



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

SCHRIFTLICHTUNG: DR. MED. WILHELM WACK, MÜNCHEN

Heft 17/18

MÜNCHEN, SEPTEMBER 1948

3. Jahrgang

**Phenacetin mit Codein** das prompt wirkende und gut verträgliche Antipyreticum und Antineuralgicum

10 Tabletten DM 0.75 m. U. - 20 Tabletten DM 1.30 m. U. - Klinik-Packungen mit 250-1000 Tabletten

**Phenacetin ohne Codein** bleibt weiter im Verkehr

10 Tabletten DM 0.45 m. U. - 20 Tabletten DM 0.75 m. U. - Klinik-Packungen mit 250-1000 Tabletten

CURTA & CO.



WEILHEIM/DBB.

*Ein neues Spitzenpräparat  
der Sulfonamidreihe*

mit  
stark erweitertem  
Wirkungsbereich

## SUPRONALUM

gegen Streptokokken, Pneumokokken, Staphylokokken  
Gonokokken, Meningokokken  
Bact. Coli, Bac. pyocyaneus, Pneumo-Bact. Friedländer, Dysenterie-Bazillen, Actinomyces

**Anaerobier:** wie Erreger des Gasoedems,  
anaerobe Strepto- u. Staphylokokken, Bact. floccosum,  
Bac. enterotoxigenus (Zeissler), Bac. funduliformis u.a.

ORAL UND PARENTERAL ANWENDBAR



»Bayer«  
Leverkusen

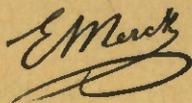
Bei Basedowscher Krankheit

# Methicil

(Methylthiourocil *Mack*)

Thyreostotischer Wirkstoff zur konservativen Therapie. Methicil senkt Grundumsatz und Pulsfrequenz, beseitigt nervöse Erscheinungen und Arrhythmien. Neuerdings auch für die Behandlung der Colitis ulcerosa empfohlen.

Prospekt und Literatur auf Wunsch.  
Originalpackung mit 20 Tabletten zu 0,1 g sowie Anstaltspackungen.



CHEMISCHE FABRIK - DARMSTADT



Bienengifttherapie mit

# FORAPIN

Indikationen:

Myalgien, Neuralgien, Lumbago, Ischias, chronische und subchronische Arthritiden sowie allergische Krankheiten.

**HEINRICH MACK NACHF.**

Fabrik Chemisch-Pharmazeutischer Präparate

GEGR. 1849 · ILLERTISSEN / BAYERN



Asthma bronchiale...

# Zanedo

PULVER-TABLETTEN  
INHALATIONSMITTEL-TROPFEN



HAMBURG 1

Schering



Warum  
im Schatten?

Die hohe Löslichkeit des Globucid ermöglicht die Herstellung neutraler Injektionslösungen. Unter den Spitzenpräparaten der Sulfonamidreihe genießt Globucid den Ruf des unübertroffenen Injektionspräparates. Auch bei peroraler Anwendung kommen seine Vorzüge voll zur Geltung. Zu Unrecht stand daher

## GLOBUCID

(p-Aminobenzotulfonamido-äthyl-thio-diazol)  
in Tablettenform etwas im Schatten. Die große Wirkungsbreite des Globucid empfiehlt seine Verordung bei allen Indikationsgebieten der Sulfonamidtherapie.

O. P. : 20 Tabl. zu je 0,5 g DM 3.— lt. AT. m. U.  
5 Amp. zu 10 ccm intravenös DM 5,85 lt. AT. m. U.

SCHERING A.G. BERLIN



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

SCHRIFTFLEITUNG: DR. MED. WILHELM WACK, MÜNCHEN

Heft 17/18

MÜNCHEN, SEPTEMBER 1948

3. Jahrgang

## Krankheit und Tod nach dem Zusammenbruch

Von Dr. Dr. Konrad Krieger, Referent im Bayerischen Statistischen Landesamt

(Die Arbeit wird in der Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamtes Heft 1/2 1948 veröffentlicht und vom Verfasser liebenswürdigerweise uns zur Verfügung gestellt.)

„Der Kranke weiß nicht Bescheid über sich und der Tote verweigert die Auskunft“ — das ist, auf eine jedermann verständliche Formel gebracht, der Tatbestand, dem sich die medizinische Statistik seit je gegenüber sieht und der sich während des Krieges und im Jahre des Zusammenbruchs eher verschärft als gebessert hat. Denn der Mittelsmann, dessen die medizinische Statistik bedarf, der Arzt, war für die Zivilbevölkerung während des Krieges rar geworden und dachte im Jahre 1915, wenn er schon zur Hand war, an anderes als an medizinistische Aufzeichnungen. So ergeben sich für die Kriegszeit, im Zusammenhang mit den nicht bekannten Erkrankungen der Militärpersonen, Schwankungen einschneidender Art in den medizinistischen Ergebnissen. Erst gegen Ende 1915 war es der amtlichen Statistik möglich, die Aufzeichnungen auf ein Geleis zu bringen, das von neuem zum Überblick über den Gesundheitszustand des Volkskörpers führte. Aber auch heute noch hängt, wie früher, das Gelingen der zahlenmäßig erschöpfenden Erfassung der pathologischen Massenerscheinungen von den folgenden Voraussetzungen ab:

1. Der Patient muß eine als Krankheit erkennbare und anerkannte Störung seines Befindens nachweisen.
2. Zu ihrer Feststellung muß der Arzt zum Kranken oder der Kranke zum Arzt kommen.
3. Der Arzt muß in der Lage sein, sofort die richtige Diagnose zu stellen (wobei er gerade bei wichtigen Krankheiten abhängig ist von bakteriologischen und röntgenologischen Einrichtungen).
4. Der Arzt muß seine Diagnose weitergeben, wobei eine Reihe von hemmenden Überlegungen auftreten: die Bindung des Arztes an das Berufsgeheimnis, seine Überlastung durch Hausbesuche und Sprechstunde, seine Abneigung gegen Schreibarbeiten, die an sich dem Wesen des ärztlichen Berufes widersprechen. Auch eine berufspsychologische Voraussetzung beim Statistik treibenden Arzt ist zu beachten: der ärztliche Beruf kennt als primäre Aufgabe die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patienten und erst sekundär die Beziehung zwischen Arzt und der namenlosen Masse, die die medizinische Statistik zu erforschen hat.
5. Bei Feststellung der Todesursache kommt hinzu, daß auch der geübte Arzt, an ein Totenbett gerufen, ohne Vorgeschichte oder Sektion Schwierigkeiten bei der Eruiierung des Grundleidens, der Begleitkrankheiten und der Todesursache hat.

### Die jüngste Entwicklung in Bayern.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände hat die amtliche Landesstatistik in Bayern vom Winter 1915/16 an versucht, in enger fruchtbarer Zusammenarbeit mit der Obersten Gesundheitsbehörde, die früher eingeführten medizinistischen Massenbeobachtungen von neuem aufzunehmen und Neuland zu erschließen. Das Hereinströmen von nahezu 2 Millionen Flüchtlingen, die Zusammendrängung der Bevölkerung in zum Teil schwer beschädigten Wohnungen, die Arbeits- und Verkehrsschwierigkeiten und die völlig geänderten ernährungswirtschaftlichen Lebensbedingungen für diese Massen machten eine intensive Krankheitsbeobachtung nötig, wenn akute Schäden am Volkskörper rechtzeitig beobachtet und behoben werden sollten. Die Besatzungsbehörde kam außerdem von Anfang an mit einem festen medizinistischen Programm, das z.T. den wohlgeordneten Voraussetzungen der Vereinigten Staaten entstammte und von einem angeschlagenen Verwaltungsapparat nur mühsam sich erfüllen ließ. Es war also der bayerischen medizinischen Statistik die Aufgabe gestellt:

1. die statistisch-verwaltungstechnischen Schäden des Krieges und des Jahres 1915 zu überwinden,
2. mit dem lückenhaften Beobachtungsapparat neue Wege zu suchen,
3. den Arzt von neuem für die medizinische Statistik zu gewinnen.

In Bayern waren die Voraussetzungen verhältnismäßig günstig. Das rechtsrheinische Land war als Verwaltungseinheit (mit Ausnahme von Lindau) erhalten geblieben und die allerdings völlig zerstörte statistische Zentrale in München ließ sich personell und räumlich verhältnismäßig rasch rekonstruieren. Die unentbehrliche Mithilfe der Gesundheitsbehörde und der medizinischen Forschung war durch das vorbildliche Verständnis der maßgebenden Ärzte für medizinistische Notwendigkeiten gesichert. Auch die Besatzungsmacht unterstützte die bayerische amtliche Statistik in jeder Hinsicht. Das Beobachtungsgebiet ist, in großem Zug gesehen, gleich geblieben. Es läßt sich, ihrem Gewicht nach, durch folgende 5 Gruppen darstellen:

1. Sterbefallstatistik,
2. Todesursachenstatistik,
3. Morbiditätsstatistik,
4. Krankenhaussstatistik,
5. Statistik der Heilpersonen.

Der Rahmen ist geblieben. Aber der Inhalt änderte sich von Grund auf in den entscheidenden Jahren 1916 und 1917, und zwar wurde das Programm wesentlich erweitert. Die

Erweiterung und Intensivierung bestand in der Umwandlung einer Reihe von früheren Jahresstatistiken in Vierteljahres- und Monatsstatistiken. Sie erstreckte sich weiter auf die fachlich, räumlich und zeitlich erschöpfendere Behandlung der Materie. Nach dem Gesetz der großen Zahl auch in der medizinischen Statistik zu fahnden, war die Aufgabe in den letzten Jahren. Jeder Arzt kennt das Gesetz der großen Zahl von der Voraussetzung der menschlichen Fortpflanzung her: Auf 100 lebendgeborene Mädchen treffen im großen Durchschnitt 106 lebendgeborene Knaben (bei den Totgeburten ist das Verhältnis 100:126); aber welche Massen von Geburten müssen beobachtet werden, bis sich dieses Gesetz dem Forscher offenbart! Von den 168 Verwaltungsbezirken, Stadt- und Landkreisen Bayerns zeigten 1946 nur 8 die Regel; in 160 Verwaltungskreisen war das Geschlechterverhältnis z. T. wesentlich anders, und wer über die Voraussetzungen des Geschlechterverhältnisses bei der Geburt aus seinem Verwaltungsbezirk allein Schlüsse hätte ziehen wollen, wäre falsch gegangen. So wie das Gesetz der großen Zahl am Beginn des Lebens bestimmend steht, so auch bei den Störungen im Lebenslauf, bei Krankheit und Tod. Auch bei ihnen gilt es, über das Sprechzimmer, über das Krankenhaus, über die Stadt hinüberzuschauen, um alle Fälle zur Einheit des Landes zusammenzufassen. Über dem Einzelfall die Gesamtheit, über dem Wechsel die Konstante, über dem Zufall die Regel! Denn fast immer zeigt sich, daß bei der Individualbeobachtung der Zufall überwuchert und die gesetzmäßige Entwicklung verdeckt. Die Verallgemeinerung des Einzelfalles ist naheliegend und bequem, aber sie führt zum Fehlurteil. Vergessen wir nicht, daß „urteilen“ heißt, eine Sache in ihre Ur-Teile zerlegen, wohlgemerkt, in alle Ur-Teile, nicht nur in diejenigen, die dem Urteilenden zu Fall bekannt sind, die ihm behagen, die sein Vor-Urteil befriedigen. Wer, um ein Beispiel zu nennen, den Tuberkulose-Zustand Berlins als typisch für alle deutschen Länder anführt, handelt so falsch, wie der Beobachter, der aus den Sterbezahlen der Angehörigen eines Nahrungsmittelgewerbes auf den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung schließen wollte. Und wie oft geht das „Urteil“ diese Wege! Wie oft wird die Zahl (vom Nicht-Statistiker) dazu mißbraucht, die vorgefaßte Meinung zu erhärten, statt sie mit Hilfe der Zahl zu bilden! Es sei die Frage gestattet: Wer lügt hier? Die Statistik oder der Mißbraucher der Zahl?

#### Die allgemeine Sterblichkeit.

Beginnen wir mit dem Tode, weil die Feststellung des Todes an sich verhältnismäßig leicht ist. Die Statistik der Sterbefälle gehört deshalb zu den bestausgebauten, die sichersten Ergebnisse bringenden Statistiken. Daß in der Produktionsstatistik ein Betrieb gelegentlich Vorräte anzugeben vergißt, soll vorkommen; daß es Bauern gibt, die im Viehstall sich verzählen, soll es ebenfalls geben; daß über den Hektar-Ertrag der Kartoffeläcker Meinungsverschiedenheiten entstehen, hat die Öffentlichkeit stark verspürt. Daß aber der Standesbeamte wissentlich oder fahrlässig Tote „unterschlägt“, und zwar in Massen, die die Statistik beeinflussen, ward noch nicht erhört. Die Zahlen der Sterbefallstatistik sind richtig. Nur sind sie nicht der Schlußpunkt, sondern die Ausfallstellung einer Sterbefallbetrachtung. Nicht nur die Toten zu zählen, ist der Zweck der Sterbefallstatistik, sondern die erhaltenen Zahlen zu untersuchen und zu erklären, warum sie diese und keine andere Größe zeigen.

#### Und wie bewegt sich die Todeskurve?

Das Schaubild 1 zeigt die Sterblichkeitskurve seit dem Jahre 1900, auf 1000 der Bevölkerung berechnet. Es läßt

— unter Schwankungen — bis zum Jahre 1939 eine sinkende Tendenz erkennen, an die das Jahr 1946 von neuem anknüpft. Große Zäsuren bringen die Jahre 1914/18 und 1939/45, die Weltkriegsjahre also, die durch die verschiedensten Arten der Kriegseinwirkung den Volkskörper dezimieren. Nicht nur der Tod auf dem Schlachtfeld läßt die Sterblichkeitskurve stark steigen, auch die Folgen des Krieges für die Zivilbevölkerung und ihre Verluste durch Nahrungsmittelmangel, Krankheiten und unmittelbare Kriegseinwirkungen sind so erheblich, daß die Kurve durch sie gerade in den jeweils letzten Kriegsjahren ihre Spitze erhält.

Im Jahre 1900 stand die Sterblichkeit im rechtsrheinischen Bayern bei 26,2 und ging bis 1913 auf 17,5 (auf 1000 der Bevölkerung) zurück. Der erste Weltkrieg 1914/18 brachte Veränderungen, deren Kriegs-Jahres-Durchschnitt bei 22,2 liegt und deren höchster Monatsdurchschnitt im November 1918: 40 (auf 1000 der Bevölkerung) erreicht (einschl. Militärpersonen sogar 43,5).



