die Mitgliedschaft zum Ärztlichen Kreisverband ruht.

§ 8

Die Organe des Ärztlichen Kreisverbandes sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

§ 9

Der Mitgliederversammlung obliegt die Beratung und Beschlußfassung über alle grundsätzlichen Angelegenheiten aus dem Aufgabenbereich des Ärztlichen Kreisverbandes; insbesondere ist sie zuständig für die Aufstellung der Satzung, die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge, die Beschlußfassung über den Haushaltsplan und die Entlastung des Vorstandes.

§ 10

(1) Ordentliche Mitgliederversammlungen sollen nach Bedarf, jedoch mindestens zweimal im Jahr, stattfinden. Sie sind vom Vorsitzenden des Kreisverbandes einzuberufen. Dieser hat, wenn es erforderlich erscheint oder von mindestens einem Fünftel der Mitglieder (Anmerkung: für mehr als 500 Mitglieder zählende Kreisverbände ist die Zahl auf 100 zu beschränken) verlangt wird, eine außerordentliche Mitgliederversammlung einzuberufen.


(2) Die Einberufung der Mitgliederversammlung hat unter Angabe der Tagesordnung mindestens eine Woche vor ihrer Abhaltung durch schriftliche Einladung oder in sonst üblicher Weise zu erfolgen. Bei ordnungsgemäßer Einberufung ist die Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschlußfähig.

(3) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes, bei dessen Verhinderung der 2. Vorsitzende.

Infolge der Erkrankung des Referenten erfolgt der Bericht über den 10. Bayerischen Ärztetag am 27. bis 29. September in Lindau erst in der November-Nummer unseres Blattes

INSPIROL

freie Atemwege



(4) In der Mitgliederversammlung wird durch Handzeichen mit einfacher Mehrheit unter Nichtanrechnung von Stimmhaltungen beschlossen, soweit nicht von mindestens einem Fünftel der anwesenden Mitglieder schriftliche Abstimmung verlangt wird. Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

(5) Beschlüsse zur Satzungsänderung oder zur Abänderung von im gleichen Geschäftsjahr gefaßten Beschlüssen bedürfen einer Zweidrittelmehrheit der Anwesenden.

(6) Über die Beschlüsse ist eine Niederschrift zu fertigen, die vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und einem Protokollführer zu unterzeichnen ist.

§ 11

(1) Der Vorstand ist auf die Dauer von vier Jahren nach einer Wahlordnung zu wählen, die in einer Mitgliederversammlung beschlossen worden ist.

(2) Die Wahlordnung wird Teil dieser Satzung. Sie wird mit der Zustimmung der Bayer. Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung von wirksam.

(3) Die Zugehörigkeit zur Vorstandschaft oder zu Ausschüssen ruht oder endet für das betreffende Mitglied vor Ablauf der Amtsdauer beim Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 12 des Kammergesetzes.

§ 12

(1) Der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes besteht aus dem 1. und 2. Vorsitzenden und Beisitzern, deren Anzahl in der Wahlordnung bestimmt wird.

(2) Der Vorstand leitet die Angelegenheiten des Ärztlichen Kreisverbandes. Der 1. Vorsitzende, bei dessen Verhinderung der 2. Vorsitzende, vertritt den Kreisverband nach außen und vor den Gerichten. Er kann diese Vertretung im Benehmen mit den Mitgliedern des Vorstandes in besonderen Fällen auch einem anderen Vorstandsmitglied übertragen.

(3) Der Vorstand hat das Recht, zur Bearbeitung besonderer Fragen Ausschüsse zu bestellen.

(4) Der Vorsitzende leitet die Geschäftsstelle des Kreisverbandes. Er kann die Leitung mit Zustimmung des Vorstandes auch einem anderen Vorstandsmitglied übertragen. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 13

(1) Der Vorstand oder ein hierfür bestellter Ausschuß des Ärztlichen Kreisverbandes hat, wenn ein Mitglied des Kreisverbandes die Berufspflichten verletzt, dieses in leichteren Fällen zu belehren. Ändert das Mitglied trotz der Belehrung sein Verhalten nicht oder verstößt es wiederholt gegen die Berufspflichten, so ist die Angelegenheit dem Vorstand des Bezirksverbandes vorzulegen.

(2) Läßt sich ein Mitglied des Ärztlichen Kreisverbandes eine schwere Verfehlung gegen die Berufspflichten zuschulden kommen oder setzt es trotz einer nach Art. 19, Abs. 1 des Kammergesetzes verhängten Ordnungsstrafe sein berufswidriges Verhalten fort, so ist der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes verpflichtet, Antrag auf Einleitung eines berufsergerichtlichen Verfahrens zu stellen.

(3) Gehört der Arzt, dessen Verhalten beanstandet wird, einem anderen Ärztlichen Kreisverband oder der Ärztekammer eines anderen deutschen Landes an, so ist dem

zuständigen Ärztlichen Kreisverband oder der zuständigen Ärztekammer Mitteilung zu machen.

(4) Handelt es sich um einen beamteten oder sonst in Erfüllung öffentlich-rechtlicher Aufgaben tätigen Arzt, auf den eine Dienststrafordnung Anwendung findet, so ist, falls eine Erledigung nach Abs. 1 nicht möglich ist, dem Dienstvorgesetzten Mitteilung zu machen.

(5) Außerordentliche Mitglieder, die gegen ihre Pflichten nach § 6 Abs. 2 verstoßen, hat der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes in leichteren Fällen zu belehren. Im Wiederholungsfalle oder in schwereren Fällen kann der Vorstand gegen das außerordentliche Mitglied durch Beschluß eine Ordnungsstrafe bis zu DM 100.— verhängen.

(6) Ordnungsstrafen nach Abs. 2 und 5 fließen dem Ärztlichen Kreisverband zu.

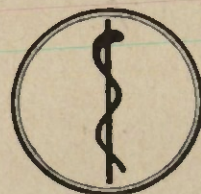
§ 14

(1) Die Tätigkeit des Vorstandes und der Ausschüsse des Ärztlichen Kreisverbandes erfolgt ehrenamtlich. Aufwands- und Reisekostenentschädigung sowie Ersatz für Zeitverlust werden nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung gewährt.

(2) Der Vorstand hat der Mitgliederversammlung innerhalb von drei Monaten nach Ende des Geschäftsjahres einen Geschäfts- und Kassenbericht zu erstatten.

Schutzabzeichen für zivile Ärzte

Auf Grund eines Beschlusses eines Gemeinschaftskomitees aus Vertretern des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes, des Internationalen Komitees für Militärmedizin und Pharmazie, des Weltärztebundes und eines Beobachters der Weltgesundheitsorganisation wurde das nebenstehende Abzeichen als Schutzabzeichen für zivile Ärzte vorgeschlagen und vom Weltärztebund anerkannt.



Der 60. Deutsche Ärztetag hat dieses Abzeichen anerkannt und seine Einführung allen seinen Mitgliedern empfohlen.

Katalog über lieferbare Isotope

Ein Katalog über die lieferbaren Isotope, die beim Atomkraftwerk in Harwell (England) erzeugt werden, erschien kürzlich in vierter Auflage. Den Hauptteil bildet eine Liste mit Angaben über Liefermöglichkeiten und Eigenschaften der Isotope. Dieser Teil ebenso wie derjenige mit Angaben über die im Zyklotron erzeugten stabilen Isotope ist erweitert worden und gibt nun auch Aufschluß über die Stoffe, die seit der Veröffentlichung der früheren Ausgaben des Katalogs lieferbar geworden sind.

Wissenswert ist ferner eine Darstellung der Dienstleistungen, die von der Isotopenabteilung in Harwell geboten werden, Aufschlüsse über Schutzmaßnahmen gegen gesundheitliche Schäden, über die Herstellung radioaktiver Isotope, die Einrichtungen der technischen Bestrahlungsgruppe in Harwell, die Normen für Radioaktivität und

FISSAN

Hämorrhoidal-

Salbe/Zäpfchen

G-W

eine Tabelle über die Energieveränderung der Beta- und Gammastrahlung bis zur Halbwertszeit.