Schaubild 1

In den folgenden Jahrzehnten geht die Sterblichkeit bis auf 13,1 im Jahre 1939 zurück und erreicht im Jahre 1945 einen neuen Höhepunkt mit 19,6. Es ist Zufall, daß die beiden Monate des Kriegsendes 1918 und 1945 den höchsten Ausschlag zeigen: auch der April 1945 (37,9) läßt die Sterblichkeitsziffer wie der November 1918 stark hinaufschwellen, in beiden Monaten aber steigt die Kurve aus grundverschiedenen Ursachen: 1918 war es die Grippe, 1945 die äußere Einwirkung, Tod der Zivilbevölkerung durch Fliegerangriffe, durch Erdkämpfe, durch Mangel an ärztlicher Hilfe, durch Seuchen und durch Mord. (Schaubild 2)

#### Die Zahl der registrierten Gefallenen.

In der Kurve der Kriegsjahre sind die bis jetzt als „gefallen“ gemeldeten Militärpersonen mit enthalten. Bis Ende 1947 waren in Bayern 196655 Militärpersonen\*) standesamtlich als „gefallen“ registriert gegen 151433 im 1. Weltkrieg.

\*) Bis 31. Mai 1948 wurden weitere 5972 Gefallene bei bayerischen Standesämtern registriert, so daß sich die Gesamtsumme Ende Mai 1948 auf 202627 erhöht.

Das ist eine Mehrung um rund 30 v.H. Die wirkliche Zahl der Kriegsverluste 1939/45 läßt sich heute nicht schätzen, weil über die Rückkehr der Vermißten, besonders aus den

sischen Feldzuges ein. Obwohl das Jahr 1941 nur sechs Monate Ostkrieg gebracht hat, waren doch in diesen ersten sechs Monaten die Verluste verhältnismäßig viel höher als in den folgenden Jahren 1942 bis 1943. Die schweren Verluste an Menschenleben sind hauptsächlich auf den frühen Einbruch des Winters 1941/42 und auf den geringen Schutz des Heeres gegen Wintereinflüsse zurückzuführen; auch der verlustreiche Einsatz gerade bayerischer Divisionen an der Südfront (z. B. Lemberg!) spielt eine ausschlaggebende Rolle. Die verhältnismäßig meisten Verluste jedoch hat das Jahr 1945 gebracht, das allein in den vier Monaten über 30000 Tote gekostet hat. Dabei laufen täglich bei den Standesämtern weitere Meldungen gerade aus den beiden letzten Jahren 1944 und 1945 ein. Im Jahre 1947 meldeten die rund 6000 Standesämter Bayerns 22717 nachträglich registrierte Militärsterbefälle, die sich zumeist in den Jahren 1944 und 1945 ereignet haben.

Die Altersgliederung der Gefallenen.

Die Zählkarten aus den ersten Kriegsjahren sind durch Fliegerangriffe vernichtet worden; eine Zählung der Gefallenen nach Altersgruppen in den späteren Kriegsjahren wird zur Zeit durchgeführt. Das Bayerische Statistische Landesamt hat vorläufig das Alter der Gefallenen Münchens in den Jahren 1941 bis 1943 ausgerechnet und die bisher registrierten bayerischen Gefallenen nach diesen Hundertsätzen ausgliedert. Dabei ergibt sich das folgende Bild:

Altersgliederung der Gefallenen Bayerns. (Schätzung).

Repräsentativerhebung für Bayern r. d. Rheins (an Hand der Gefallenen Münchens 1941—1943).

Alter in Jahren	absolut	v. H.
unter 20 . . . . .	16 822	8,3
20 bis unter 25 . . . . .	68 043	34,6
25 „ „ 30 . . . . .	52 703	26,8
30 „ „ 35 . . . . .	38 938	19,8
35 „ „ 40 . . . . .	11 603	5,9
40 „ „ 45 . . . . .	5 703	2,9
45 „ „ 50 . . . . .	1 770	0,9
50 und mehr . . . . .	1 573	0,8
zusammen	196 655	100

Der größte Teil, nämlich 61 v.H., entstammt den Altersklassen zwischen 20 und 30 Jahren. Das Bild wird sich zu ungunsten der älteren Jahrgänge verschieben, wenn einmal alle Meldungen über die Gefallenen der Jahre 1944 und 1945 vorliegen. Heute aber ist schon die Tatsache, daß rund 120000 Angehörige der Altersjahre zwischen 20 und 30, und zwar die gesündesten dieser Altersjahre, fehlen, der Schlüssel zum Verständnis für die hohe Sterblichkeit der mittleren männlichen Altersklassen, von der in einem späteren Abschnitt zu sprechen sein wird.

Die Gründe für den Rückgang der Sterblichkeitsziffer.

1947 liegt die Sterblichkeitskurve mit einer Ziffer von 11,9 tiefer als im Jahre 1939. Der August 1947 brachte mit 9,7 auf 1000 der Bevölkerung sogar den niedrigsten Monatsstand, der je in Bayern beobachtet wurde.

Es wäre falsch, die Zahl von 11,9 hinzunehmen, ohne sich Gedanken zu machen, warum die Kurve wider alle Vermutung und öffentliche Diskussion seit 1945 so weit zurückgegangen ist. Der Versuch, die Zahl zu durchleuchten, bringt

Sterblichkeit in Bayern 1913, 1918, 1938, 1945—1947

auf Tausend der Bevölkerung und 1 Jahr berechnet.

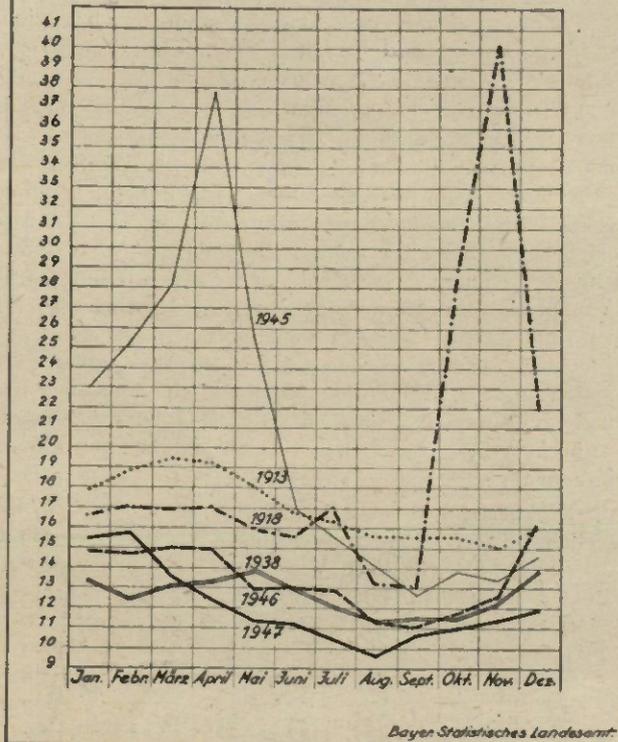


Schaubild 2

Ostgebieten, Dunkel liegt. Auch die Zahl derjenigen Kriegsgefangenen und Vermißten, die freiwillig im Ausland bleiben (bei Frankreich sollen es bis jetzt 140000 für Deutschland sein) muß Deutschland zu den Kriegsverlusten rechnen.

Die 196 655 registrierten Militärsterbefälle verteilen sich auf die einzelnen Kriegsjahre in der folgenden Weise:

Registrierte Militärsterbefälle. (Stichtag 31. Dezember 1947).

Sterbejahr	Bayern	dayon	
		Stadt-kreise	Landkreise
1939 . . . . .	2 740	1 017	1 723
1940 . . . . .	7 453	2 395	5 058
1941 . . . . .	32 393	9 193	23 200
1942 . . . . .	40 861	10 539	30 322
1943 . . . . .	36 369	8 933	27 436
1944 . . . . .	44 037	8 308	35 729
1945 . . . . .	30 555	5 699	24 856
1946 . . . . .	1 692	401	1 291
1947 . . . . .	303	89	214
unbekannt . . . . .	252	15	237
Zusammen	196 655	46 589	150 066

Aus der Übersicht sind die verhältnismäßig geringen Verluste der deutschen Wehrmacht im Polenfeldzug und auch im Bewegungskrieg an der Westfront des Jahres 1940 zu erkennen. Die schweren Einbußen setzten mit Beginn des rus-

bis zu einem gewissen Grad Hypothesen. Aber die Überlegung ist nötig, um zu verhindern, daß ohne jeden Deutungsversuch falsche Schlüsse aus der niederen Zahl gezogen werden.

### 1. Vorwegnahme der Sterblichkeit.

Die Sterblichkeit im Durchschnitt der Jahre 1940 bis 1945 war durch äußere Einwirkungen (Militärsterbefälle, Mangel an ärztlicher Hilfe, geminderte Resistenz der Zivilbevölkerung, vermehrte übertragbare Krankheiten) stark gestiegen und hat eine große Zahl von Todesfällen, die ohne Krieg erst in den Jahren nach 1945 eingetreten wären, vorweggenommen. Der Durchschnitt der Sterblichkeit 1940 bis 1945 betrug 17,5 auf 1000 der Bevölkerung gegen 12,7 im Durchschnitt der sechs vorhergehenden Jahre. Es sind 1940 bis 1945 nach oberflächlicher Schätzung rund 250000 Menschen mehr gestorben als gestorben wären, wenn die Sterblichkeit des Durchschnitts der Jahre 1934 bis 1939 in normaler Weise angehalten hätte.

### 2. Witterungseinfluß.

Die klimatologischen Voraussetzungen waren im Sommer 1947 für die gesundheitliche Entwicklung denkbar günstig. Der kalte Winter 1946/47 hat viel Trockenheit gebracht, so daß seine Folgen auf die gesundheitlichen Verhältnisse zwar spürbar, aber nicht so ausschlaggebend waren, daß er die günstigen Ergebnisse des Sommers nach der negativen Seite hin hätte beeinflussen können. Im Hinblick auf die viel genannte Tuberkulose herrschte im Sommer 1947 das beste Trockenklima mit Voraussetzungen, wie sie sonst etwa die Südschweiz oder sonnenbestrahlte, trockene Hochgebirgstäler bieten.

### 3. Wirkung der früher üppigen Lebensweise.

Zurückgegangen sind diejenigen Sterbefälle, die früher durch Alkohol, Nikotin und andere Narkotika sowie durch überhöhte Nahrungszulage und besonders durch zu starken Fleischgenuß bedingt waren.

### 4. Keine Seuchen.

Ausgefallen sind Seuchen jeder Art dank der besonderen Aufmerksamkeit der Gesundheitsbehörden. Akute Seuchen wie Grippe, Diphtherie, Typhus sind die stärksten Faktoren bei einer Erhöhung der Sterblichkeitskurve (siehe Winter 1918/19).

### 5. Abnützung, nicht Tod.

Die allgemeinen Sozialschäden der Nachkriegszeit bestehen im Mangel an Nahrung, an Wohnraum, Kleidung, Schuhwerk, Heizmaterial. Ihre Folgen zeigen sich nicht in akuten, tödlich verlaufenden Schäden, sondern in einer langsam vordringenden Abnützung und in Zerfallserscheinungen. Gegen sie wehrt sich der menschliche Körper bewußt und unbewußt stärker, als die Physiologen angenommen hatten

- a) durch Herabsetzung der Arbeitszeit,
- b) durch verminderte Leistung und geringeren Kräfteverbrauch während der Arbeitszeit.

In Bayern war 1947 vier Monate lang die 40-Stunden-Woche eingeführt. Heute wird vielfach der Samstag für die Erholung freigehalten. Die Leistung beträgt, so sagen die Wirtschaftsbeobachter, 40 v.H. der früheren Leistung des Arbeiters.

### 6. Andere Art der Nahrungsverwertung.

Die Abwehr der Sozialschäden wird durch Umstellung

der Nahrungsverwertung im Körper gestärkt. Zunächst tritt ein Ausgleich der Stickstoffunterbilanz durch kohlehydratreichere Nahrung ein und wenn dieser Ausgleich unmöglich wird, durch Rückgriff auf den Körpervorrat an Organ-eiweiß.

### 7. Krankenzulagen.

Ausdehnung der Krankenzulagemöglichkeiten und dadurch teilweise Abhilfe beim Auftreten von Gesundheitschäden. Während der 110. Periode wurden in Bayern 622549 Zulagen an ambulante Kranke gegeben, das sind an 6,7 v.H. der Bevölkerung.

Diese 7 Kardinalpunkte, zu denen manch anderer Grund tritt, z. B. Sonderbeschaffung über die Ration hinaus, wirken ineinander. Keiner von ihnen ist allein ausschlaggebend. Von keinem läßt sich der Anteil zahlenmäßig umgrenzen. Am stärksten verflochten sind die unter Nr. 5 und 6 genannten Ursachen. Bis jetzt zeigen sich die Abnützung und der Zerfall neben der Zunahme der Krankheiten der Verdauungsorgane, der Haut u. ä. in Ermüdungs-, Erschlaffungs- und allgemeinen Unlustgefühlen. Wie weit der Körper sich abnützen läßt, bis die Schäden zahlenmäßig in Seuchen- und Sterbeziffern sichtbar werden, ist je nach der individuellen Konstitution des einzelnen Menschen und auch der einzelnen deutschen Stämme verschieden. Der Abnützungskoeffizient ist außerdem beim weiblichen Geschlecht kleiner als beim männlichen.

Als Ergänzung bemerkt: man könnte versucht sein, die angeblich besseren Lebensbedingungen südlich des Mains als Grund für den günstigen Verlauf der Sterblichkeitskurve in Bayern anzugeben. Dieser Schluß wäre falsch, wie das folgende Schaubild an einem Beispiel zeigt:

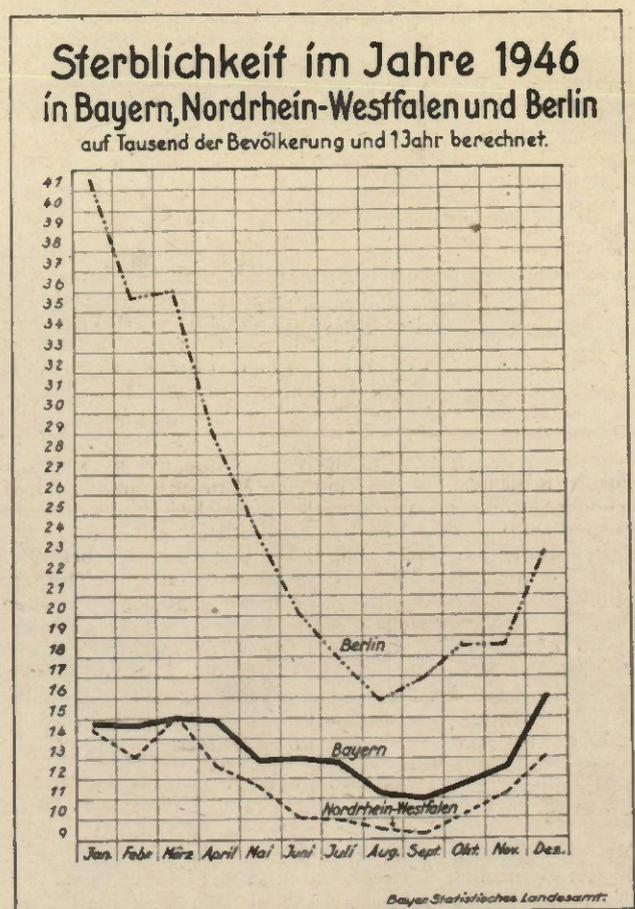


Schaubild 3

Die Sterblichkeitskurve des als Notstandsgebiet anzusprechenden Landes Nordrhein-Westfalen liegt tiefer als die bayerische. Selbst Berlin, um des Vergleiches willen beige-fügt, zeigt nach den Erhöhungen des Jahres 1945 im Jahre 1946 das Einspielen in den früheren Rhythmus, der immer höher lag als der Durchschnitt des Reiches. Auch ein Land wie Hessen mit anscheinend schlechteren Lebensbedingungen zeigt im 4. Viertel 1947 niedrigere Zahlen als Bayern. Der Grund hierfür mag z. T. in der Kriegsevakuation der

Angehörigen höherer Altersgruppen aus diesen Ländern zu suchen sein. Er liegt aber auch in der oben geschilderten, unbewußten Resistenz des menschlichen Körpers gegen die Sozialschäden, selbst in Gebieten mit den schlechteren Lebensbedingungen. Dort wie hier: Qualitative und quantitative Minderleistung, Rückgriff auf Körperreserven; Zunahme der Zerfallserscheinungen, aber nicht der tödlich verlaufenden Schäden.

(Fortsetzung folgt)

## Unsere Sozialversicherung liegt im Argen

Von Dr. H. Schoeck

Ein Kampf im Dunkel der „Ausschüsse“, von den meisten unbeachtet, scheint sich mit Kriegsende in Deutschland um die künftige Form der Sozialversicherung abzuspielden. Läßt man die verschiedenen Zeitungsartikel, Kampfbroschüren und Denkschriften Revue passieren, so kann man — grob gegliedert — folgende drei sich teilweise heftig befehdende Gruppen finden:

1. Die Gruppe der Ärzte (und im Heilberuf Tätigen), die nicht Beamte der Landesversicherungsanstalt sind, zusammen in einer Front mit den privaten Versicherungsinstituten. Dazu kommen jene wenigen Einzelnen, die nicht aus einem zeitbedingten Angstkomplex vor dem Risiko der Zukunft heraus ihr Heil in einer „totalen“ Universalzwangsversicherung erblicken, sondern zwischen dem jetzigen, teilweise unzulänglichen Zustand der Sozialversicherung und einer erdrückenden „Mammut-Versicherungsanstalt“ (womöglich östlicher Färbung) noch Zwischenlösungen von Fall zu Fall für möglich halten.

2. Die Gruppe derjenigen, die für eine möglichst allumfassende Zwangssozialversicherung sind, ist uneinheitlicher. Es sind einmal die Organe der bereits bestehenden Pflichtversicherungsanstalten (in Westdeutschland); ferner Parteipolitiker, die den an sich einst ganz schönen Satz von den gleichen Rechten der Menschen gegenüber der Staatsgewalt nun so auslegen, daß auch die Leistungen der verschiedenen Versicherungen (Alter-, Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung) nicht vom Willen des einzelnen und seinen freiwillig gezahlten Prämien, sondern vom unkontrollierbaren Diktat der Sachverständigen einer Einheitsversicherung abhängen sollen.

3. Ist Gruppe 1 und 2 manthmal von etwas einseitigen, interessengebundenen Vorurteilen gehemmt, so kann man noch eine weitere Gruppe erkennen, die aus einer umfassenderen Betrachtung der Lage, und einer wissenschaftlich haltbaren Untersuchung der Situation, zu einem Vorschlag für eine dritte Lösung gelangt. Häufiger gehörte Wortführer dieser Gruppe mögen soziologisch geschulte Ärzte und Sozialwissenschaftler sein, aber auch Menschen mit einem geweiteten „gesunden Menschenverstand“. Diese Gruppe ist sich darüber klar, daß es sinnlos wäre, im modernen Massenstaat eine „General-Garantie gegen Elend“ zu schaffen, indem man nur Wege beschreibt, die unausweichlich zur Proletarisierung immer weiterer Schichten von „Klein- und Mittelexistenzen“ führen. Vielmehr ist das Problem der Sozialversicherung nur eine der Grundfragen der Gesellschafts- und Wirtschaftsreform. Am ausgeprägtesten ist hier wohl der Standpunkt des bekannten Sozialwissenschaftlers Wilhelm Röpke, dessen Ausführungen gegen das Ideal einer Universalversicherung aller Einwohner — im Sinne des Beveridge-Plans — an Schärfe nicht überboten werden können. Für Röpke ist die Sozialversicherung nach dem Muster des Beveridge-Plans nichts anderes als die Utopie des Sozialismus aus dem 19. Jahrhundert, der glaubte, das Eigentum gerechter verteilen zu können, indem man nicht nur die paar Riesenvermögen verstaatlicht, sondern praktisch jeden auf die Stufe des Proletariats hin kollektiviert. Daß die eigentliche Macht- und Kapitalkonzentration einschließlich der Korruption dann gerade im Staatsmonopol erwächst, vermochte dieser Sozialismus offenbar nicht zu sehen. — Soweit die drei hauptsächlichsten Standpunkte! Als nächstes, sofern sie sich in diesem knappen Rahmen skizzieren lassen, die erkennbaren Tatsachen: Der Ruf nach einer immer umfassenderen Sozialversicherung ist nach dem Ersten Weltkrieg in

allen industrialisierten Staaten immer lauter geworden. Kein sozial fühlender Mensch wird sich ihm verschließen. Hatte Deutschland vor dem Ersten Weltkrieg einen unbestreitbaren Vorsprung im Sozialversicherungswesen, so reichte die kurze Spanne der Weimarer Republik nicht aus, um den Anschluß an die außerdeutschen Erfahrungen. Vorschläge und Gesichtspunkte zu finden. Im Dritten Reich gelang es der sozialpolitischen Abteilung des „Reichs“-Arbeitsministeriums, sich gegen allzu weitgehende Wünsche der Partei zu stemmen. Leys DAF-Universalversicherung erblickte nicht das Licht der Welt. Im Dritten Reich war die Sozialversicherung außerdem auf Unterstützung seitens des Staates angewiesen (im Gegensatz zur reinen Krankenversicherung). Daraus leitete der Staat aber ein eigentümliches Recht ab, das alle Gläubigen an das Heil der staatlichen Zwangsversicherung ein wenig hellhörig machen sollte: Das Dritte Reich beanspruchte nämlich ein rein politisches Entscheidungsrecht über die „Würdigkeit“ des Rentenempfängers. Wurde z. B. ein alter Werkmeister wenige Tage vor Erreichen des rentenfähigen Alters wegen irgendwelcher Äußerungen gegen den Nationalsozialismus denunziert, so konnte ihm der Rentenanspruch — den er auf Grund jahrzehntelanger Pflichtbeiträge erworben hatte — einfach für nichtig erklärt werden. (Wer garantiert Schutz vor solchen Exzessen bei einer künftigen Zwangsversicherung?) Zweifelsohne erscheint es umgekehrt in der seit langem erschütterten Wirtschaftsordnung unserer Krisenzeit unmöglich, wie früher, durch generationenlanges privates oder körperschaftliches Sparen die Sicherung gegen alle Notfälle zu schaffen. Das ist der Knotenpunkt des Problems! Offenbar ist es, durch sog. Umlage, erforderlich, den jeweils nicht Arbeitsfähigen aus dem Teil des Gesamtsozialproduktes zu versorgen, der gleichzeitig von den arbeitenden Teilen der Bevölkerung geschaffen wird. Allerdings ist die Frage: wird es für alle kommende Zeit unmöglich sein, eine Gesundung der internationalen Wirtschaft zu erzielen, die dann wieder die private Sicherung gestattet, sei es in Form des Sparens, sei es in Form von Einzelversicherungen. Das scheint ungerechtfertigter Pessimismus zu sein. Die Sozialversicherung des ganzen Volkes müßte daher von vornherein so gestaltet werden, daß der Übergangscharakter klar ersichtlich bleibt. Die Zwangsversicherung, die in Zeiten allgemein wirtschaftlich-sozialer Unsicherheit vielleicht zum Funktionieren den Pflichtbeitrag aller erfordert, müßte, wie die Zwangswirtschaft der Waren und Arbeitskräfte, später auch wieder auf ein Minimum abbaubar sein. Andernfalls verewigt sie nur die Misere des Augenblicks. Diese Feststellung wird Widerspruch hervorrufen. Die schrankenlosen Befürworter einer Zwangssozialversicherung der gesamten Bevölkerung für alle Zukunft übersehen folgendes: Wenn die Lösung des Problems der Sozialversicherung im Umlageprinzip gesucht wird, müßte man auf lange Zeit hin einen gleichbleibenden oder zunehmend gesunden Bevölkerungsaufbau unterstellen. Kaum widerlegbare Befunde wiesen jedoch nach, daß unser Volk nicht nur zahlenmäßig rasch abnehmen wird, sondern daß — gleichlaufend — die Zahl der alten, auf Unterstützung angewiesenen Personen progressiv anwachsen wird. Eine Sozialversicherung auf bloßem Umlageprinzip steuert von vornherein in größte Schwierigkeiten. Der Arbeitende wird nämlich immer größere Beiträge seines Einkommens abführen müssen, um am Ende, wenn er selber in den Genuß der Rente kommen würde, eine unverhältnismäßig kleine Unterstützung ausgeworfen zu erhalten. Einfach, weil sich das finanzstatistische Verhältnis inzwischen zu seinen Ungunsten verschoben hat. Es führt begrifflicher-

weise das soziale Mitgefühl sehr stark, wenn das Bild einer auf Gedeih und Verderb aufeinander angewiesenen Volksgemeinschaft vorschwebt. Wir glauben aber, daß die auf dem Prinzip der Gliederung nach verwandten Interessentenkreisen und auf der Konkurrenz untereinander aufgebauten Einzelversicherungen zu einem viel günstigeren Gesamtergebnis führen. Der einzelne soll die Freiheit haben, sich dort gegen die Wechselfälle des Lebens zu versichern, wo er es für zweckmäßig hält. Vorausgesetzt ist natürlich, daß die allgemeine wirtschaftliche Lage besser wird und nicht durch erneute Katastrophen auseinanderfällt. Man kann aber schlechterdings nicht die totale Zwangssozialversicherung damit rechtfertigen, daß wir in Europa periodisch mit wirtschaftlichen Zusammenbrüchen, wie dem nach dem Zweiten Weltkrieg, rechnen müßten. Hier verrät der Vorschlag eines die Reste des persönlichen Spielraums vernichtenden Versicherungssystems nur zu deutlich eine unklare Mischung Spenglerischer Untergangsgedanken mit dem Ideal einer militanten Kv.-Maschine. Man kann nicht einerseits an eine auf ewig anhaltende wirtschaftliche Schwäche glauben und andererseits dem Elend mit der Riesen-Versicherung aller für alle steuern wollen. Fern- und Nahziele werden in der Diskussion um die Sozialversicherung in gröbster Weise vermengt. Die Unklarheit über die strukturelle Verschiedenheit von Fern- und Nahzielen in der „Planung der Gesellschaft“ ist ein trauriges Erbteil der revolutionären Doktrinen des 19. Jahrhunderts. Eng mit diesem Irrtum verbunden ist die Absicht, die kurzfristige Krankenversicherung mit der Renten-Sozialversicherung zusammenzuwerfen. Gegen die Kollektivierung der Krankenversicherungen wenden sich die Ärzte mit Recht. Auch Heilmittel (im weitesten Sinne: Sprechzeit des Arztes, Bettenzahl der Kliniken, Apparate und Medikamente) sind eine begrenzt vorhandene Ware. Wird sie „restlos“ „erfaßt“ und von einem gigantischen Versicherungsunternehmen „gerecht“ „verteilt“, so wird man dieselben Wirkungen sehen wie bei der — hinter uns liegenden — „totalen Bewirtschaftung“ der übrigen Waren. Es läßt sich voraussagen, daß die heilkundliche Versorgung der Bevölkerung — absolut genommen — in einem solchen System schlechter werden wird. Dafür sprechen folgende Gründe:

1. Seit jeher weiß man, daß Zwangsversicherung psychologisch zu einer übermäßigen Inanspruchnahme der Leistungen

für unwesentliche oder Pseudokrankheiten führt. Der Selbstzahler oder der Patient, den eine Privatkasse mit begrenzten Mitteln versichert, und an deren Ruin er kein Interesse haben kann (wievil lieber „schädigt“ man aber bekanntlich den „Staat“), sucht den Arzt wirklich nur im Ernstfall auf. Der Zwangsversicherte — zumindest in unserer charakterlich nicht gerade hervorragenden Zeit — denkt nur zu gern an „Rückgewinnung“ der abgezogenen Beiträge. Das Gegenmittel, der „Vertrauens“arzt oder generelle „Anweisungen“ an die Ärzte sind nur der Weg zur „Kv.-Maschine“ des Krieges, ruinieren das einmalig persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient, ohne das wirkliche Heilung meist nicht möglich sein wird.

2. Selbst ideale Versicherungsnehmer und Patienten vorausgesetzt, würde in der beamtlichen Reglementierung der Heilkunde das absolute Angebot an Heilmöglichkeiten absinken. Das braucht nicht allein an der von Grund 1 abhängenden Arztsuche der Versicherten zu liegen. Vielmehr ist es eine Erfahrungstatsache, daß amtliche Bewirtschaftung die verfügbare Menge eines Gutes verringert. Das Geheimnis dieses Vorgangs, den wir lange genug beobachten konnten, ist wissenschaftlich noch so gut wie unerforscht. Da haben Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler noch manches zu tun. Abschließend betrachten wir die Lage der Sozialversicherung im Ausland. Unseren gewählten Beispielen ist aber vorauszuschicken:

1. Das britische Experiment ist erst so kurz unterwegs, daß man nicht absehen kann, ob es die bisherige Meinung von den ökonomischen Erfolgen der Labour-Regierung Lügen strafen wird.

2. Die Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Schweiz (ähnlich wie in den skandinavischen Ländern) ruht auf der Grundlage einer blühenden Wirtschaft einer stabilen Gesellschaft. Die bescheidenen Rentenleistungen, die andererseits in der Schweiz vorgesehen sind, müßten uns wachsam machen. Wenn eine gesunde Wirtschaft und Bevölkerung aus ihrer Zwangsversicherung nur so bescheidene Erfolge erwartet, wie soll es dann bei uns aussehen?

(Entnommen der „Wochenpost“, Stuttgart, 22. 8. 1948.)