Außerdem ist ein Sonderkatalog über natürlich radioaktive Stoffe, langlebige Spaltungsprodukte, „markierte“ Verbindungen (bei denen nur einige Atome radioaktiv sind) und andere Stoffe erhältlich, die eine Präparierung oder synthetische Herstellung erfordern.*) A. P.

*) Der erstgenannte Katalog ist vom Atom Energy Research Institute, Harwell, Didcot, Berkshire, zu beziehen, der Sonderkatalog vom Radiochemical Laboratory, Amersham, Buckinghamshire, England.

Synthetisches Virus

Fraenkel-Conrat gelang es, ein synthetisches Virus zu schaffen, indem er es aus den Aufbauanteilen zweier verschiedener Naturviren zusammengefügt hat. Er konnte einen „Virushybrid“ erzielen, der zusammengesetzt wurde aus dem nichtinfektösen Proteinbestand eines krankheitserregenden Virus und dem Nukleinsäureteil eines nichtkrankheitserregenden Virus. Dieses synthetische Virus wirkt immunisierend, ohne infizierende Wirkung zu haben. Das eröffnet Aussichten auf eine Umwälzung in der Immunologie und könnte zum Beispiel die Schutzimpfung in neue Bahnen lenken. MMW

Unfallchutzkarte

Im Wissenschaftlichen Beirat des Deutschen Grünen Kreuzes ist eine Unfallschutzkarte des Deutschen Grünen Kreuzes von den ersten Blutgruppen-Sachverständigen Deutschlands, unter Führung von Prof. Dr. med. Dahr, Göttingen, entwickelt worden. Damit ist nicht nur die Möglichkeit zur Eintragung von Blutgruppe und Rhesusfaktor gegeben, sondern auch die Aufnahme aller nötigen Angaben, die für den Unfallarzt im Falle einer Bluttransfusion von Bedeutung sind.

Neue Arzthonorare bei den Ersatzkassen

Die Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. über die Neufestsetzung der Gebühren für die ärztliche Tätigkeit sind abgeschlossen. Die Angestelltenersatzkassen haben einer Erhöhung der Gebühren für die Beratung, den Besuch und für eingehende Untersuchungen durch den Arzt um 20 bis 50% zugestimmt. Diese neue Honorarbemessung tritt gleichzeitig mit der Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze am 1. 10. 1957 in Kraft. Die Ausgaben der Angestelltenkrankenkassen werden sich voraussichtlich damit um etwa 15% erhöhen. GPK.

Neue Preugosätze bei der Postbeamtenkrankenkasse

Die neuen Gebühren der Preugo gelten bei der Postbeamtenkrankenkasse bereits ab 12. Juli 1957. Die Einsetzung der neuen Preugosätze erfolgt durch die Abrechnungsstellen, so daß sich an der Rechnungsstellung für die Kollegen nichts ändert.

Erhöhte Belastung der Krankenkassen

Das am 1. Juli 1957 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle, in der Praxis kurz „Lohnfortzahlungsgesetz“ genannt, hat den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem „Gemeinsamen Pressedienst der Krankenkassen“ nicht nur einen erheblichen finanziellen Mehraufwand, sondern auch eine beträchtliche Verwaltungsmehrarbeit gebracht. Nach dem Gesetz hat der Arbeitgeber dem erkrankten Arbeiter unter bestimmten Voraussetzungen bis zur Dauer von sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit einen Zuschuß in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen dem Krankengeld einschließlich der sozialen Zuschläge und 90 v. H. des Nettoarbeitsentgelts der letzten vier Wochen zu gewähren. Während einer Krankenhauspflege ist der Zuschuß in der gleichen Höhe zu leisten, wie er im Falle der Krankengeldzahlung zu leisten wäre. Um den danach zu zahlenden Zuschuß berechnen zu können, muß dem Arbeitgeber die Höhe des Krankengeldes nachgewiesen werden. Die Krankenkasse muß also entweder dem Arbeitnehmer oder dem Arbeitgeber unmittelbar eine Bescheinigung über die Höhe des während der Arbeitsunfähigkeit von ihr gezahlten Krankengeldes zur Verfügung stellen was dann noch besondere Mehrarbeit verursacht, wenn wegen über

zweiwöchiger Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder wegen erst späterer Anerkennung der Krankheit als Arbeitsunfähig oder Berufskrankheit für die — jetzt nur noch zwei — Karenztage zu Beginn der Erkrankung Krankengeld und Arbeitgeberzuschuß nachgezahlt werden müssen.

I. D.

Die Gebühren für die ärztlichen Sachverständigen

wurden durch das „Gesetz zur Änderung und Ergänzung kostenrechtlicher Vorschriften“, veröffentlicht, im Bundesgesetzblatt I Nr. 38 vom 6. August 1957, neu geregelt. I. D.

Starke Steigerung des Sozialeinkommens

Im ersten Halbjahr 1957 waren die Bruttolöhne und -gehälter um 8,4%, die Nettolöhne und -gehälter um 9,9% höher als im ersten Halbjahr 1956. Das Sozialeinkommen (Pensionen, Renten und Unterstützungen) erhöhte sich in diesem Zeitraum um 18%. Das gesamte Masseneinkommen (Nettolöhne und -gehälter sowie Sozialeinkommen) stieg vom ersten Halbjahr 1956 zum ersten Halbjahr 1957 um 11,8%. Demgegenüber ist die industrielle Produktion in diesem Zeitraum nur um 7,2% gewachsen. I. D.

Zu wenig Krankenpfleger

Der Vorsitzende des Bayer. Landesgesundheitsrats, Abg. Dr. Soennig (CSU) hat in einem Schreiben an den bayer. Kultusminister August Rucker unter Bezugnahme auf einen Hilferuf des Direktors der Chirurgischen Klinik der Universität München, Prof. Dr. Frey, den Verwaltungsausschuß der Universität München darauf aufmerksam gemacht, daß in dieser Klinik durch die Abwanderung von Krankenpflegern in den Dienst der Stadt München und der Bundeswehr wegen der dortigen Besserstellung hinsichtlich der Arbeitszeit und der Entlohnung ein Pflegenotstand eingetreten ist, den zu beseitigen ein Ausweg gefunden werden müsse. I. D.

Der Krebsbekämpfung

dienen acht Filme von 29 bis 49 Minuten Dauer, die die „American Cancer Society“ dem „Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung“ zur Verfügung gestellt hat. Sie dienen nicht der Laienaufklärung, sondern der wissenschaftlichen Ärztefortbildung. Die farbigen 16 mm Tonfilme (mit englischem Begleittext) wurden dem Institut für den wissenschaftlichen Film, Göttingen, Bunsenstraße 10 zur Aufbewahrung übergeben und können von dort gegen die übliche Unkostenentlastung entliehen werden. I. D.

Für spastisch gelähmte Kinder

soll durch einen Verein, der in München gegründet wurde, Hilfe geschaffen werden. In der Bundesrepublik kommt nach Schätzungen angeblich auf je 1000 Geburten ein Kind mit der Littleschen Krankheit. In England wurde vor 12 Jahren eine „National Spastic Society“ gegründet, die schon rund 160 Behandlungs- und Ausbildungsstätten, Spezialkindergärten usw. geschaffen hat. I. D.

Heim für rheumakranke Kinder

Das erste Heim für rheumakranke Kinder in der Bundesrepublik wird in Garmisch-Partenkirchen errichtet werden. Der erste Baustein ist eine 1000-Dollar-Spende aus Amerika. A. P.

Dank des Bundespräsidenten an die ADAC-Straßenwacht

500 000 Hilfeleistungen im deutschen Straßenverkehr

Bei der Besichtigung der 38. Internationalen Automobil-Ausstellung in Frankfurt a. Main sprach der Bundespräsident einer Abordnung der ADAC-Straßenwacht seinen Dank für die 500 000 Hilfeleistungen aus, die in diesen Tagen von der Organisation im deutschen Straßenverkehr geleistet wurde. Der ADAC war bei dieser Ehrung durch seinen Präsidenten Dr. Werner Endreß, den Vizepräsidenten Hans Bretz und den Generalsekretär Dr. Fritz Junghans vertreten.

Diese allen Kraftfahrern zugute kommende Einrichtung wurde im Spätherbst 1953 gegründet. Bereits im Mai 1954 konnten die ersten 50 Straßenwacht-Gespanne den Dienst auf den wichtigsten Autobahnen und Bundesstraßen aufnehmen. Heute sind fast 200 Straßenwachtfahrer allein im Außendienst tätig und betreuen ein



Migräne-Kranit-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum
Migräneanfälle u.
migräneartige Kopfschmerzen
KREWEL-WERKE, Eltorf b. Elm

Streckennetz, das 2293 km Autobahn und 3180 km Bundesstraßen, also insgesamt 5473 km Straße umfaßt. Die Straßenwachtmänner sind an jedem Tag, auch an Sonn- und Feiertagen, Tag und Nacht im Streckendienst tätig. Nicht nur ADAC-Mitgliedern, sondern allen Verkehrsteilnehmern steht die Hilfsbereitschaft der ADAC-Straßenwacht kostenfrei zur Verfügung. Das Straßenwachpersonal ist nach den Bestimmungen des Deutschen Roten Kreuzes in Erster-Hilfe-Leistung ausgebildet. Die ADAC-Straßenwachtgespanne sind offiziell als mobile Unfallhilfsstellen des DRK anerkannt.

Kampf um die Unabhängigkeit des Krankenhausarztes in Frankreich

Um die Unabhängigkeit des Krankenhausarztes wird in Frankreich gekämpft. Neuerdings forderte der Verband der Krankenhausverwaltungen, daß in Anbetracht der geplanten ganztägigen Arbeitsweise der Krankenhausärzte künftig den Verwaltungsdirektoren eine Auf-

Dauerschaden davonträgt? Bei Zwangsimpfungen, etwa gegen Pocken, haben die Gerichte aus dem Gesichtspunkt der „Aufopferung“ den Staat für verpflichtet erklärt, einem durch die Impfung erkrankten Kind eine angemessene Entschädigung zu zahlen.

Der Bundesgerichtshof hat jetzt in einem neuen Impfurteil (III ZR 212/55) einen derartigen Aufopferungsanspruch auch für solche Impfschäden bejaht, die nicht auf eine allgemeine Zwangsimpfung zurückzuführen sind.

Im Raum von Oldenburg war ein 11jähriges Kind im Zuge einer Tuberkuloseschutzimpfung in der Schule geimpft worden. Als Folge davon traten Entzündungen auf, die schließlich zu einer Versteifung des Hüftgelenks und zu einer Verkürzung eines Beines führten. Die Eltern des Kindes verlangten aus dem Gesichtspunkt der „Aufopferung“ eine Geldentschädigung. Das Land Nordrhein-Westfalen wandte jedoch ein, die Schutzimpfung sei freiwillig erfolgt und deshalb müßten die Eltern bzw. die geimpften Kinder das Risiko etwaiger Impfschäden selbst tragen.

Der Bundesgerichtshof entschied anders: Zwar habe es sich nicht um eine Zwangsimpfung gehandelt. Das Land Nordrhein-Westfalen habe aber die Eltern der für die Schutzimpfung in Frage kommenden Kinder einem solchen Gewissenszwang ausgesetzt, daß ihnen eine eigene Entscheidung über die Impfung nur noch der Form nach zugestanden habe. Man habe nämlich den Eltern in einem Merkblatt die zeitbedingte erhöhte Gefährdung ihrer Kinder durch diese heimtückische Krankheit vor Augen gehalten und die Impfung als gänzlich ungefährlich bezeichnet. Dadurch seien die Eltern in eine so schwere Gewissensnot geraten, daß nahezu alle Eltern ihre Kinder hätten impfen lassen. Wenn der Fall aber so gelegen habe, daß die Eltern nur noch der Form nach eine eigene Entschädigung über die Impfung ihrer Kinder fällen konnten, in Wirklichkeit jedoch unter dem Gewissendruck zur Impfung genötigt worden seien, dann sei auch ein Aufopferungsanspruch begründet.

Zur Klärung dieser tatsächlichen Voraussetzungen wies der Bundesgerichtshof das Oberlandesgericht Oldenburg an, noch einmal zu prüfen, in welchem Umfang und aus welchen Gründen die von dem Merkblatt angesprochenen Eltern ihre Kinder nicht haben impfen lassen. Für diese Feststellung genüge es, den Bezirk des Gesundheitsamtes zu überprüfen, in dem die Impfung des erkrankten Kindes vorgenommen worden sei.

RA Dr. G/DMI

Freies Wochenende 26. / 27. Oktober

sicht über das allgemeine dienstliche Verhalten der Ärzte (einschließlich der Chefarzte) zuerkannt werden soll. (Begründet wird dies mit der zivilrechtlichen Verantwortlichkeit des Krankenhauses für etwaiges Versagen seines Personals.) Diese Forderung richtet sich ausdrücklich auch gegen die Universitäts-Professoren in ihrer Eigenschaft als Klinikchefs. — Ein erster scharfer Protest kommt von den der Fakultät angehörigen Krankenhauschefs der Stadt Marseille, die im Gegenteil eine Stärkung der Stellung der Chefarzte forderten (und insbesondere darauf hinwiesen, daß ähnliche Tendenzen früher von der Intendantur gegen die Militärärzte herrschten, wobei jedoch aufkommende Mißstände schließlich dazu führten, daß in der Armee nun die Ärzte in ihrem Dienstbereich uneingeschränkt führen und das Verwaltungspersonal ihnen völlig untersteht). MMW

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Der Staat haftet für Impfschäden, auch bei freiwilligen Impfungen

Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes

Der Feldzug gegen die spinale Kinderlähmung stellt viele Eltern vor die Gewissensfrage, ob sie ihre Kinder gegen die heimtückische Krankheit impfen lassen sollen; denn der vorbeugenden Wirkung der Impfung steht die zahlenmäßig freilich verhältnismäßig geringe Gefahr gegenüber, daß die Impfung zu Gesundheitsschäden des geimpften Kindes führen kann. Wer aber haftet bei einer derartigen freiwilligen Impfung, wenn das Kind einen

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Adolf Klinge GmbH, München 23

Adolf Klinge GmbH, München 23

UPHA GmbH, Hamburg 20

Véal & Uhlmann, Frankfurt a. M.

Dr. Hommel's Chem. Werke, Hamburg 6

ROWA-Wagner KG., Köln/Rhein

Dr. Georg Henning GmbH, Berlin-Tempelhof

Ges. f. chem. Spezialpräparate mbH., Berlin SO 36

CONCORDIA Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Berlin-Zehlendorf

Bonomedie-Fabrik, München 19

Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft in Winterthur, München 23

bei Obstipation und

Dermatitiden:

Rp. Carilaxan-Tee
Stada

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

8. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

vom 8.—10. November 1957

veranstaltet von der BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. MEYTHALER

Tagungsort: Messehaus der Stadt Nürnberg am Stadtpark. Thema der Tagung: „Therapie der Neuzeit“.