## Krankenversicherung nach der Geldreform

Die deutsche Krankenversicherung wird von der Geldneuordnung trotz der auch für sie unvermeidlichen Erschwerungen und Belastungen allgemeiner Art nicht in besonders störender Weise betroffen. Daß die Krankenversicherung mit über 8 Millionen Versicherten (in den Westzonen und in Berlin) heute an zweiter Stelle unter allen Versicherungszweigen steht, macht das außerordentliche Interesse erklärlich, welches der Auswirkung der Geldneuordnung auf diese Versicherungsart überall entgegengebracht wird. Der Umstellungsvorgang vollzieht sich nach dem Gesetze verhältnismäßig einfach. Alle am 21. Juni 1948 laufenden Krankenversicherungsverträge bleiben zu den bisherigen Bedingungen und Leistungen in Kraft. Die vom Stichtage an bestehenden Ansprüche an die Versicherer werden zum gleichen Nennbetrag wie vorher in Deutscher Mark erfüllt, vom selben Termin an werden die Beiträge in Deutscher Mark erhoben. Genau wie in anderen Versicherungszweigen werden vor dem Stichtag entstandene Reichsmark-Ansprüche der Versicherungsnehmer in D-Mark mit 10 v. H. erstattet. Der Versicherungsnehmer muß also darauf achten, daß er die an ihn gestellten Honoraransprüche der Ärzte, Aufwendungen für Rezepte und Hilfsmittel, Krankenhausrechnungen, soweit sie Leistungen an ihn aus der Zeit vor dem Stichtag decken sollen, und an diesem noch nicht gezahlt waren, nur noch in Höhe von 10 v. H. des Reichsmark-Nennbetrags vergütet. In ähnlicher Weise werden etwaige Beitragsrückstände der Versicherungsnehmer erledigt und Prämienvorauszahlungen in Reichsmark angerechnet. Prämiennachforderungen für das letzte Junidrittel finden darin ihre Begründung, daß vom 21. Juni 1948 ab die Unternehmungen der privaten Krankenversicherung ihrerseits die Leistungen voll in D-Mark gewähren, während ihnen die erheblichen Rücklagen, die inzwischen in den Westzonen rund 270 Millionen ausmachen, infolge der Geldreform zu einem wesentlichen Teil verlorengegangen sind. Die private Krankenversicherung steht unter

Berücksichtigung aller Umstände auf dem Standpunkte, daß ihre Versicherten im allgemeinen von der Währungsreform kaum betroffen werden, daß die Versicherungsnehmer leistungs- und beitragsmäßig genau wie vor der Währungsumstellung dastehen. Allerdings haben die Unternehmungen der privaten Krankenversicherung dafür Sorge zu tragen, wie sie angesichts der Zusammenstreichung ihrer Reserven, die ohne Nachweis von Aufwendungen zu erstattenden festen Summen (Sterbegeld, Tagelohn, Geburtshilfe) in voller Tarifhöhe in Deutscher Mark aufbringen sollen. Die private Krankenversicherung erklärt sich überzeugt, diese Frage lösen zu können, wenn die Versicherungsnehmer ihr die Treue halten. Es besteht kein Anlaß, daran zu zweifeln. Nach der Inflation und nach dem Währungszusammenbruch des ersten Weltkrieges hat sich die Krankenversicherung in Deutschland rasch wieder außerordentlich stark und lebhaft entwickelt. Sie hat ihren Stand auch in der Zeit der großen Krisen am Ende der 30er Jahre gut behauptet. Es ist ihr schließlich gelungen, nach dem Zusammenbruch von 1945 die durch die Verhältnisse erzwungene innere Neuordnung vorzunehmen und darüber hinaus die bedeutenden Verluste in der Ostzone (Sozialisierung!) in Prämien- und Mitgliederzahl nahezu wieder aufzuholen. Man braucht nicht daran zu zweifeln, daß auch die mit der Neuordnung des Geldwesens eingetretenen Veränderungen der Arbeitsumstände verhältnismäßig rasch überwunden werden können. Zweifellos werden nicht wenige Versicherungsnehmer — das gilt ja für die ganze deutsche Versicherung in allen ihren Teilen — Mühe haben, die alten Prämien sofort in neuer Währung bei unveränderter Nominalhöhe zu leisten. Doch besitzt die Krankenversicherung Mittel, diesen Übergang, bei dessen Überwindung man auch auf eine allmähliche Wiedererhöhung des Lebensstandards rechnen darf, für den Versicherungsnehmer zu erleichtern, sei es durch vorübergehende Umstellung eines Vertrages auf einen niedrigeren Tarif (mit ent-

sprechend billigerer Prämie), sei es in Ausnahmefällen durch Stilllegung eines Vertrags auf bestimmte Zeit. Die Krankenversicherung dürfte auch bereit sein, zeitweilig bei der Anwendung ihrer zustehenden Maßregeln zur Einholung von Beitragsrückständen Zurückhaltung zu üben. Ihr Ziel muß es sein und wird es sein, die Interessen der Versicherungsnehmer durch Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes in jeder Weise zu sichern. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf die Versicherung allerdings der Mitarbeit und des Verständnisses aller Kreise, die Beiträge zur Gesunderhaltung der Bevölkerung leisten können. Die Krankenversicherung kann ihre Leistungen nur im Rahmen dessen ausführen, was durch die Leistung des Versicherten, die Prämienzahlung, sachlich gerechtfertigt ist. Vor allem aber wird die Krankenversicherung Wert darauf legen müssen, ihren Versicherungsnehmern den tatsächlichen Inhalt der Verträge unmißverständlich nahe zu bringen. Es ist eine alte Klage, und sie ist nicht immer ganz unberechtigt gewesen, daß der Versicherungsnehmer, besonders der Laie, den Vertrag abschließt, ohne ihn in allen Einzelheiten genau zu kennen. Die von dem Vertreter der Gesellschaft bei der Werbung gegebene Hilfe kann und wird nicht immer ausreichen. Ein Beispiel aus jüngster Zeit sei angeführt: Ein Versicherter muß sich einer Operation unterziehen und dazu die Hilfe eines Spezialisten in Anspruch nehmen. Der Versicherungsvertrag sieht diesen Fall vor. Der Vertrag legt fest, daß die Gesellschaft für Operationskosten 100 Prozent, jedoch den vierfachen Mindestsatz der Preußischen

Gebührenordnung gewährt. Bei der Schadensliquidierung stellt sich heraus, daß die Höhe der Erstattung weitgehend davon abhängt, welchen Berechnungssatz der behandelnde Arzt für seine Bemühung angewandt hat. Nach den für ihn geltenden Bestimmungen kann der Arzt den Multiplikator zwischen dem 1- und 20fachen der offiziellen Grundgebühr wählen. Dieser Wahl des Arztes, die dieser nach seinem freien Ermessen vornehmen kann, braucht sich aber die Versicherungsgesellschaft bei einem Rückerstattungsantrag durchaus nicht anzuschließen, so daß es bei der Erstattung auf Grund einer vorgelegten Arztrechnung für den Versicherungsnehmer zu sehr erheblichen Enttäuschungen ohne sein Verschulden kommen kann. In solchen Fällen wird der mit dem Abschluß des Versicherungsvertrags vom Versicherten verfolgte Zweck nicht erreicht. Vielleicht wird mit der Ärzteschaft ein Übereinkommen dahin möglich sein, daß die Ärzte dem Patienten mitteilen, welche Berechnungssätze sie im einzelnen Falle anzuwenden beabsichtigen. Das würde dem Versicherten ermöglichen, wenn es sich nicht um einen Eilfall handelt, mit seiner Krankenversicherungsgesellschaft vorher Rücksprache zu nehmen und gegebenenfalls deren Intervention zu erbitten. Im übrigen ist das ganze Vertragswerk auch in der Krankenversicherung für den nicht juristisch durchgebildeten Vertragspartner reichlich kompliziert und recht schwierig; so daß eine Vereinfachung zweckmäßig wäre. Daran sollten die Aufsichtsämter mitwirken.

Entnommen aus: Wirtschaftszeitung, Stuttgart, 20. 8. 1948.

## Zusammenarbeit der Praxis mit der Lungenfürsorge

Von Dr. Gerhard Gmeiner, Lohr am Main  
(Schluß aus Nr. 15/16)

Dieser Punkt der beschränkten diagnostischen Erkenntnismöglichkeit des optischen Schirmbildes und der vorsichtig kritischen Auswertung der Befunde in der Formulierung der negativen Röntgendiagnosen ist besonders wichtig, da er der Angelpunkt für die überwiegende Mehrzahl aller Differenzen zwischen Praxis und Lungenfürsorge überhaupt darstellt.

Die Zusammenarbeit der Praxis mit der Lungenfürsorge wird um so besser sein, je besser die diagnostischen Beurteilungen die Grenzen der technisch gegebenen Erkenntnismöglichkeit einhalten und je klarer die Grenzen der organisatorischen Zuständigkeit gezogen sind.

### Aufgaben der Lungenfürsorge

Ein vor mir liegendes Merkblatt einer LVA umreißt das Programm der TBC-Sprechtage ... erstrebt frühzeitige Erfassung der Kranken mit tuberkulösem Lungenbefund, die Überwachung der Umgebung, die Feststellung der Nichttuberkulösen. Es zieht aber den Rahmen der zu überweisenden Fälle so weit, daß dem Sprechtage die Funktion einer Poliklinik zugemutet wird, denn nach diesem Blatt sind zu überweisen: Nicht nur alle Kranken mit klin. offener oder geschlossener TBC, alle Gefährdeten, alle Kranken mit sonstigen Hinweisen wie Bluthusten, Pleuritis, chron. Heiserkeit, sondern auch alle Arbeitsunfähigen, die an Grippe, Bronchitis, Asthma, chron. Bronchialkatarrh, chron. Mittelohrkatarrh, an Magen-Darmbeschwerden ohne objektiven Befund leiden und länger als 14 Tage krank sind. Dieser weitgehende Untersuchungsanspruch wird nur verständlich, wenn man sich die Verhältnisse der Zeit um 1932 überlegt, als die ärztlichen Prüfungsinstanzen die immer mehr ansteigenden Röntgenkosten nur bei Vorliegen handfester Diagnosen honorieren wollten und die Durchleuchtungen bei Grippe und Bronchitis für überflüssig erklärt wurden. Ohne daß am grünen Tisch richtig bedacht wurde, daß der Arzt im anlaufenden

Krankheitsfall möglichst schnell eine gesicherte Diagnose stellen muß, weil der Patient dann nicht wiederkommen pflegt, wenn es ihm erst besser geht, so daß manche Tuberkulose dann nicht so rechtzeitig entdeckt wird, wie sie entdeckt werden kann, wenn auch die nur verdächtigen Fälle sofort geröntgt werden, so lange sie noch untersuchungswillig sind. Die medizinisch gesehen falsche Kassenpolitik führte damals dann dazu, daß in der breiten Praxis die Röntgenkontrolle nur auf die schwereren Fälle beschränkt wurde und so manches übersehen wurde — das veranlaßte damals dann die Lungenfürsorge über ihren Rahmen zu greifen und alle Fälle vor ihr Forum zu fordern, die nur irgendwie an den tuberkulösen Formenkreis grenzen konnten und in ihrer Differentialdiagnose eigentlich Aufgaben der Praxis und des regelrechten Untersuchungsganges zu Facharzt und Klinik sind. Ein derartiges Verlagern der Aufgaben der Praxis in die Organisationen der Überwachung würde bei weiterem Ausbau den Verzicht auf eine selbständig denkende Ärzteschaft bedeuten und es ist heute wirklich die Frage zu stellen, ob eine Entwicklung gut ist, die den prakt. Arzt immer weiter ausschaltet, so daß sein Interesse an den Tuberkulosefällen ganz verloren geht, weil diese ja doch zur Fürsorge gehen und er nicht einmal über den weiteren Verlauf benachrichtigt wird.

M.E. ist es heute Zeit, sich die psychologischen Grenzen der Fürsorgetätigkeit zu überlegen und die diktatorische Entwicklung im Gesundheitssystem zum östlichen Ambulanzsystem auch in der TBC-Fürsorge auf das Notwendige zu beschränken, um eine verantwortungsfreudige Ärzteschaft zu erhalten — auch wenn dabei vielleicht in dieser oder jener kleinen Landpraxis die letzte Diagnose nicht so schnell gestellt wird; in dem vor allem in Frage kommenden Industrie- und Großstadtmilieu sorgt schon die berufliche Konkurrenz für eine gute diagnostische Durchschnittsleistung.

Diesem angeführten Extrem in der Auffassung der TBC-Sprechstage steht das andere Extrem gegenüber, daß sich manche der selbständig arbeitenden Schwestern auf Außenstellen möglichst auf die organisatorische Betreuung der aktiven offenen Formen und der dazu gehörigen Umgehungsuntersuchungen beschränken wollen und schon die organisatorische Weiterbeobachtung der im ersten Röntgenang der Praxis erhobenen Verdachtsbelunde als Überlastung ablehnen möchten.

Wie bei allen Dingen im menschlichen Leben wird die praktisch brauchbare Wahrheit in der Mitte der extremen Auffassungen liegen.

#### Zusammenarbeit in der Diagnostik

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Praxis und Lungenfürsorge liegen aber gerade in der Behandlung solcher Überweisungsfälle besondere Reibungspunkte, die hier kurz nochmals unter diesem Gesichtspunkt besprochen werden sollen, weil sie bei beiderseits richtigem Verhalten durchaus vermeidbar sind.

Bei der Überweisung der Verdachtsfälle mit ersten Annäherungsdiagnosen aus dem ersten Untersuchungsgang der Praxis ist von vornherein damit zu rechnen, daß sich ein Teil der Fälle nicht als aktive und behandlungsbedürftige Fälle herausklärt — diese Fälle können aber nicht bei negativen Schlußdiagnosen gegen die zuweisenden Ärzte ausgespielt werden, wie das unerfahrene klinische Assistenten ohne Einsicht in die Arbeitsbedingungen der Praxis gerne tun. Unter diesen später nicht bestätigten Fällen wird ein guter Prozentsatz von den bronchopneumonischen Infiltrationen gestellt werden, wie sie jetzt bei Grippeperioden häufig auftreten oder überhaupt in der Kinderpraxis häufig sind. Hier ist dann die gesicherte Schlußdiagnose meist ohne große Hilfsmittel und Unkosten allein schon durch den Zeitfaktor der Nachkontrolle nach 4–8 Wochen gegeben.