Freitag, den 8. November 1957

9.00 s. t.: Beginn der Tagung

9.00—9.30: Eröffnung der Tagung

9.30—10.15: Prof. Dr. SCHULZ

Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik Leipzig:

Die Geriatrie in der inneren Medizin

10.15—11.00: Prof. Dr. WISKOTT

Direktor der Universitäts-Kinderklinik München:

Die Anwendung von Hormonen im Kindesalter

11.00—11.30: PAUSE

zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung
Restaurant im Hause

11.30—12.15: Prof. Dr. SCHMENGLER

Chefarzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bad Reichenhall:

Neuere Anschauungen über Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale

12.15—13.00: Prof. Dr. HEGEMANN

Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen:

Beurteilung und Behandlung akuter Blutungen aus Speiseröhre und Magen

Diskussion

MITTAGSPAUSE

Restaurant im Hause

15.00 s. t.: Beginn

15.00—15.30: Dr. Dr. KOCH

Leiter des Biologischen Institutes der Firma Dr. Madaus, Köln:

Tierexperimentelle Befunde am Gefäßsystem der Niere während der Harnsteinbildung mit Film-Demonstration

15.30—15.45: Dr. BRINKMANN

Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn:

Das postoperative Harnsteinrezidiv und die Möglichkeiten seiner Prophylaxe

15.45—16.15: PAUSE

zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung
Restaurant im Hause

16.15—16.45: Priv. Dozent Dr. HACKETHAL

Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen:

Die Behandlung des Sudeckschen Syndroms

16.45—17.00: Dr. GREGL

Strahleninstitut der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen:

Leberschutztherapie bei der Behandlung des Strahlensyndroms

17.00—17.15: Prof. Dr. LITZNER

Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Wolfenbüttel

Erfahrungen mit der Injektionstherapie des Placentans

Diskussion

Filmvorführung:

„Die Forschung sichert unsere Zukunft“
(Farbwerke Hoechst AG, Frankfurt a. M.)

Samstag, den 9. November 1957

9.00 s. t.: Beginn der Tagung

9.00—9.45: Prof. Dr. PIERACH

Chefarzt des Konitzkystiftes Bad Nauheim:
Therapie und Prophylaxe von Herz und Kreislauf

9.45—10.45: Prof. Dr. RATSCHOW

Chefarzt der Medizinischen Klinik Darmstadt:
Grundlagen der modernen Therapie bei Gefäßkrankheiten

(Kritische Erörterung zum Film der Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen:

„Die peripheren Durchblutungsstörungen“)

10.45—11.15: PAUSE

zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung
Restaurant im Hause

11.15—12.00: Prof. Dr. HAHN

Direktor des Pharmakologischen Institutes der Medizinischen Akademie Düsseldorf

Der heutige Stand in der Frage der Analeptica

Diskussion

Prof. Dr. PODLESCHKA

Vorstand der Frauenklinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

Einführende Worte zu folgenden Filmvorführungen:

„Chirurgische Behandlung der Sterilität der Frau“

(C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim/Rhein)

„Vitaminmangel und Schwangerschaft“

(Deutsche Hoffmann-La Roche AG., Grenzach/Baden)

MITTAGSPAUSE

Restaurant im Hause

15.00 s. t.: Beginn

15.00—15.40: Prof. Dr. HOFMANN

Leiter der Staatl.-bakteriologischen Untersuchungsanstalt Regensburg:

Milch und Tuberkulose

15.40—16.10: Prof. Dr. ESSER

Oberarzt am Universitäts-Röntgeninstitut Mainz:

Zur Röntgenologie der Lungentuberkulose

16.10—16.40: PAUSE

zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung
Restaurant im Hause

RECORSAN**die älteste Herzsalbe**

Seit 4 Jahrzehnten bewährt.

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

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN-GRÄFELFING

16.40—17.20: **Dr. Dr. HACKMANN**

Institut für experimentelle Pathologie der
Farbenfabriken Bayer, Wuppertal-Elberfeld:
**Fortschritte der Geschwulstforschung und ihre
Bedeutung für die Therapie**

Diskussion

Filmvorführung:

„Forschung und Leben“

(Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen)

Sonntag, den 10. November 1957

9.00 s. t.: Beginn der Tagung

9.00— 9.40: **Prof. Dr. MELLINGHOFF**

Chefarzt der Medizinischen Klinik der Städt.
Ferdinand-Sauerbruch-Krankenanstalten
Wuppertal-Elberfeld:

**Moderne Therapie des Diabetes mellitus
Zur Diskussion aufgefordert:**

9.40— 9.55: **Prof. Dr. MOHNIKE**

Diabetikerheim Garz und Karlsruhe:

Über Diabeteskomplikationen9.55—10.10: **Dr. STRATMANN**

Diabetikerheim „Haus Berg“ Stuttgart:

**Über Spätversager und über kombinierte Be-
handlung des Diabetes mellitus**

10.10—10.40: PAUSE

zum Besuch der pharmazeutischen und medi-
zinisch-technischen Industrie-Ausstellung
Restaurant im Hause

10.40—11.10: **Priv.-Dozent Dr. MARKOFF**

Chefarzt der Medizinischen Abteilung des
Kantonspitals Chur/Schweiz:

**Diagnose und Behandlung des partiellen und
totalen Verschlusses der Gallenwege**

11.10—11.40: **Priv.-Dozent Dr. ALLGÖWER**

Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des
Kantonspitals Chur/Schweiz:

**Zur Diagnose und Behandlung des partiellen
und totalen Verschlusses der Gallenwege von
chirurgischer Seite aus gesehen**

11.40—12.20: **Prof. Dr. VONKENNEL**

Direktor der Universitäts-Hautklinik Köln:

**Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten
Diskussion**

Bitte beachten

1. **Anmeldung** erbeten bis spätestens 1. November 1957
an den Leiter der Tagung:

Prof. Dr. MEYTHALER, Nürnberg, Flurstraße 17.

2. **Tagungsgebühr:** DM 15.—**Tageskartengebühr:** DM 10.—

Ärzte ohne regelmäßiges Einkommen und Jungärzte
entrichten nur einen Unkostenbeitrag von DM 5.—. Für
ostzonale Kollegen Eintritt frei.

Die Überweisung der Tagungsgebühr bitten wir vor-
zunehmen an: Bayer. Landesärztekammer München,
Postscheckamt München Nr. 5252 mit dem Vermerk:
Tagungsgebühr für 8. Wissenschaftliche Ärztetagung
in Nürnberg. Zustellung der bezahlten Teilnehmer-
karten erfolgt umgehend durch das Sekretariat der
Tagungsleitung.

3. **Quartierbestellung:** Verkehrsverein Nürnberg, Haupt-
bahnhof, Westhalle (Aki).4. **Ausstellung** der pharmazeutischen und medizinisch-
technischen Industrie findet in größerem Umfange
statt. Die Tagungsleitung bittet die Teilnehmer um
regen Besuch der Ausstellung.5. **Auskunft** jeglicher Art wird im Tagungsbüro am Ein-
gang des Messehauses erteilt.**Klinische Demonstrationen**

werden laufend in kleineren Gruppen während der gan-
zen Tagung in der II. Medizinischen Klinik der Städt.
Krankenanstalten Nürnberg, Flurstraße 17, abgehalten.

1. **Klinische Visiten** in kleinen Gruppen

Oberarzt Dr. LAHMANN

2. **Cardiologische** Untersuchungsmethoden

(Herzkatheterismus und Angiocardiographie)

Dr. HAGGENMILLER jun. und Dr. HEGELEIN

3. Teilnahme durch Fernsehübertragung an

Herz- und Lungenoperationen

Prof. Dr. FRANKE

4. **Diabetes-Therapie** am Krankenbett

Oberarzt Dr. HOFER und Dr. SCHEUBLE

5. **Therapie maligner inoperabler Tumoren** und Blut-
krankheiten am Krankenbett

Dr. Hanna FISCHER, Dr. WEILER

6. **Therapie der Poliomyelitis** am Krankenbett, zugleich
mit Demonstration sämtlicher künstlicher Beatmungs-
geräte

Fräulein ALBRECHT, Schwester GERDA

7. **Therapie von Lebererkrankungen** am Krankenbett

Oberarzt Dr. HOFER

8. **Demonstration: Laparoskopie** und Gastroskopie

Dr. MÜLLER und Dr. HÄUPLER

9. **Sauerstoffinsufflation** mit Demonstration

Dr. SCHEUBLE

OPEL-HAUSLERGROSSHÄNDLER
DER ADAM OPEL A.G.