In dieser Gruppe der im Kontrollgang negativen Durchleuchtungsfälle sind die dillizilsten die, in denen die Lebensmittelanträge abgelehnt werden. Wenn auch durchaus zugegeben werden muß, daß eine strenge Sichtung nötig ist, weil mancher Arzt weitherziger verschreibt als klinisch zu rechtfertigen ist, so ist es andererseits durchaus nicht so, daß jedes Attest leichtfertig verschrieben worden ist, das vor dem Schirm später keinen eindeutig beweisenden Belund mehr ergibt — es ist hier nochmals auf die technischen Grenzen der reinen Durchleuchtungsbeurteilung hinzuweisen, die auch dem größten Köhner Grenzen setzt und ihn abhalten sollten, diktatorische Rechte für seine Diagnosen zu beanspruchen und die weitere Beobachtung mit zu absoluten Diagnosen zu blockieren. Wenn nicht wirklich ein Gelälligkeitsattest nachweisbar ist, dann ist es wohl der klügste und taktvollste Weg, das Attest zunächst nur zu modifizieren und ihm eine kurze Laufzeit zu geben — in weiteren 4 Wochen hat der behandelnde Arzt genügend Möglichkeit den Fall durch eine persönliche Rücksprache oder klinische Einweisung zu klären; weitaus die meisten Fälle werden sich in 4 Wochen von selbst klären. Es ist sicher besser, wenn die kritische Sichtung des Attestes erst bei Vorliegen des Verlängerungsattestes einsetzt, denn es bedeutet eine durchaus unnötige Belastung des ärztlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Arzt und des kollegialen Verhältnisses zwischen prakt. Arzt und Fürsorgearzt, wenn die Kinder mit TBC-Verdacht schon sofort 8 Tage nach dem ersten Attest zur Fürsorge bestellt werden und dort das Attest sofort gestrichen wird, weil der Belund anders gedeutet

wird. Solche Schärpen des Untersuchungsganges sind auch bei strenger Auffassung über die Notwendigkeit einer scharfen Diagnostik vermeidbar; die Lungenfürsorge ist eine Betreuungsstelle mit gewissen Vorrechten, sie kann aber keine sakrosankte Kontrollstelle mit diktatorischen Vollmachten sein, besonders dann nicht, wenn ihre diagnostischen Unterlagen sich fast ausschließlich auf Röntgenkontrolle beschränken müssen, denn dann hat die Praxis mit der Temperatorkontrolle und den sonstigen Mitteln der Verlaufs kontrolle meist noch die bessere Fundierung für die diagnostische Beurteilung in der Hand.

Eine weitere Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit ist ferner, daß die Ärzte jeweils über die nächsten Termine der Röntgen-Sprechstage rechtzeitig unterrichtet werden, so daß sie schwierige Fälle evtl. selbst vorstellen können und mit persönlicher Rücksprache strittige Punkte klären können. Eine absolute Forderung ist ferner, daß dem behandelnden Arzt jeweils umgehend ein ausreichender Befundbericht zugeht — darauf hat er einen absoluten Anspruch; es ist unmöglich, daß der behandelnde Arzt nur vom Patienten erfährt, daß der Fürsorgearzt seine Zulagen abgelehnt habe, weil er nach dem Durchleuchtungsbehund nur eine alte inaktive TBC angenommen habe. Man soll die Bedeutung solcher kleiner Vorläufe nicht unterschätzen, denn sie schaffen letzten Endes die tägliche Arbeitsatmosphäre, die dafür bestimmend ist, ob die im Interesse der Patienten dringend wünschenswerte Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte möglich ist. Die Wahrung der nötigen taktvollen Diskretion bei der Besprechung der Diagnose mit dem Kranken und bei dem ihm hörbaren Diktat ist eine Aufgabe, die im Hochbetrieb einer Massenablertigung oft nicht leicht zu erfüllen ist. Alte Ärzte sind mit den Erfahrungen eines langen Berufslebens weise geworden und pflegen schweigend zu tolerieren — und sie dürften mit der Autorität des Alters am ehesten einmal ein Wort sagen — und junge Ärzte mit ihrer noch einseitigen klinischen Blickrichtung pflegen in ihrem Streben nach Anerkennung vor den Patienten zu reden und würden besser schweigen, besonders wenn sie die technischen Grenzen des Verfahrens und die traditionellen Grenzen des Untersuchungsganges noch nicht beherrschen.

Der Patient, der durch die gegebene Notwendigkeit einer doppelten Betreuung durch den individuell denkenden Hausarzt und die rationell-statistisch denkende Organisation notwendigerweise nicht nur zwischen zwei Ärzten, sondern oft auch zwischen zwei Pole der medizinischen Auffassungen seiner Krankheit gestellt ist, wirkt so immer als Zwischenträger für jedes unbedachte Wort und hat bei der menschlich engen Bindung zu seinem behandelnden Arzt meist mehr Vertrauen zu diesem als zur unpersönlich arbeitenden Organisation. Auf jeden Fall wird er beide Ärzte gegeneinander ausspielen, wenn es ihm für seine Zwecke vorteilhaft erscheint und er berichtet dann jede kleine Geste und Äußerung über seinen Befund sofort in übertreibender Weise dem behandelnden Arzt, wenn mit der Nachuntersuchung eine Ablehnung seiner Wünsche auf Kur und Zulage verbunden gewesen ist. Aus der Summe dieser kleinen Vorkommnisse entstehen dann die persönlichen Schwierigkeiten im ärztlichen Verkehr zwischen Praxis und Fürsorge.

#### Zusammenarbeit in der Therapie

Eine gute Zusammenarbeit ist auch bei dem Teil der weiteren Behandlung notwendig, der organisatorisch von der Fürsorge getragen wird, das ist der Kurantrag zum Heilverfahren. Als Teil der Therapie gehörte er ursprüng-

lich fast ganz in die Hände des behandelnden Arztes, der nach allen Umständen bei seiner Stellung vorwiegend die individuellen und subjektiven Momente des Falles mitsprechen ließ, die nicht immer mit den rationalen Momenten der klinischen und wirtschaftlichen Prognose übereinstimmen. Mit dem Ausbau der prognostischen Diagnose und der Umgehungsuntersuchung mit ihrer stärkeren Erfassung der Krankheitsfälle durch die Lungenfürsorge ging die Initiative immer mehr in die Hände der Organisation über, so daß jetzt allmählich ein Gewohnheitszustand erreicht ist, daß der behandelnde Arzt im Falle der Kurnotwendigkeit nur eine Mitteilung an die Lungenfürsorge gibt und diese die Ausstellung des Antrages nach Klärung aller Vorfragen übernimmt. Dieses Verfahren hat soweit Vorteile für den behandelnden Arzt, der von Pomulararbeiten entlastet wird.

Die Übergabe therapeutischer Funktionen an die Lungenfürsorge war durch den Umstand begünstigt, daß die Chronisch-Kranken von den Kassen nach längerer Krankheitszeit angesteuert wurden und nun ganz auf die Fürsorge angewiesen waren. Diese falsche Kassenpolitik ist jetzt beseitigt, so daß damit auch die Möglichkeit gegeben ist an dem Grundsatz festzuhalten, daß die laufende Behandlung grundsätzlich in die Hände des Hausarztes gehört. Wichtig ist dieser Grundsatz auch bei der Ausstellung der Lebensmittelatteste, die heute in vielen Fällen das sicherste Mittel der weiteren ärztlichen Kontrolle und Führung der chronischen TB-Kranken sind, weil sie den Kranken immer wieder in regelmäßigen Abständen zum Arzt führen. Bürgert es sich hier ein, daß die Kranken sich ihre laufenden Atteste im Anschluß an routinemäßige Durchleuchtungen bei der Fürsorge holen, dann kommt es schnell dazu, daß die Kranken überhaupt keiner ausreichend effektiven Überwachung mehr unterliegen, sondern durch unzweckmäßige Lebensweise den Verlauf ihrer Erkrankung sehr ungünstig beeinflussen. Besondere Wichtigkeit hat diese Frage jetzt bei den langen Wartezeiten zwischen Kurantrag und Kurbeginn — was bei den hier meist vorliegenden frischen exsudativen Fällen in wenigen Wochen durch unzweckmäßiges Verhalten ohne genügende Schonung (Sonnenbäder!) an therapeutischen Aussichten verloren geht, kann oft auch mit einer noch so langen Kur nicht wieder aufgeholt werden. Auch wenn eine sehr gute Fürsorgeschwester vorhanden ist, so wird der Behandlungserfolg besser sein, wenn sie sich mit ihren Beobachtungen an den behandelnden Arzt wendet, als wenn sie die Behandlung allein oder in loser Fühlung mit dem Fürsorgearzt durchführen will. Die Schäden einer Verwilderung des Patienten kann aber auch der behandelnde Arzt nicht allein vermeiden, weil er ja grundsätzlich keinem Kranken seine Behandlung aufzwingen kann, der ihn nicht ruft oder aufsucht, sondern sie lassen sich nur durch gute Zusammenarbeit der Fürsorgeschwester mit der Praxis vermeiden, indem die Patienten von der Fürsorgeschwester immer wieder in die ärztliche Überwachung und Behandlung gedrückt werden und dem behandelnden Arzt wichtige Beobachtungen weitergegeben werden. Wenn die Fürsorgeschwester sieht, daß dieser oder jener Patient von diesem oder jenem Arzt nicht genügend behandelt wird, dann wird die Initiative der Fürsorge notwendig sein, um dem behandelnden Arzt mit einem guten Rat zur Seite zu treten und kein verständiger Arzt wird einen solchen Rat als unerbetene Einnischung ablehnen, wenn er in taktvoller Weise an ihn herangebracht wird.

Die Tätigkeit der Fürsorge ist eine konsultative und administrative, sie soll keine therapeutisch-ordinierende sein.

Diese Grenzen müssen aus übergeordneten Gesichtspunkten streng eingehalten werden, wenn wir an dem Grundsatz der freien Arztwahl und des individuellen Krankenrechtes überhaupt festhalten wollen und nicht zum System des rein rationalen Zweckstaates kommen wollen, dessen unheilvolle Auswirkungen für die Psyche des Einzelnen wie des Volkes wir in den Vorkommnissen der überstandenen Diktatur und den Vorgängen in benachbarten Ländern genügend studieren können.

Die Lungenfürsorge ist eine Organisation, die bei vorwiegend charitativer erster Entwicklungszeit ihre weitere Entwicklung unter dem Impuls statistisch-rationaler Auswertung ihrer Erfahrungen immer mehr in die Richtung diktatorischer Omnipotenz genommen hat. Es muß zugegeben werden, daß sie in der diktaturgestützten letzten Entwicklung das Maximum in der möglichen Erfassung und Verhütung der Volksseuche Tuberkulose geleistet hat — es muß aber auch darauf hingewiesen werden, daß diese Entwicklungskurve schon die Lebenskurve schneidet, die eine jahrhundertalte Tradition dem ärztlichen Stand gezogen hat. Der ärztliche Beruf wird immer nur das Beste für den Kranken leisten können, wenn das Verhältnis des Arztes zum Patienten nicht die Basis eines individuellen Vertrauens auf dem Boden freier Wahl verliert und der freie Wille des Individuums, d. h. des Kranken, so weit respektiert wird wie es mit der Gesundheit der Allgemeinheit nur irgend vereinbar ist.

Die Fortsetzung der statistisch-rationalen Entwicklungskurve in der Idee der Lungenfürsorge führt zum Ambulatorium und müßte logischerweise sogar zur negativen Einstellung in der Frage des sozial wertlosen Lebens führen. Wenn wir auf Grund der gemachten Erfahrungen mit den Erscheinungen eines doktrinären staatlichen Rationalismus und im Bewußtsein der Grundlagen einer jahrtausendalten abendländischen Geistesentwicklung grundsätzlich an dem Prinzip der individuellen Freiheit festhalten wollen und die östlichen Lebensformen des allumfassenden Zwanges in der Regelung des staatlichen Gemeinschaftslebens ablehnen, dann muß diese Grundauffassung zu den Lebensgesetzen staatlichen und individuellen Seins auch in der Organisation einer so lebenswichtigen Staatsfunktion wie dem Gesundheitsdienst zum Ausdruck kommen.

Für die vorliegende einfache Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Lungenfürsorge heißt das, daß die organisationsbedingten Zwangsmaßnahmen nicht weiter geführt werden dürfen, wie zur Erreichung des Zweckes eines möglichst guten Schutzes der Bevölkerung vor der Volksseuche Tuberkulose unbedingt nötig ist, und daß andererseits die Organisationsformen einer individuell ausgerichteten ärztlichen Tätigkeit überall dort erhalten bleiben müssen, wo sie ohne wesentliche Einbuße für das Organisationsprinzip einer wirkungsvollen Tuberkulosebekämpfung im Interesse der Erhaltung eines gesunden ärztlichen Vertrauensverhältnisses als Grundlage jeder ärztlichen Wirksamkeit in der Krankenbetreuung erhalten bleiben können.

Dieser Satz gilt nicht nur im Fachgebiet der Tuberkulose, sondern im Lebensgebiet der ganzen Medizin, wo nicht auf dem Boden einseitig wirtschaftlich-rationaler Verwaltungsvorstellungen die individuelle Freiheit der Arztwahl und der Behandlung ohne dringende Not durch mehr oder minder diktatorisch arbeitende Institutionen ersetzt werden kann, wenn man wirklich die Absicht hat, dem werdenden neuen Staat die Idee demokratischer Selbstverwaltung seiner einzelnen Lebensfunktionen zu geben.

## AMTLICHES

### Verordnung zur Aenderung der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 21.8.48

Auf Grund des § 5 Abs. 2 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. 6. 1900 (RGBl. S. 306) sowie des § 12 des Gesetzes zur Bekämpfung der Papageienkrankheit (Psittacosis) und anderer übertragbarer Krankheiten vom 3. 7. 1934 (RGBl. I, S. 532) und des Gesetzes Nr. 122 über den Erlass von Rechtsverordnungen auf Grund vormaligen Reichsrechtes vom 8. 5. 1948 (GVBl. S. 82) wird verordnet:

#### § 1

In § 2 Abs. 1 Abschnitt A Ziff. 11a der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. 2. 1938 (RGBl. I, S. 1721) — ansteckende Lungen- und Kehlkopftuberkulose — wird das Wort „ansteckende“ gestrichen.

Die Anzeigenpflicht erstreckt sich demgemäß auf alle Formen von Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

#### § 2

Diese Verordnung tritt am 1. September 1948 in Kraft.

München, 21. August 1948

Bayerisches Staatsministerium des Innern  
Dr. Ankermüller, Staatsminister.

### Streptomycin

Bezug: ME vom 5. Aug. 1948 Nr. 5411 c 578 (veröffentlicht im Bayerischen Arzteblatt Nr. 15/16).

Ergänzend zu der oben angezogenen ME. erweist es sich auf Grund der in den letzten Tagen gesammelten Erfahrungen als notwendig, hinsichtlich der Anwendung, Beschaffung und Abgabe von Streptomycin noch auf folgende Tatsachen hinzuweisen:

Eine Verwendung von Streptomycin kann nur in Kliniken, Krankenhäusern und Tbc-Anstalten erfolgen. Die Verordnung und die Anforderung beim Behandlungszentrum, Schwabinger Kinderkrankenhaus, Prof. Husler, muß durch den Chefarzt des Krankenhauses erfolgen. Sie hat zu enthalten:

Name und Alter des Patienten,  
Beginn der Krankheit,  
Symptome und bisheriger Verlauf,  
Menge des angeforderten Streptomycins.

Für die Behandlung der tuberkulösen Meningitis werden nach den bisherigen Erfahrungen durchschnittlich folgende Dosierungen angewandt:

Kinder unter 2 Jahren ca. 0,6 g pro Tag,  
Kinder über 2 Jahren ca. 1,0 g pro Tag,  
Erwachsene ca. 1—2 g pro Tag.

Angaben über Stabilität, Toxicität usw. sind aus dem jeder Packung anliegenden Prospekt zu ersehen.

Bei Beendigung jeder Streptomycin-Behandlung oder bei vorzeitigem Abbruch ist durch den behandelnden Krankenhausarzt ein Schlußbericht über jeden einzelnen Fall beim Staatsministerium des Innern direkt einzureichen.