MÜNCHEN 12

LANDSBERGER STRASSE 83-87

TELEFON 55 86 31

AUSSTELLUNGSRAUM: MÜNCHEN 2 · LENBACHPLATZ 4 · TEL. 55 24 14

OPEL-KUNDENDIENSTSTATIONEN

MÜNCHEN-OST: M 8 · AUSSERE WIENER STRASSE 45 · TEL. 4 52 16

MÜNCHEN-WEST: MU-OBERMENZING · VERDISTRASSE 96 · TEL. 8 20 50

MÜNCHEN-SÜD: GRÜNWALD · SÜDL. MÜNCHNER STRASSE · TEL. 47 10 50





Mallebrin

Chlor u. Sauerstoff abspaltendes
Adstringens u. Antisepticum
Gurgeln - Spülungen
Wundbehandlung
KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

Fachausschuß Medizin der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation

Der Termin der Vortragstagung des Arbeitsausschusses Medizin der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation mußte vom 23. 10. 1957 auf den 13. 11. 1957 verlegt werden. Tagungsort ist das neue Amerikahaus, München, Karolinenplatz. Näheres: Dr. O. Nacke, Bielefeld, Stapenhorststraße 62.

Tagung der Bayerischen Röntgenvereinigung

Die zweite Tagung 1957 der Bayerischen Röntgenvereinigung findet am 14./15. Dezember in München statt. Als Hauptthemen sind vorgesehen: Praxis der Siebbestrahlung (Technik, Dosen, Fraktionierung usw.). — Knochengeschwülste (Diagnose, Therapie). — Lungendiagnostik (Differentialdiagnose der Rundherde, der Pseudotuberkulose usw.). — Vorbereitung zur Cholecystographie (Notwendigkeit der absoluten Nahrungskarenz?). — Zur Urographie, insbesondere zur Frage der Compression. — Schutzfilterung in der Röntgendiagnostik. Auskunft und ev. Vortragsanmeldungen: Stadtobermedizinalrat Dr. Alfons Jakob, 1. Vorsitzender der Bayerischen Röntgenvereinigung, Nürnberg, Flurstraße 17, Städt. Krankenanstalten.

VII. Internationaler Krebskongreß 1958

Für den vom 6. bis 12. Juli 1958 in London stattfindenden VII. Internationalen Krebskongreß sind die Anmeldungen bis 1. Januar 1958 an das Congress Office, 45 Lincoln's Inn Fields, London, W. C. 2, zu richten.

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 Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Oktober

- 20.—25. in Frankfurt a. M.: Deutscher Röntgenkongreß 1957. Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Dr. B. Rajewsky. Auskunft: Privat-Dozent Dr. R. Kraus, Frankfurt a. M., Kaulbachstraße 54
- 26.—27. in Bad Oeynhausen: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und physikalische Therapie. Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, Bad Salznflen, Bäderwissenschaftliches Institut.

27. in Frankfurt a./M.: 5. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie und Medizinische Kosmetik. Auskunft: Dr. Naernbergk, Frankfurt a./M., Rathenaploz 1.
- 28.—30. in Frankfurt a. M.: II. Kongreß der Deutschen Zeitschrift für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt a. M., Mendelssohnstraße 42.
- 29.—31. in Münster/Westf.: 3. Internationale Staublungenkongreß. Auskunft: Dr. W. Klosterkötter, Münster/Westf., Westring 10.

Oktober/November

- 28.—8. in Neutrauchburg über Isoy: 1. Fortbildungskurs (Zweikurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauchburg über Isoy/Allg.

November

- 5.—8. in Gießen: Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Gießen, Patholog. Institut, Klinikstraße 32g.
- 4.—9. in München: Einführungskurs über die wichtigsten Tropenkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. A. Herrlich, Institut für Infektions- und Tropenmedizin der Universität; München, Mühlstein 9, Am Neudeck 1 (Boyer. Laodesimpfstation).
- 8.—10. in Nürnberg: 8. Wissenschaftliche Arztetagung unter der Leitung von Prof. Dr. Meythaler. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.
15. in München: Arbeitsausschuß Medizin der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation. Auskunft: Dr. O. Nacke, Bielefeld, Stapenhorststraße 62.

November/Dezember

- 25.—4. in Neutrauchburg über Isoy: 2. Fortbildungskurs (Dritt-kurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauchburg über Isoy/Allg.

Dezember

- 3.—7. in Gießen: Fortbildungskurs für Fachärzte der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Teilnehmerzahl beschränkt). Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Gießen, Patholog. Institut, Klinikstraße 32g.
- 9.—20. in Neutrauchburg über Isoy: Ausbildungsabschluß (Viert-kurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauchburg über Isoy/Allg.

AUSLAND

Oktober

- 18.—20. in Wien: Internationales Chirurgetreffen veranstaltet von der Sektion Austria des International College of Surgeons unter Teilnahme der Sektionen Deutschland, Holland und der Schweiz. Auskunft: Prof. Dr. F. Mandl (Sekretär der Sektion Austria), Wien I, Reichsrathstraße 11.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

LORENZ

Kurzwellen-Therapie
Celotherm 7 S mit Resonanz-Automatik
Gütezeichen der Physik.-Techn. Bundesanstalt



Druckschrift Nr. 330 durch C. Lorenz AG, Stuttgart-Zuffenhausen

19.—26. in Paris: 1. Internationaler Kongress für Allergologie. Auskunft: Dr. B. N. Halpero, 197, Bd. St. Germain, Paris 7e November 1957;

9.—10. in Innsbruck: 11. Klinisches Wochenende der Medizinischen Universitäts-Klinik. Thema: „Häufige internistische Fehldiagnosen“. Auskunft: Medizinische Universitäts-Klinik Innsbruck.

11.—16. in Innsbruck: 4. Fortbildungskurs in praktischer Elektrokardiographie der Medizinischen Universitäts-Klinik Innsbruck. Auskunft: Klinik-Kanzlei der Medizinischen Universitäts-Klinik, Innsbruck, z. H. v. Frau M. Jesernik.

AUS DER FAKULTÄT

München: Der Privatdozent für „Röntgenologie und Strahlenheilkunde“, Dr. Max Pöschl, wurde mit ME Nr. V 45996 vom 21. 9. 1957 zum außerplanmäßigen Professor in der Med. Fakultät ernannt.

Der Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. Josef Schuck, wurde mit ME Nr. V 60391 vom 13. 9. 1957 zum außerplanmäßigen Professor in der Med. Fakultät ernannt.

Der Privatdozent für „Dermatologie und Venerologie“, Dr. Hans-Wolfgang Spier, wurde mit ME Nr. V 60233 vom 23. 9. 1957 zum außerplanmäßigen Professor in der Med. Fakultät ernannt.

Würzburg: In der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg wurde am 30. Juli 1957 der Privatdozent für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ Dr. med. Hansheinz Naumann zum apl. Professor ernannt.

Zu Privatdozenten ernannt wurden die wissenschaftlichen Assistenten: Dr. med. Hans-Joachim Hufschmidt für Neurologie, insbesondere für Neurophysiologie; Dr. med. Paul Polzien für Innere Medizin; Dr. med. Waldemar Wahren für Neurologie, insbesondere Neuroanatomie; Dr. med. Friedrich Niendorf für Gynäkologie und Geburtshilfe.

PERSONALIA

Prof. Dr. phil. Dr. med. h. c. Dr. med. vet. h. c. Adolf Butenandt, Ordinarius für physiologische Chemie und Direktor des Physiologisch-chemischen Instituts und des Max Planck-Instituts für Biochemie in München, erhielt von der Philosophischen Fakultät der Universität München die Würde eines Ehrendoktors.

Der Direktor des Pathologischen Instituts der Universität München und Dekan der Medizin.-Fakultät der Uni-

versität, Prof. Dr. Walter Büngeler, wurde von der Deutschen Ibero-Amerika-Stiftung zum Senator der Deutsch-Ibero-amerikanischen Ärzte-Akademie ernannt.

Prof. Dr. Georg Hohmann, München, erhielt den Ehrendoktorgrad der Medizin. Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Prof. Dr. Alfred Marchionini, Direktor der Dermatologischen Klinik in München, ist anlässlich des Internationalen Dermatologenkongresses in Stockholm zum Vorstand der Internationalen Dermatologischen Gesellschaft gewählt worden.

Reg.-Med.-Rat Dr. med. Jos. Schmidt, bisher Arzt an den Strafanstalten München, wurde zum Direktor des Städtischen Gesundheitsamtes Augsburg berufen.

Der emeritierte ordentl. Professor für Innere Medizin, Dr. Wilhelm Stepp, begeht am 20. 10. 1957 seinen 75. Geburtstag.

Prof. Dr. Richard Wagner, Ordinarius für Physiologie und Direktor des Physiol. Instituts der Universität München, wurde zum Präsidenten der Deutschen Physiologischen Gesellschaft gewählt.

IN MEMORIAM

Der emeritierte ordentl. Professor für Chirurgie und Leiter der Maria-Theresia-Klinik in München, Dr. Max Lebsche, ist am 22. 9. 1957 im 71. Lebensjahre in München gestorben. Wir werden in einer der nächsten Nummern eine ausführliche Würdigung des Verstorbenen bringen.

Der Leiter der medizinischen Abteilung des Bundesinnenministeriums, Dr. Friedrich Koch, ist am 7. Oktober 1957 plötzlich im 64. Lebensjahr gestorben. Eine Trauerfeier fand am 10. Oktober im Bundesinnenministerium in Bonn statt, seine Bestattung erfolgte am 11. Oktober in Darmstadt.

Dr. Koch gehörte dem Vorstand der Bundesärztekammer und dem Präsidium des Deutschen Ärztetages an. Er fehlte auf keinem Deutschen Ärztetag und fühlte sich der Ständevertretung der Ärzteschaft eng verbunden.

Der frühere Vorsitzende der Ärztekammer Hamburg, Dr. Erich Röper, Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten, starb am 15. September d. J. im 74. Lebensjahr. Er gehörte nach den beiden Weltkriegen zu den ersten, die wieder an den Aufbau der ärztlichen Organisationen gingen, und war außerdem Mitglied der Hamburger Bürgerschaft.

Chinaspin[®]

0,03 g Chinindihydrochlorid und 0,25 g Aspirin[®]

Zur Kupierung von Grippe und Erkältungskrankheiten

® Reg. Wz.

»Bayer« Leverkusen



RUNDSCHAU

„Teures Rezept“

Unter dieser Überschrift brachten wir in der letzten Nummer des BÄBl. eine Glosse der „Hamburger Morgenpost“, in der die Arzneimittelpreise in Zusammenhang gebracht werden mit den Werbemethoden der pharmazeutischen Industrie. Die Schriftleitung erklärt hierzu ausdrücklich, daß die unter der Rubrik „Rundschau“ erscheinenden Veröffentlichungen keinerlei Stellungnahme weder des Herausgebers noch der Schriftleitung enthalten. Sie sollen nur einen Überblick geben über die verschiedenen Stellungnahmen einzelner Presseorgane zu bestimmten Themen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. übermittelt uns zur Sache eine Erklärung, die wir nachfolgend wiedergeben.

Die Schriftleitung

Zu der in Ihrem Heft 9/1957 aus der „Hamburger Morgenpost“ nachgedruckten Glosse „Teures Rezept“ erklären wir folgendes:

1. Ein Arzt, der jede ihm zugegangene Musteranforderungskarte zur Bestellung von Arzneimustern verwenden würde, muß damit rechnen, daß sein Name bald in die „Musterjägerkartei“ unserer Organisation eingetragen wird. Damit wird dieser Arzt automatisch keine Arzneimuster mehr erhalten. Außerdem schreibt die ärztliche Berufsordnung für Bayern in § 22 Abs. 2 dem Arzt vor, daß er „Ärztmuster nur in einem für die Kenntnis oder Erprobung des Mittels notwendigen Umfang anfordern und verwenden darf“. Aus beiden Gründen ist es also unmöglich, daß sich ein praktischer Arzt innerhalb eines Vierteljahres kostenlos ein Heilmittellager im Werte von DM 3000 anlegen könnte.

2. Der Preisindex für das deutsche Arzneimittel liegt, verglichen mit dem Jahre 1938, noch immer bei ca. 125! Kein Markenartikel in Europa ist seit der Vorkriegszeit weniger im Preis gestiegen als das deutsche Arzneimittel.

3. Die Bundesregierung hat es gar nicht nötig gehabt, die „mächtige pharmazeutische Industrie“ wegen Erlasses eines Bundesarzneimittelgesetzes „anzurühren“. Die deutsche pharmazeutische Industrie ist der Bundesregierung und dem Bundesparlament zuvor gekommen. Sie hat nämlich bereits im Oktober 1950, also vor sieben Jahren, dem damaligen Bundesinnenministerium den Entwurf für ein Arzneimittelherstellungsgesetz eingereicht. Dies führte zu einem Entwurf von ministeriellen Grundsätzen für ein Arzneimittelherstellungsgesetz, die seinerzeit auch zwei Jahre lang beraten, schließlich aber in den bewußten Schreilbischen der Ministerialbürokratie versenkt worden sind. — Als dann Anfang Dezember 1955 der zweite Bundestag durch einstimmigen Beschluß von der Bundesregierung bis zum 30. Juni 1956 den Entwurf für ein Arzneimittelgesetz verlangte, hat die pharmazeutische Industrie sofort am 13. Dezember 1955 vor der Bundespressekonferenz in Bonn ihre Genugtuung über den Beschluß, sowie ihre wesentlichen und alten Forderungen für ein solches Gesetz vorgetragen. Dieselbe Industrie hat bei den sich anschließenden Vorarbeiten zum Arznei-

mittelgesetz gemeinsam mit anderen sachkundigen Organisationen mitgearbeitet bis Ende Dezember 1956.

4. Das Arzneimittelgesetz ist nur deshalb zu einem „heißen Eisen“ geworden, weil sich Bundesinnen- und Bundeswirtschaftsministerium über drei grundsätzliche Fragen nicht einigen konnten. Schließlich scheiterten die Bemühungen um das Gesetz auf der Staatssekretär-Ebene daran, daß der Bundeswirtschaftsminister in der — übrigens von allen Fachkreisen gebilligten — Haltung des Bundesinnenministers eine Schmälerung des Grundsatzes der Gewerbefreiheit erblicken wollte.

5. Die pharmazeutische Industrie der Bundesrepublik und West-Berlins, die Bundesärztekammer und die Bundesapothekerkammer haben über alle wesentlichen Fragen zum Arzneimittelgesetz eine erfreuliche Übereinstimmung erzielt. Wenn es nach diesen drei Berufsgruppen gegangen wäre, hätte der zweite Bundestag ein Arzneimittelgesetz beschlossen. — Wir hoffen auf den dritten Bundestag.