Dieser muß enthalten:

Name und Alter des Patienten,  
Krankenhaus und behandelnder Krankenhausarzt,  
Krankheitsbezeichnung,  
Krankheitsverlauf,  
angewandte Streptomycinmenge,  
Behandlungserfolg oder -Mißerfolg.

Die Lagerung des Streptomycins kann ohne Schaden bei Zimmertemperatur erfolgen.

Nachdem die Einfuhr zunächst nur im beschränkten Umfange erfolgt, können als Höchstmenge für einen Zeitraum von 14 Tagen nur 14 gr Streptomycin zur Abgabe gelangen.

Der kürzeste zur Beschaffung von Streptomycin einzuschlagende Weg ist zur Zeit folgender:

Die vom Krankenhausarzt ausgestellte Anforderung von Streptomycin muß von Herrn Prof. Husler oder einem von ihm beauftragten Vertreter schriftlich bestätigt werden. Um unnötige Fahrtkosten zu ersparen, wird sich der behandelnde Kranken-

hausarzt zweckmäßigerweise durch telefonischen Anruf bei Herrn Prof. Husler unter kurzer Schilderung des bisherigen Krankheitsverlaufs vergewissern, ob in dem einzelnen Fall überhaupt die Einleitung einer Streptomycinbehandlung zweckdienlich erscheint. Mit der bestätigten Anforderung muß dann bei der Verwaltung der Poliklinik, Pettenkofferstr. 8a (nicht wie mit ME. vom 5. August angeordnet in der Amtskasse der Universitätsklinik), die Kaufsumme bezahlt werden. Die Verwaltung der Poliklinik ist geöffnet:

Werktags von 8—16.30 Uhr,

Samstag von 8—13.00 Uhr,

Samstagnachmittag, Sonn- und Feiertage ist sie geschlossen.

Mit der dort ausgestellten Quittung über den bezahlten Betrag kann dann die Abholung des Streptomycins in der Apotheke der Poliklinik erfolgen.

I. A.

gez. Dr. Hager.

Streptomycin steht zur Verfügung und wird zum nunmehr ermäßigten Preise von 5.30 DM. pro Gramm abgegeben, vorherige Genehmigung durch das Behandlungszentrum für Bayern in der Kinderklinik Schwabing (Prof. Dr. Husler) ist erforderlich. Die Bezahlung der genehmigten Streptomycinmenge erfolgt bei der Verwaltung der Universitäts-Poliklinik München, Pettenkofferstr. 8a, die Abgabe durch die Apotheke der klinischen Universitätsanstalten im gleichen Hause.

Zur Behandlung kommen vorläufig nur Fälle von tuberkulösen Gehirnhautentzündungen, Miliartuberkulose und Influenza-Gehirnhautentzündung. Streptomycin-Zuteilung für andere Fälle ist nur mit besonders dringender Begründung möglich.  
gez. Dr. Aub.

### Fünfter Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf

Der 5. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wird in der Zeit vom 2. November 1948 bis zum 25. Februar 1949 mit einer Unterbrechung durch die Weihnachtsferien vom 18. 12. 1948 bis zum 9. 1. 1949 abgehalten. Der Umfang der Ausbildung und die Bedingungen sind aus dem Programm und der neugefaßten Prüfungsordnung für Amtsärzte zu ersehen. Das Vorlesungsverzeichnis ist noch nicht fertiggestellt. Es wird den Lehrgangsteilnehmern rechtzeitig vor Beginn des Lehrganges zugestellt werden. Bei rechtzeitiger Anmeldung wird die Lehrgangsteilnahme bestrebt sein, wie in früheren Lehrgängen den Lehrgangsteilnehmern möblierte Zimmer durch Vermittlung des Wohnungsamtes oder des Studentenhilfswerkes nachzuweisen. Für eine Gemeinschaftsverpflegung wird gesorgt. Da die Zahl der Ausbildungsplätze in den praktischen Kursen begrenzt ist, wird um rechtzeitige Anmeldung möglichst bis zum 1. 10. 48, gebeten. Anfragen an die Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Landeshaus — Sozialministerium.

Die Prüfungsordnung für Amtsärzte und das Programm wurden vom Sozialminister des Landes Nordrhein-Westfalen am 24. April 1948 veröffentlicht.

### Die zur Zeit geltenden Bestimmungen über Beschäftigungsbeschränkungen

Auszug aus dem Mitteilungsblatt Nr. 41 vom 9. 6. 1948 des Bayerischen Staatsministeriums für Sonderaufgaben.

Unter Berücksichtigung der Änderungen, die das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot des Befreiungsgesetzes durch die Änderungsgesetze vom 7. 10. 1947 (Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 15) und vom 25. 3. 1948 (Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 8) sowie durch die Außerkraftsetzung des Gesetzes Nr. 8 der Militärregierung (Mitteilung der Militärregierung für Deutschland US APO 742/AG 010/CA vom 4. 5. 1948) erfahren hat, werden die zur Zeit geltenden Bestimmungen über Beschäftigungsbeschränkungen im folgenden zusammengefaßt:

I. Vor rechtskräftiger Entscheidung der Spruch- bzw. Berufungskammer:

A. Personen, die in Klasse I des Teils A der Anlage zum BefrG. fallen, dürfen nicht anders als in gewöhnlicher Arbeit tätig sein oder beschäftigt werden (Art. 58 Abs. 1 BefrG. in der Fassung vom 25. 3. 1948). Hierbei gilt im einzelnen folgendes:

- a) 1. Wer schon immer in gewöhnlicher Arbeit tätig war, darf diese ohne besondere Genehmigung weiter ausüben.
2. Wer in nichtgewöhnlicher Arbeit tätig war, aber vor Inkrafttreten des Befreiungsgesetzes (5. 3. 1946) in gewöhnliche Arbeit umgesetzt worden ist, darf diese auch in der gleichen Behörde oder im gleichen Betrieb leisten.
3. Wer erst nach Inkrafttreten des Befreiungsgesetzes in gewöhnliche Arbeit umgesetzt worden ist, darf nur in einer anderen Behörde oder in einem anderen Betrieb beschäftigt werden.

- b) In nichtgewöhnlicher Arbeit dürfen die unter A. 1) aufgeführten Personen nur tätig sein,
  1. mit einer einstweiligen Befreiung durch den Minister für politische Befreiung gem. Art. 60 BefrG. oder
  2. mit einer endgültigen Genehmigung der Militärregierung.

c) Die unter a) und b) aufgeführten Beschränkungen gelten nicht für Personen, die unter die Voraussetzungen des Art. 58 Abs. 3 BefrG. fallen. Diese Voraussetzungen müssen bereits bei Inkrafttreten des BefrG. vorgelegen haben.

- 2) Personen, denen auf Grund einer einstweiligen Anordnung gem. Art. 40 BefrG. die Weiterbeschäftigung verboten wurde, unterliegen den in der einstweiligen Anordnung zum Ausdruck gebrachten Beschränkungen.

B. Personen, die in Klasse II des Teils A der Anlage zum BefrG. fallen oder die ohne in Klasse II zu fallen Mitglieder der NSDAP. oder deren Gliederungen gewesen sind, dürfen fortan auch nichtgewöhnliche Arbeit leisten, und zwar auch bei der gleichen Behörde oder im gleichen Betrieb.

Mitglieder der NSDAP. oder deren Gliederungen (ausgenommen HJ. und BdM.) dürfen jedoch in kein öffentliches Amt gewählt werden und keine verantwortliche Stelle im öffentlichen Dienst (Beamte oder Angestellte des höheren Dienstes, Behörden- und Abteilungsleiter, Personalchefs und Personal-Sachbearbeiter) innehaben und nicht als Lehrer, Prediger, Redakteure, Schriftsteller oder Rundfunk-Kommentatoren tätig sein. Sie dürfen auch nicht als Inhaber, Gesellschafter, Pächter, Aufsichtsratsmitglieder, Vorstandsmitglieder, Direktoren, Prokuristen, Handlungsbevollmächtigte, Präsidenten, Vizepräsidenten, Geschäftsführer, Betriebsleiter, Personalchefs oder Personal-Sachbearbeiter in Unternehmen oder Betrieben mit mehr als 50 Arbeitnehmern oder mit einem Einheitswert des Unternehmens von mehr als 1 Million Reichsmark tätig sein (Art. 58 Abs. 3 a BefrG.).

Ausnahmen hiervon können eintreten:

1. bei einstweiliger Befreiung durch den Minister für politische Befreiung gem. Art. 60 BefrG.,
2. bei endgültiger Genehmigung durch die Militärregierung.

C. Personen, die auf Grund der Anordnung der Militärregierung von öffentlichen Ämtern und anderen Stellen entfernt oder ausgeschlossen sind, dürfen in diesen nicht wieder beschäftigt werden, bis die Kammer rechtskräftig zu ihren Gunsten entschieden hat (Art. 59 Abs. 2 Satz 1 BefrG.).

D. Diese Bestimmungen gelten bis zur Rechtskraft der Spruchkammer-Entscheidung, Wird der Spruch gem. Art. 52 aufgehoben, so treten die Beschränkungen des Art. 58 und Art. 59 Abs. 2 erneut in Kraft. Hier ist zu beachten, daß durch das Einlegen des Rechtsmittels der Berufung (Art. 46 BefrG.) ebenfalls die Beschränkungen des Art. 58 und 59 Abs. 2 in Kraft bleiben.

II. Nach rechtskräftiger Entscheidung der Spruchkammer:

1. Die Beschäftigungsbeschränkungen sowie Neu- und Wiedereinstellungen regeln sich nach den gesetzlichen Bestimmungen unter Zugrundelegung der Spruchkammer-Entscheidung (Art. 15, 16, 17 und 18 BefrG.).

2. Für die Wiedereinstellungen in den öffentlichen Dienst gelten in Bayern die Bestimmungen der Verordnung 113 vom 29. 1. 47 des Bayer. Staatsministeriums der Finanzen (Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 7) und die zu dieser Verordnung erlassenen Ergänzungen und Durchführungsbestimmungen.

3. Wiedereinstellungsgenehmigungen der Militärregierung bei der Wiedereinstellung von Personen, die auf Anordnung der Militärregierung entlassen worden waren, sind nicht mehr erforderlich. Früher ergangene ablehnende Entscheidungen der Militärregierung (Letter of Non-Concurrence) können fortan unbeachtet bleiben (Mitteilungsblatt des Staatsministeriums für Sonderaufgaben Nr. 7/8 vom 6. 4. 1948, S. 28).

München, den 25. Mai 1948.

I. V.: C. Sachs.

## Zusatzseife für operative Eingriffe an freiberufliche Ärzte

Unter dem 18. August 1948 teilt das Bayerische Landeswirtschaftsamt folgendes mit:

„Nach den vorgeschriebenen Richtlinien kann an Kranken- und Entbindungsanstalten Kernseife für Operationszwecke zugeteilt werden. Die Höhe der Zuteilung richtet sich nach der Zahl der Operationen, und zwar kann für je 8 stationäre Operationen oder für je 16 ambulante Operationen

1 Stück Kernseife à 60 g

zugeteilt werden. Als Operation ist nur anzusehen ein Eingriff, der in das Operationsbuch eingetragen worden ist. Die Krankenanstalten haben bei Stellung von Anträgen dem Wirtschaftsamt die im letzten Vierteljahr durchgeführten Operationen anhand des Operationsbuches anzugeben, und zwar getrennt nach ambulanten und stationären Operationen. Es hat seine Richtigkeit, daß ein Teil der freiberuflichen praktischen Ärzte in ihrer Privatpraxis operative Eingriffe vornehmen, die als ambulante Operationen zu bezeichnen sind. Jedoch eine Kernseifenzuteilung konnte auf Grund der o. a. Richtlinien bisher nicht erfolgen. Mit Einverständniserklärung der Verwaltung für Wirtschaft wird mit sofortiger Wirkung die Zuteilung von Kernseife auch an freiberufliche Ärzte ausgedehnt, die in ihrer Privatpraxis operative Eingriffe vornehmen, die als ambulante Operationen zu bezeichnen sind und können für 16 ambulante Operationen nunmehr auch an freiberufliche Ärzte

1 Stück Kernseife à 60 g

zugeteilt werden.

Freiberufliche Ärzte, die in ihrer Privatpraxis derartige operative Eingriffe vornehmen, sind verpflichtet, ein Operationsbuch zu führen. Bei Stellung von Anträgen haben nunmehr auch die freiberuflichen Ärzte dem Wirtschaftsamt die im letzten Vierteljahr durchgeführten ambulanten Operationen anhand des Operationsbuches anzugeben.“

## Berichtigungen

1. **Zulassungsordnung:** In dem Bestreben, allen Kollegen die neue Zulassungsordnung so rasch als möglich zur Kenntnis zu bringen, wurde in Nr. 15/16 des „Bayerischen Arzteblattes“ die Zulassungsordnung für Ärzte, wie sie in der Britischen Zone in Kraft ist, wiedergegeben, die sich mit dem Text der Bayerischen Zulassungsordnung im Wortlaut deckt. Die Veröffentlichung der Bayerischen Zulassungsordnung war zu dem Zeitpunkt des Erscheinens der Nr. 15/16 des Bayerischen Arzteblattes nicht statthaft, da sie im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt noch nicht erschienen war. (Erfolgte inzwischen in Nr. 18 des G. V. Bl.) Dabei wurden versehentlich die Übergangsbestimmungen mit zum Abdruck gebracht. Diese Übergangsbestimmungen haben jedoch nur für die Britische Zone Gültigkeit. Für Bayern ist eine Bekanntgabe der Übergangsbestimmungen bis jetzt noch nicht erfolgt. Die Daten dieser Übergangsbestimmungen werden jedoch die gleichen bleiben, wie sie Dr. Landauer in seinem Vorwort auf Seite 91, Ziff. 3, Nr. 15/16 des Bayerischen Arzteblattes mitgeteilt hat.

2. **Kreisverbände und Bezirksvereine.** Bei den in Nr. 14 des B. A.-Bl. veröffentlichten Anschriften und Telefonnummern der Kreisverbände und Bezirksvereine ergeben sich nachfolgende Veränderungen:

Für den Ärztl. Bezirksverein Bamberg (Stadt- und Landkreis Bamberg, Forchheim, Ebermannstadt, Höchststadt-Aisch):  
Geschäftsstelle: Bamberg, Kunigundendamm 26/09, Tel. 841

1. Vors.: Dr. K. Schuster, Bamberg, Herzog-Max-Straße 1, Tel.: 841
2. Vors.: Frau Dr. Hetti Walter, Bamberg, Markusstr. 1, Tel.: 307

Für die Ärztl. Bezirksvereinigung Nürnberg und Umge-

bung (Nürnberg, Lauf, Hersbruck) Tel.-Nr.: 51751 (Am Keßlerplatz 5).

Bezirksverein Erlangen-Fürth (Erlangen, Fürth, Neustadt):  
1. Vors. Dr. Sponheimer, Fürth, Amalienstr. 46.