Köln, den 4. Oktober 1957.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.
Pressestelle

Die Blamage des Gesetzgebers. (Industriekurier, Dsdf, 29. 8. 57): — Auszug — ... Ist nun aber wegen des derzeitigen hohen Krankenstandes etwas ausgesagt über die gesellschaftliche Haltung der Arbeiterschaft? Kann man wirklich von einer Blamage des angeblich „verbürgerlichten“ Arbeiters reden? Wir meinen nein. Es gibt ähnliche Neigungen zum Krankfeiern auch bei dem Heer der im Angestelltenverhältnis stehenden Hilfskräften, und abgesehen davon, kann die beim Angestellten anzutreffende größere Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz durch die oft noch größere Verantwortung und Einsicht in die Situation des Betriebes nicht dem in einem völlig anderen Arbeitsrhythmus stehenden Arbeiter zur Last gelegt werden. Vielmehr wäre es Aufgabe des Gesetzgebers gewesen, diese Unterschiede durch entsprechende Regelungen unterschiedlich zu berücksichtigen. Er also, nicht der Arbeiter ist blamiert.

Darüber hinaus aber spiegeln die gegenwärtigen Vorgänge an den Schaltern der Krankenkassen für den begrenzten Sektor der Arbeiterschaft nur das wider, was in anderen Erscheinungsformen sich auch für andere Schichten der Gesellschaft nachweisen läßt, nämlich die Tatsache, daß es um unsere Loyalität zum Staat im allgemeinen und zu seinen Wohlfahrtsinstitutionen im besonderen schlecht bestellt ist. Der hohe Staatsbeamte, der mit dem vielfachen Verdienst des Arbeiters und staatlicher Wohnungszulage von 200 DM eine nicht für ihn gebaute Sozialwohnung mit 52 DM Wohnungsmiete bewohnt, der Minister, der seine Kinder mit einem Krankenschein zum Arzt schickt, sie alle nutzen die Sozial-einrichtungen nicht weniger aus als jener junge Hüttenarbeiter, der während seiner Krankheit an einem Vespas-Rennen von Schweden nach Duisburg teilnahm. Ja, während es diesem offenbar recht leicht gemacht wurde, trotz großer sportlicher Leistungsfähigkeit eine Krankheit vorzutäuschen, handeln jene anderen besonders verwerflich, weil sie über die nötige Einsicht verfügen sollten, die bei dem Arbeiter nicht immer vorausgesetzt werden kann. — Aber eben mit dieser

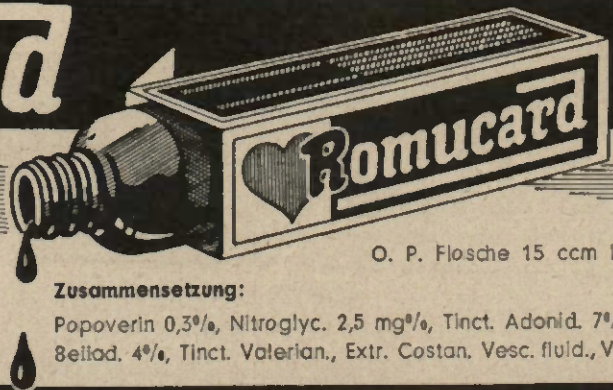
Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung.

Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZÉUT. FABRIK · ESTING 6/MÜNCHEN



O. P. Flosche 15 ccm DM 1,50

Zusammensetzung:

Popoverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Costan. Vesc. fluid., Vit. B u. C



ISOPROCHIN

gegen *Grippe*
und
Erkältungskrankheiten

L. MERCKLE & CO. G.M.B.H. BLAUBEUREN

Einsicht und dem Verantwortungsbewußtsein ist es nicht weit her. Systematisch hat der Staat den Verantwortungsbereich des einzelnen eingeeengt, indem er ihm Schritt für Schritt Sorgen und Risiken abgenommen hat. Gleichzeitig wird ihm seit Jahr und Tag eingehämmert, daß der Staat noch nicht genug für ihn tue, daß wir von dem grundgesetzlich garantierten „Sozialstaat“ noch weit entfernt seien. Nun plötzlich wundert man sich, daß das Pflichtbewußtsein verkümmert ist und die Tendenz, es sich auf Kosten anderer bequem zu machen, immer größer wird und beellt sich, von den notwendigen sozialpädagogischen Ergänzungsmaßnahmen zu sprechen, mit deren Hilfe wir einst in den Stand gesetzt werden sollen, von der Wohlfahrt den rechten Gebrauch zu machen. Es bedarf aber keiner pädagogischen Erfahrung, um vorauszusehen, daß alle Erziehungsversuche bestenfalls partielle Erfolge zeitigen können, solange die Entwicklung im großen auf eine immer weitere Entmündigung des einzelnen hinausläuft mit der Kehrseite, daß die daraus resultierende wachsende Beitrags- und Steuerlast die Entfremdung zwischen dem Staat und seinen Bürgern noch vertieft. Die Loyalität der Bürger, die der Wohlfahrtsstaat voraussetzen muß, geht auf diese Weise in gleichem Maße verloren wie die moralische Autorität des Staates, der dem einzelnen nur noch als kontrollierende Bürokratie gegenübertritt.

10 Millionen DM für ein Bad. — LVAen wollen Eilsen renovieren. (Hbg. Abendblatt, 7. 9. 57): Mit einem Aufwand von 10 Millionen DM wollen die Landesversicherungsanstalten Berlin und Hannover Bad Eilsen renovieren, um hier zukünftig Sozialversicherte als Kurgäste unterzubringen. Die LVAen haben das Bad für 5 Millionen DM nach über zweijähriger Verhandlung von Fürst Wolrad von Schaumburg-Lippe erworben. — Außer den Kuranlagen mit den sieben Quellen, dem Kurmittelhaus, einem über 12 Hektar großen Kurpark (die Binnenalster ist 18 Hektar groß) und dem früheren „Fürstenhotel“ gehören auch noch das „Badehotel“, ein Penslonsheim und eine Gärtnerei zu dem erworbenen Badezentrum. — Die Landesversicherungsanstalten wollen für Bad Eilsen eine Betriebsgesellschaft schaffen und in den Hotels laufend 430 Sozialversicherte unterbringen. Das Kurmittelhaus bleibt trotz des Kaufs auch allen anderen Bade Gästen zugänglich. Damit ist gewährleistet, daß auch weiterhin Kuren für jeden Erholungssuchenden in Bad Eilsen möglich sind.

Eine Bundeswehrabteilung, die dort Quartier bezogen hatte, wo früher Einheiten des britischen Luftwaffenhauptquartiers

für Deutschland lagen, wird das Bad in Kürze wieder verlassen. Nach Ansicht von Bürgermeister Hofmeister passen Kurort und Garnison schlecht zueinander. — Die LVAen wollen in Bad Eilsen einen Grundgedanken der Rentenreform verwirklichen und hier nicht nur die Gesundheit ihrer Versicherten wiederherstellen, sondern durch vorbeugende Behandlung ihre Arbeitskraft erhalten. 1794 hatte die Gründerin des Bades, Fürstin Juliane, bei der Eröffnung des ersten Badehauses gefordert, daß Bad Eilsen „dem Wohle der gesamten Menschheit“ zu dienen habe.