3. Zu „Zusammenarbeit der Praxis mit der Lungenfürsorge“:  
Der Name des Autors lautet Dr. Gerhard Gmeiner (nicht wie angegeben wurde „Meiner“).

## MITTEILUNGEN

### Amerikanische Studienkommission

Anfangs August 1948 kam auf Veranlassung des „Unitarian Service Committee“ in Amerika eine Kommission von 15 hervorragenden amerikanischen medizinischen Wissenschaftlern nach Deutschland, die deutsche Universitäten und medizinische Institute in den drei Westzonen und in Berlin besuchten „zum Zwecke der Beobachtung, Konsultierung, Beratung und zur Wiedererrichtung des Kontaktes mit der deutschen Ärzteschaft.“

Während ihres Aufenthaltes in München, bei dem die Herren Vorträge aus ihren Fachgebieten hielten, hatte Herr Dr. Hense Gelegenheit, in persönlicher Aussprache die Probleme der bayerischen Ärzteschaft ausgiebig zu diskutieren und besonders auf die besorgniserregende Überfüllung des Arztherufes in Bayern aufmerksam zu machen, zu dessen Behebung u. a. auch Auswanderungsmöglichkeiten dringend notwendig wären. Die Herren zeigten volles Verständnis. Am 11. 9. 1948 erhielt Dr. Hense von einem der führenden Herren folgendes Telegramm:

„Es werden Pläne erwogen, um approbierte Allgemeinpraktiker zuzulassen, die politisch einwandfrei sind, die nach Dienstleistung von einigen Jahren in Landgemeinden und Kliniken von Kentucky oder Staatlichen Nervenkrankenanstalten — wobei Psychiater bevorzugt werden — volle Staatslizenz und möglicherweise Anleihen bekommen werden. Sind Bewerber vorhanden, bitte möglichst Drahtnachricht.“

Herr Dr. Hense hat sich sofort mit dem Absender ins Benehmen gesetzt um nähere Angaben über Alter, Ausbildungsbedingungen usw., vor allem über die Anzahl der in Frage kommenden Ärzte zu erhalten und wird sofort nach Eingang der Information weiteres mitteilen.

Wenn es sich bei dieser Angelegenheit auch vorläufig nur darum handelt, daß „Pläne erwogen werden“, hat die Bayerische Landesärztekammer alles Interesse daran, bald zu erfahren, wie viel Kollegen im Falle der Verwirklichung bereit sind, eine derartige Stellung anzunehmen. Nach einer nochmaligen kurzen Mitteilung an Dr. Hense kämen zunächst „nur gut ausgebildete prakt. Ärzte und Psychiater“ in Frage. Wir bitten interessierte Kollegen vorläufig nur um ihre Anschrift an die Bayerische Landesärztekammer, zu Händen des 2. Vorsitzenden, Dr. Hense.

### Resolution zur Frage des Medizinstudiums

Der Ärztliche Bezirksverein München-Stadt und -Land hat in seiner Vollversammlung am 31. 7. 48 einstimmig nachfolgende Resolution angenommen, und dieselbe den folgenden Körperschaften übersandt: der Bayerischen Staatsregierung, den Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer, dem Bayerischen Senat, dem Bayerischen Landtag und den Fraktionen der politischen Parteien sowie den Landesuniversitäten.

#### RESOLUTION.

Die Ärzteschaft Münchens stellt auf ihrer Vollversammlung am 31. Juli 1948 in der Anatomie einstimmig folgendes fest:

Die soziale Not eines großen Teils der Ärzteschaft hat in den letzten Wochen einen Höhepunkt erreicht.

Der Grund liegt in der untragbaren Überfüllung des ärztlichen Berufes nicht nur in den Großstädten wie München, sondern in ganz Bayern, ja in der gesamten westlichen Besatzungszone. Nach genauen Erhebungen der Bayerischen Landesärztekammer hat die Zahl der Ärzte gegenüber dem Jahre 1937 um 111 % zugenommen, während die Bevölkerung lediglich eine Zunahme von 34,7 % aufweist. Das bedeutet, daß in ganz Bayern allein 4663 Ärzte bei großzügigster Berechnung des Bedarfes zuviel sind.

Die in den letzten Wochen eingetretene Währungsreform hat diesen Zustand mit einem Schlag wesentlich in seiner Auswirkung verschärft. Junge sowie auch ältere Kollegen stehen plötzlich vor dem Nichts, da die Privatpraxis bedeutungslos geworden ist und die verbliebenen Fürsorgegelder der Berufsorganisation durch die Währungsreform fast aufgezehrt sind.

Die Ärzteschaft ist gewillt, aus eigenen Mitteln heraus freiwillig die größte Not ihrer jungen und alten Kollegen, soweit es in ihren Kräften steht, zu lindern. Daß es sich hierbei nur um eine vorübergehende Notmaßnahme handeln kann, ist selbstverständlich. Die Ärzteschaft sieht sich daher gezwungen, alle maßgeblichen Stellen der Staatsregierung und des öffentlichen Lebens auf diese Zustände aufmerksam zu machen und besonders zu bitten, den Zustrom zum Studium der Medizin weitgehendst zu drosseln. Praktisch besteht für eine ganze Generation kein wesentlicher Arztbedarf und die jungen Kollegen von den Universitäten haben nach Beendigung ihrer Studien in der Regel keinerlei Aussicht, ihre Existenz fristen zu können.

Die Ärzteschaft bittet die maßgebenden Stellen ferner, die Errichtung von Fürsorgeeinrichtungen und Darlehen etc. für junge medizinische Semester gründlich zu prüfen, da anzunehmen ist, daß derartige Unterstützungsmaßnahmen für beide Teile — Arzt und Einzelperson — absolut unproduktiv sind und ein Volk in unserer Lage es sich nicht leisten kann, Ausgaben für zwecklose Studien zu machen.

Es wird daher eine strenge Auslese sowohl bei Beginn, als auch während der ersten Semester des Studiums vorgeschlagen, nach der nur erstklassige und weit überdurchschnittliche junge Kollegen ihr Studium fortsetzen können. Wir halten es für unsere Pflicht, diese Tatsachen sämtlichen maßgeblichen Stellen mitzuteilen und unsere warnende Stimme zu erheben.

### Ärztetag

Der Beratungsausschuß der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hat am 1. Sept. 1948 beschlossen, am 16. Okt. 1948 einen Ärztetag in Stuttgart abzuhalten.

Die Tagesordnung wird wie folgt festgelegt:

1. Prof. Dr. Hellpach, Heidelberg: Die Berufsfreiheit in der Gesellschaftsordnung.
2. Dr. Weiler, München: Vom Werden des Arztes und der Ordnung seines Berufslebens.
3. Dr. Neuffer, Stuttgart: Der Arzt, seine Berufung und seine Berufsvertretung.
4. Dr. Dobler, Tübingen: Gemeinschaftsaufgaben der Ärzteschaft auf dem Gebiete des Gesundheitswesens.
5. Dr. Griesbach, Augsburg: Die Bekämpfung der Volksseuche Tuberkulose.
6. Dr. Sievers, Hannover: Die Stellung des Arztes in der Sozialversicherung. Bericht über die Tagung der Kassenärztlichen Vereinigungen.
7. Dr. Schlöggell, Bad Nauheim: Pflichten und Rechte des Krankenhausarztes.

### Tagungskalender

Entnommen aus Nr. 18 der „Medizinischen Klinik“.

2. 10.: Erste Nachkriegsversammlung südwestdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte in Rothenburg o. d. Tauber; Anmeldungen an Dr. Pellnitz, Würzburg, Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik.
- 2.—8. 10.: Erste Nachkriegstagung der deutschen Tuberkulosegesellschaft (Sitz Hannover) in Wiesbaden. Verhandlungs-

Themen: Stand der Tuberkuloseschutzimpfung, Klinik der Tuberkulose und Fortschritte der Tbc-Therapie. Anmeldungen zur Teilnahme an den Schriftführer, Dr. med. habil Kalkoff, Handorf bei Münster, Westf., Lupusheilstätte. Anmeldungen zu Kurzvorträgen sind beim Vorsitzenden, Dr. Ickert, Hannover-Kirchrode, Bleekstr. 22 zu machen.

- 12.—16. 10.: Milchwirtschaftliche Woche in Kiel. Die Versuchs- und Forschungsanstalt für Milchwirtschaft in Kiel, Hermann-Weigmann-Str. 3—11 wird mit Unterstützung der Förderer und Freunde der Anstalt vom 12.—16. Oktober ds. Jahres eine Milchwirtschaftliche Woche veranstalten.
- 15.—17. 10.: Tagung der Vereinigung der Rheinisch-Westfälischen Dermatologen in Bonn. Vom 15.—17. Okt. ds. Jahres findet in Bonn eine Tagung der Rheinisch-Westfälischen Dermatologen unter dem Vorsitz des Prof. Dr. Moncorps, Münster, statt. Anmeldungen erbeten an Herrn Prof. Dr. Grütz, Bonn, Universitäts-Hautklinik.
16. 10.: Tagung der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztervereinigung in Essen. Nachdem die Genehmigung der britischen Militärregierung vorliegt, hat die Rheinisch-Westfälische Kinderärztervereinigung ihre Tätigkeit wieder aufgenommen. Die nächste Tagung ist für den 16. 10. 48 in Essen geplant. Der 1. Vorsitzende für 1948 ist Herr Prof. Dr. Bossert, Dir. der Kinderklinik Essen. Anmeldungen zur Mitgliedschaft an Herrn Med.-Rat Dr. Ruppe, Gesundheitsamt Remscheid.

### An die Evangelische Ärzteschaft Bayerns

Im Schloß Tutzing, dem Freizeitenheim der evang. Kirche, wird vom 28. September bis 1. Oktober eine Tagung stattfinden, bei der u. a. Prof. Dr. Siebeck-Heidelberg über „Die Grundlagen von den Grenzen ärztlichen Erkennens“, Prof. Dr. Paul Tournier-Genf über „Geistige und weltliche Seelsorge in der Medizin“ und Pfarrer Hubert Sondermann über „Seelsorge und Psychotherapie“ sprechen werden. Die Leitung der Tagung liegt bei Dr. med. A. Knorr, Auskunft und Anmeldung bei dem Büro des Freizeitenheimes Schloß Tutzing, Telefon 0258/466.

### Vortragsabende in München

Am Dienstag, 28. IX. spricht auf Veranlassung der Amerikanischen Militärregierung um 20.00 Uhr s. t. im Hörsaal der Anatomie Professor Dr. Cathis von der Kinderklinik in London über das Thema „Streptomycin und seine therapeutische Anwendung! Als Einladende zeichnen die Vereinigung Prakt. Ärzte zusammen mit der Universität, den Facharztvereinigungen und dem Ärztlichen Verein.

Am Freitag, 8. X. findet ein Vortragsabend der Vereinigung Praktischer Ärzte im Hörsaal der Anatomie um 19.30 Uhr s. t. statt.

Es sprechen:

1. Dr. Reischle über „Kassenärztliche Fragen und Notstand der Ärzte“
  2. Reg.-Rat Wingenter und Dr. Luber über „Arztversorgung nach der Währungsreform“
  3. Professor Dr. Husler referiert über das Thema „Seuchen und deren Bekämpfung“.
- Alle Kolleginnen und Kollegen sind eingeladen.

### Verwaltungsamt für Arbeit

Nachdem in Frankfurt das Verwaltungsamt VI als Verwaltungsamt für Arbeit errichtet worden war, wurde Anton Storch zum Arbeitsdirektor dieses Verwaltungsamtes gewählt. Die Wahl erfolgte mit 32 Stimmen von den 104 Abgeordneten des Wirtschaftsrates. 16 Stimmen erhielt Ministerialrat Sauerborn. Gegen die Wahl Storchs hat man Bedenken wegen seiner Einstellung zur Sozialversicherung und wegen seiner Absicht, als seinen Stellvertreter Präsident Scheuble aus Lemgo zu gewinnen. Es wurde befürchtet, daß damit die Sozialversicherung aus der Bahn einer organischen Fortentwicklung der klassischen Sozialversicherung herausgerissen und die Richtung auf eine Einheitsversicherung hin nehmen würde.

In einer Pressekonferenz erklärte Dir. Storch jedoch, die Einheitsversicherung sei praktisch unmöglich. Entweder werde die Sozialversicherung beibehalten, dann müßten Beiträge und Lei-

stungen in gewissen Relationen zu einander stehen, oder aber es werde dem englischen Beispiel des Beveridge-Planes gefolgt und eine Sozial-Steuer erhoben, die jedem eine Mindestversorgung bei Krankheit und Alter garantiert. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen in Deutschland sei der letzte Weg in naher Zukunft kaum gangbar. Neue Sozialreformen dürften nicht mehr eine Versicherung der wirtschaftlich Schwachen darstellen, sondern hätten als Abdeckung sozialer Rechtsansprüche an die Wirtschaft und nicht an den Staat zu gelten. Nur so könne der arbeitenden Bevölkerung die Furcht vor Krankheit und Arbeitsunfähigkeit im Alter genommen werden.

Arbeitsdirektor Storch ist geboren am 1. 4. 1892 in Fulda, trat 1910 dem Verband Deutscher Holzarbeiter bei. 1921 wurde er Vorsitzender der Christlichen Gewerkschaft in Hessen. Von 1923 an bekleidete er den Posten des Vorsitzenden des Christlichen Gewerkschaftsbundes in Niedersachsen, den er bis 1933 innehatte. 1945 trat Storch bei der Gründung des Allgemeinen Gewerkschaftsbundes hervor.

### Verband der Krankenhausärzte

Auf dem Internisten-Kongreß am 20. 5. 48 wurde der Verband der Krankenhausärzte in Bayern gegründet. Mit der vorläufigen Führung der Geschäfte wurde Herr Cheadart Dr. Lurz betraut.

Alle Krankenhausärzte, die dem Verbands beitreten wollen, werden gebeten, ihre Anschrift umgehend bekanntzugeben an: Herrn Cheadart Dr. Lurz, Aschaffenburg, Städtisches Krankenhaus.

### Ausländische Fachzeitschriften

Für diejenigen Kollegen, welche sich für ausländische Fachliteratur interessieren, geben wir nachstehend die Zeitschriften bekannt, die in den Amerikahäusern der amerikanischen Militärregierung aufliegen und im wissenschaftlichen Lesesaal benutzt werden können.

Wie bereits in der Tagespresse bekanntgegeben wurde, besteht die Einrichtung der Amerikahäuser in folgenden Städten Bayerns: München, Würzburg, Bamberg, Coburg, Erlangen, Nürnberg, Regensburg und Augsburg. Die nachstehend aufgeführten Zeitschriften liegen dort, beginnend mit dem Jahrgang 1946, auf. In den Amerikahäusern der Städte München, Würzburg, Nürnberg und Regensburg liegen sämtliche aufgeführten Zeitschriften auf, während in den übrigen Amerikahäusern zur Zeit nur der größte Teil derselben zur Verfügung steht.