Das unglückselige Dreiecksverhältnis Arzt—Kasse—Patient. (Münchener Merkur, v. 7./8. 9. 57): Dr. Dr. v. Gugel, 1. Vorsitzender des Verbandes der Ärzte, München, Königinstraße, schreibt: „Dankenswerterweise haben Sie in Ihrem Artikel — s. Deutsches Zeit-Archiv Nr. 70 — ... an die Unterbewertung der ärztlichen Leistung erinnert. Leider kommt darin nicht zum Ausdruck, daß diese Mißstände in dem gegenwärtigen System begründet sind, bei dem die ärztliche Hilfe als Sachleistung von den Krankenkassen gestellt wird. Solange das Gesetz verlangt, daß die Kasse die ärztliche Hilfe gewähren muß, wird es Unklarheiten und Differenzen geben. Es ist hier sozusagen ein Laie verpflichtet, eine Leistung zu vollbringen, die er selbst nie leisten kann. Die Kasse braucht also die Hilfe des Fachmannes, des Arztes. Die Ärzteschaft ihrerseits ist darauf angewiesen, sich mit den Kassen zu vereinbaren, die das Monopol der Betreuung ihrer Versicherten erhalten haben. — So entsteht jenes unglückselige Dreiecksverhältnis, das die Beziehung Arzt — Patient entpersönlicht und einen ständigen Zwist zwischen Kasse und -ärzten nach sich zieht. Dies beruht darauf, daß das Honorar der Kassenärzte auf Grund von Faktoren (Grundlohnsomme, wirtschaftliche Lage der Kasse) errechnet wird, die in keinerlei Beziehung zum Ausmaß der ärztlichen Leistung stehen. Es wird hier eine Art Quadratur des Kreises versucht. Die Gebührenordnungen, nach denen vergütet zu werden der Arzt das Recht hat, werden zu reinen Richtlinien degradiert. Der Arzt erhält nur einen Bruchteil dessen, was er erarbeitet hat.“

Bei der Reform der sozialen Sicherung im Krankheitsfalle sollte endlich dieses mißglückte System verlassen und zur echten und unmittelbaren Leistungsvergütung der Ärzte zurückgekehrt werden können. Dabei sollte angestrebt werden, daß der Kassenpatient seinen Arzt entsprechend den gesetzlichen Tarifen selbst honoriert und dann den vorgeschossenen Betrag von der Kasse zurückfordert. Dadurch



R-MALLEBRINETTEN


(Respectol-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten



Zur Prophylaxe, Kupierung und Behandlung von

Schnupfen, Grippe und Erkältungskrankheiten.

TROPONWERKE KÖLN-MÜLHEIM 

könnte der Bedarf der ärztlichen Hilfe besser und einfacher kontrolliert werden als bei den jetzigen komplizierten Verfahren. Kassenpatienten träten ihrem Arzt nicht anders gegenüber als Privatpatienten. Jedenfalls wäre viel Papierkrieg gespart und das Kassen-Arzt-Kassenpatienten-Verhältnis würdiger.

Langer Weg bis zur endgültigen Diagnose (FAZ. 7. 9. 57): Ungesundes Verhältnis zwischen Arzt und Patienten in der Sowjetzone: Es ist eine Tatsache, daß sich die Verstaatlichung des Gesundheitswesens in Mitteleuropa seit Jahren durchgesetzt hat, und zwar so sehr, daß man nur noch von Restbeständen freier Praxen sprechen kann. Es steht auch fest, daß weder die Bevölkerung noch die Ärzte bei dieser Neueinrichtung und Gestaltung gefragt wurden. — Wie so ein schneller Wechsel möglich war, ist keinem Kenner totaler Regierungsformen ein Rätsel. Das Leben in den freien Praxen war den Ärzten so erschwert worden, daß schließlich die meisten, wenn auch schweren Herzens, ihre Selbständigkeit aufgaben. So konnte relativ schnell, entgegen allen negativen Voraussagen, ein ausreichendes Netz von Polikliniken und später auch Landambulatorien für das ganze Gebiet der Sowjetzone geschaffen werden. Die Masse der Bevölkerung wird heute von diesen Einrichtungen versorgt. — Dieses System verspricht eine bessere ärztliche Versorgung des kranken Menschen und das unabhängig vom Einkommen und Stand mit den modernsten Methoden und Einrichtungen. Alles, was in einem technischen Zeitalter der Patient als beste technische Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie erwartet, wie Röntgen-Bestrahlungseinrichtungen und alle Arten von Laboratoriumsuntersuchungen, was aber der freie Praktiker weder erwerben noch durchführen kann, das soll im fortschrittlich sozialistischen Staat geboten werden.

Wie funktioniert nun dieses verheißungsvolle System in der Praxis? Der Kranke geht in eine Poliklinik, meldet sich am Schalter und erhält eine Nummer. Bei akuten Krankheiten wird man ihn noch am selben Tag annehmen, bei chronischen kann es ihm bei dem großen Ärztemangel passieren, daß er bis zu 14 Tagen warten muß. Verlangsamend wirkt natürlich auch, daß die Fachärzte nur jeden Tag sechs Stunden Dienst machen und dabei je nach Fachrichtung eine bestimmte Normzahl von Patienten pro Stunde haben. Auch sonst ist das ganze Verfahren umständlich und für Arzt und Patienten zeitraubend. Hat jemand z. B. einen Henschuß oder eine andere einfache Krankheit, so würde ihn der Praktiker schnell und mit sehr einfachen Mitteln behandeln. In der Poliklinik kommt aber zu der durchschnittlich ebenso einfachen Behandlung meist die Untersuchung von Kopf bis Fuß mit schriftlicher Fixierung der Befunde, da eben die Vordrucke ausgefüllt werden müssen und natürlich auch Röntgenkontrollen der Brustorgane, eine Blutsenkung sowie Blut- und Urinstatuts dazu gehören. Der Patient erlebt also nach langem Warten zunächst seine genaue Untersuchung durch den Arzt; dann geht es wieder auf die Reise zu den verschiedensten eben genannten Unter-

suchungsstellen, meist vor jeder wieder mit längerem Warten und schließlich, wenn alle Befunde beim Arzt zusammengelaufen sind — es kann wieder eine Woche und länger dauern —, kommt es zu einer endgültigen Behandlung.

Es dürfte offenkundig sein, daß das unmittelbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch diesen umständlichen und komplizierten technischen Apparat nicht gefördert wird. Dazu kommt noch, daß die Ärzte in den Polikliniken häufig wechseln und meist recht jung sind. Im allgemeinen sind sie außerdem nach dem Dienst für den Kranken nicht mehr zu finden. Häufig machen sie überhaupt keine Hausbesuche und nachts schon gar nicht. Gegenüber dem großen Plus einer verfeinerten Diagnostik mit dem großen Apparat einer Poliklinik, wie sie dem Praktiker einfach nicht möglich ist, steht so in den meisten Fällen das nicht minder große Minus eines gestörten Vertrauens zwischen Arzt und Patient. Die positiven Seiten dieses Systems mögen in den großen Städten mit ihren Polikliniken und den in ihnen vorhandenen gegenseitig sich unterstützenden Fachabteilungen noch zu erkennen sein, auf dem Lande sind sie schwer zu finden, obwohl sich Arzthelfer und -helferinnen, besonders fortgebildete tüchtige Schwestern und Pfleger, den russischen Feldschern entsprechend, in vielen Bagatellfällen häufig bewährt haben. Trotz allem führt der hochgradige Ärztemangel in der Provinz und besonders auf dem flachen Lande zu einer absolut unzureichenden Versorgung der Bevölkerung.

Doch auch diese unzureichenden Gesichtspunkte sind aus Mangel an Personal einerseits, an geldlichen und anderen Mitteln andererseits nur ungenügend verwirklicht, so daß trotz mancher staatlicher Bemühungen die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung schlechter als früher ist. Als größter Minuspunkt muß aber die falsche Anschauung des Arzt-Patientenverhältnisses angesehen werden.

„Bayerisches Arzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königsstr. 85/III, Tel. 36 11 21-23, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6, Telefon 6 31 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 8, Telefon-Sammel-Nummer 2 86 86. Feraschreiber 05/23662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharfänger, 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.

Inhaber des Richard Pflaum Verlages ist die Richard Pflaumsche Erbgemeinschaft mit Anteilen von Frau Eilfriede Meckel, geb. Pflaum, Verlegerin, München, und Herrn Carl Heinz Pflaum, Kaufmann, Loozoo, zu je 50%. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.



Veralgít -Tabl.

Internes
Analgetikum und Sedativum

Krewel-Werke, Eitorf b. Köln