### Medizinische Zeitschriften

- Immunbiologie**  
Journal of allergy
- Anatomie**  
Acta anatomica  
American Journal of anatomy
- Bakteriologie,**  
**Parasitologie**  
Journal of immunology  
Bacteriological reviews  
Journal of Bacteriology  
Journal of Parasitology  
Schweizer Zeitschrift für Pathologie und Bakteriologie
- Biologie**  
Annals of applied Biology  
Biological Abstracts  
Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine  
Yale Journal of Biology and Medicine  
Quarterly Reviews of Biology
- Zahnheilkunde**  
Dentistry  
Journal of Dental Research  
Dental Digest  
Journal of the American Dental Association  
Journal of Orthodontics and Oral Surgery  
Schweizer Monatsschrift für Zahnheilkunde  
Deutsche Dentistische Zeitschrift
- Dermatologie**  
Archives of Dermatology and Syphilology  
Dermatologica  
Journal of Investigative Dermatology

**Verdauungs-System**  
American Journal of Digestive Disease  
Journal of the American Dietetic Association

**Endocrinologie**  
Journal of Clinical Endocrinology

**Gynäcologie,  
Gehurtshilfe**  
American Journal of Obstetrics and Gynecology  
Surgical Gynecology and Obstetrics

**Herz**  
American Heart Journal

**Krankenhäuser**  
Hospital Management  
The Modern Hospital

**Hygiene**  
American Journal of Hygiene  
American Journal of Public Health  
Journal of Industrial Hygiene and Toxicology  
Journal of Social Hygiene  
Mental Hygiene  
Public Health Nursing  
Public Health Reports.  
Rapport Epidemiologique and Relevée  
Journal of Infectious Diseases  
The Research Quarterly

**Medizin**  
Grenzgebiete der Medizin  
Ärztliche Monatshefte für berufliche Fortbildung  
American Journal of the Medical Sciences  
Praxis Schweizer Rundschau für Medizin  
Annals of Internal Medicine  
Archives of Internal Medicine  
Archives of Physical Medicine  
British Medical Journal  
Diseases of the Chest  
Gastroenterologica  
Hygeia  
Journal of the American Medical Association  
International Medical Digest  
Journal of Experimental Medicine  
Journal of Laboratory and Clinical Medicine  
Lancet  
Medical Clinics of North-America  
Modern Medicine  
New England Journal of Medicine  
Journal of Nutrition  
Annales de Médecine

**Säuglingspflege**  
American Journal of Nursing  
Public Health Nursing

**Ophthalmologie**  
American Journal of Ophthalmology  
Transactions American Academy of Ophthalmology  
Eye, Ear, Nose, Throat Monthly  
Oral Surgery  
Optical Journal  
Optometric World  
The Optometric Weekly  
The Sight-Saving Review

**Oto-Rhino-Laryngologie**  
Annales of Otology  
Archive of Otolaryngology  
Eye, Ear, Nose, Throat Monthly

**Pathologie**  
American Journal of Pathology  
American Journal of Clinical Pathology  
Archives of Pathology

**Kinderheilkunde**  
Journal of Pediatrics  
American Journal of Diseases of Children

**Pharmacologie**  
Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics  
American Journal of Pharmacy  
Journal of the American Pharmaceutical Association

**Neue moderne Heilmittel**  
New Modern Drugs

**Physiologie**  
American Journal of Physiology  
Journal of Physiology  
The Journal of General Physiology

**Psychiatrie,  
Neurologie**  
Archives of Neurology and Psychiatry  
Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie  
Journal of Nervous and Mental Diseases  
Psychosomatic Medicine  
Monatsschrift für Psychiatrie  
Symposium on neuropsychiatric Disease

**Psychologie**  
Journal of Experimental Psychology  
Journal of Genetic Psychology  
Psychological Abstracts  
Psychology (Schweizer Zeitschrift)  
Psychological Review

**Radiologie**  
American Journal of Roentgenology

**Chirurgie**  
American Journal of Surgery  
Annales of Surgery  
Archives of Surgery  
Journal of Thoracic Surgery  
Surgery  
Surgery, Gynecology, Obstetrics  
The Surgical Clinics of North-America

**Tuberkulose**  
Schweizer Zeitschrift für Tuberkulose

**Urologie**  
Journal of Urology

**Geschlechtskrankheiten**  
American Journal of Syphilis  
Journal of Venereal Diseases

**Veterinär-Medizin**  
Veterinary Medicine  
Journal of the American Veterinary Medical Association

**The North-American Veterinarian**  
Schweizer Archiv für Tierheilkunde

**Verschiedenes**  
Nature  
Science, Medical Woman's Journal  
Therapeutische Umschau und Med. Bibliogr.

### Aschheim—Zondek

Mit Genehmigung des Gesundheitsamtes werden laufend die biologischen Schwangerschaftsreaktionen an weißen Mäusen (Originalmethode nach Aschheim-Zondek) und an Ratten (Versuchsdauer 30 Stunden) ausgeführt durch Fräulein Liselotte Reidl, technische Assistentin, Neubiberg b. München, Hohenbrunner Str. 40.

Untersuchungsmaterial nimmt an: Frl. Marlies Krauth, T. A. Pathol. Abtlg. Krkhs. r. d. Isar, München, Ismaninger Str. 22.

### Ärztliches Instrumentarium

Ärztliches Instrumentarium zu verkaufen: Dr. Hartung, Bad Tölz, Saissacherstr. 17.

### Falscher Amtsarzt

Wie Radio München am 9. 9. 48 bekanntgibt, wurde der Leiter des Staatlichen Gesundheitsamtes in Gmünden, Hubert Wenigwieser, kürzlich von der Landpolizei verhaftet. Wenigwieser hat sich den Dokortitel sowie entsprechende Urkunden selbst zugelegt. Er war bereits im August des Jahres 1945 zum Leiter des Gesundheitsamtes in Gmünden ernannt worden.

Mitarbeiter dieser Nummer: Dr. Krieger, geb. 24. VII. 1893 in Nürnberg; Dr. Gerhard Gmeiner, geb. 21. VIII. 1898 in Dresden.

„Bayerisches Ärzteblatt“ Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Veröffentlicht unter der Zulassungsnummer US. E.172 der Nachrichtenkontrolle der Militärregierung. Auflage: 9000. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Ärztekammer DM 1.50 zuzüglich DM —.48 Zustellgebühr. Postscheckkonto: München 13900. Richard Pflaum Verlag (Abt. Bayer. Ärzteblatt.) Anzeigenannahme: Carl Gabler, G. m. b. H., München 19, Altblinger Straße 2, Telefon 30405. Postscheckkonto: München 4621. Druck: Franz X. Seitz, München 5, Rumfordstr. 23.

**Stellenangebote**

Gesucht wird ausgebildeter **Serologe**, mögl. mit chem. Verbands-Examina, für das Laboratorium der Universitäts-Hautklinik Erlangen. Meldungen sofort an den Vorstand, Prof. Dr. C. M. Hasselmann.

**Prakt. Ärztin**, auch zur Föhrg. d. Hauste. (2 halberw. Tö.), ev. ungeb. in Unvers.-Stadt Ndb. gesucht. Angeb. unt. C. J. 33109 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

**Praxisfausch**

**Praxisfausch** Biete gutgehende Allgemeinpraxis im Berliner Westen (brit. Sektor). Suche, da selbst Bayer, Stadt- od. Kleinstadt-Landpraxis in Oberbayern. Eilangeb. unt. C. M. 33113 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

Tausche gute **Kleinstadt-Landpraxis** in Industriestädtchen d. Oberpf. mit 4 1/2-Zi.-Wohnung in Einfamilienhaus geg. gute Allgemeinpraxis in Süddeutschland m. höheren Schulen am Ort. Zuschr. erb. u. M. W. 32559 an Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Theaterstr. 8/1.

**Praxisfausch**: Geb.: Gutgehende Stadtpraxis in München-Schwabing mit Kassenzulassung, 4 Räume, Bad, WC, fließ. Wasser. Ges.: Landpraxis oder Kleinstadtpraxis in Gebirgsnähe mit Kassenzulassung in ähnlicher Größe. Ang. unt. C. N. 33115 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

**Stellengesuche**

**Arzt, 30 J.**, Staatsexamen vor 1 1/2 Jahren, Bayer, verh., sucht Stellung in Augenklinik od. b. gut operierendem Augenarzt zwecks Fachausbildung. Angeb. unt. C. L. 33112 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

**Arztwitwe, 41 J.**, oh. Kind., früher Diätassistentin, mit besten Kenntnissen in Praxis u. Haushalt, sucht geeignete Position. Zum Aufbau einer Praxis kann Instrumentarium u. vollständige Wohnungseinrichtung überlassen werden. Angeb. unt. C. G. 33107 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

**Arztvertretungen**

**Arzt, 31 Jhr.**, fed., Bayer, 2 1/2-jähr. Landpraxis, sucht **Vertretungen** oder Assistentenstelle. Eigener PKW. Angeb. unt. C. F. 33105 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

**Welcher Arzt** übernimmt die Leitung einer Bade-Anstalt für medizin., physik. u. Kräuterbäder, Heilmassage, Atemgymnastik etc. Konkurrenzlos, Vorort München, Kapitalbeteiligung erforderlich. Angeb. unt. F. M. 3026 Anzeigen-Fackler, München, Weinstr. 4.

**Verkauf**

**Bier - Braun - Kümmel**, Chirurgische Operationslehre, ... letzte Auflage, Halbleder, ungebuchtet, zu verkaufen. Angeb. unt. C. H. 33108 bef. Ann.-Exp. Carl Gabler GmbH., München 19, Aiblinger Str. 2.

**1 Bach-Brenner**, 550 W, 1 Stativ-Höhensonne S 500, 220 V, Wechselstrom, zu verk. Zuschr. unter Nr. H 186 an Ann.-Exp. E. Kunze, Nürnberg-A.

**Arzt - Höhensonne**, orig. Hanau, Kipp-Brenner, tadelfos, zu verkaufen. Evtl. Teilzahlung. Dr. Diemer, München 19 (Gern), H.-Ibsen-Str. 4.

**Mikroskop**, Präzisionsinstrument von Seibert (Wetzlar), zu verkaufen. Dr. Fritz Bauer, Langenfeld Nr. 84, Mfr.

**Neue Höhensonne** (Hanau), Ständer-Ärzte-Lampe, verkauft für DM. 250.— Frau von Pastor, Murnau, Häuf am Sonnenbichl.

**Präzis.-Mikroskope, elektr. Instrumentenkocher**, Sterilisatoren, Tauchsieder, Schnellkocher, Emailleschal., Messuren, in friedensmäßiger Ausführung, preisgünstig lieferbar, auf Wunsch Ansichtssendung. Egon Pachaly, Elektr.-medizn. Großhandlung, Augsburg, Rosenaustr. 59.

**Paul Waechter**, Bakterien-Mikroskope u. Nebenapparate, sowie Lupen aller Art lieferbar. Reparaturen von Stativen und Optiken (auch Fremdfabrikaten), Wetzlar, Lahnbergweg 8.

**Ärztenschilder** in Alu- u. Emailausführung ohne Metallbezugsrechte nunmehr wieder prompt lieferbar. Eduard KURZWART, Straubing, Nby. 168.

**Elektr. Instrumentenkocher**, Sterilisatoren, Tauchsieder, Präzisions-Mikroskope f. hohe Anspr., Schnellkocher, Emailleschalen, Messuren, preisgünstig lieferbar. Auf Wunsch Ansichtssendung. Großhandl. Egon Pachaly, Augsburg, Rosenaustr. 59.

**Ärzte- und Krankenhaus-Bedarf**. Sämtl. medizn. und spezialmedizn. Instrumente und Geräto, elektro-medizn. Apparate, Lichtkästen, Mikroskope f. Labor u. Forschung, Praxismöbel, kompl. Krankenhaus- und -Praxiseinrichtungen. Erstkl., schnelle u. preiswerte Lieferung ab Werk. Vertr. Dipl.-Kfm. Dörenberger, Wassertrüdingen, Postfach 20.

**Pro-Vitamin „A“ „Unicura“**. Zur Vitamin-A-Therapie O. P.: Flasche mit ca. 20 ccm Inhalt.

*Unicura*  
Pharmazeutische Produkte, GmbH., Hamburg-Bahrenfeld.

**Verschiedenes**

**Sanatorium Herzoghöhe** Bayreuth, Kulmbacherstr. 103, Tel. 3280, Privatklinik für neurologisch u. psychisch Kranke. Privat und Kassen.

**Karteikarten**, Rezept-, Rechnungs- und Mittelfungsformulare, Steuerkassenbücher, Fieberkurven, Lebensmittelanträge, Adgo, Preugo, Morphibücher usw., sowie alle Spezialvordrucke liefert Formularienverlag für Ärzte Dr. Billinger, Passau, Neuburgerstr. 16.

**NEO PLESIOL**  
Ammonium sulfoplesialicum.  
*gegen Furunkel-Panaritien-Ekzeme*  
CHEMISCHE FABRIK STOCKHAUSEN & CO. KREFELD  
Werk Geltaifing, Post Straubing, Ndb.

**Inovit**

Inosittetracalciumtetraphosphat (0,3 g) + Coffein (0,02 g) in Dragéeform

Alle Indikationen

der Calcium- und Phosphorthherapie

besonders bei

erhöhter geistiger und körperlicher Beanspruchung

Chemische Fabrik J. Blaes & Co.

G. m. b. H.

München 25

**Bellabrom**  
Spasmolyticum  
Antineuroticum  
10 ccm K.-P. DM 1.72 lt. AT. m. U.  
20 ccm O.-P. DM 3.25 lt. AT. m. U.  
20 Tbl. K.-P. DM 1.20 lt. AT. m. U.  
60 Tbl. O.-P. DM 3.15 lt. AT. m. U.  
MAX STEIGER & CO. ARZNEIMITTELWERKE KITZINGEN AM MAIN

**Für Nieren- u. Zuckerkranken:**  
**Überkinger Adelheid-Quelle**  
klinisch und pharmakologisch geprüft und erprobt. Große Erfolge selbst bei veralteten Nierenleiden. Bewährt auch bei Zuckerkrankheit.  
Prospekte und Bezugsquellennachweis durch:  
**Mineralbrunnen A.-G., Bad Überkingen**  
Kreis Goppingen (Würtl.)

\*\*\*\*\*  
 \* **Auch ein Arzt kann krank werden!** \*  
 \* **Sondertarif für Ärzte** \*  
 \* Unsere Leistung: Ein Krankengeld bis \*  
 \* zu DM 20.- täglich zur Überbrückung \*  
 \* des Verdienstausfalles insbesondere bei \*  
 \* langandauernden Erkrankungen und \*  
 \* zur Deckung der durch Krankheit ent- \*  
 \* stehenden Kosten. - Beiträge ab DM \*  
 \* 3.90 monatlich sechs Beitragsklassen. \*  
 \*  **Leipziger Verein Barmenia** \*  
 \* Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit \*  
 \* Hauptverwaltung Wuppertal, Hofaue 63 \*  
 \*\*\*\*\*

**Exneural-Tabletten**  
 Stark wirkendes  
**Analgeticum**  
**Antipyreticum**  
 Handelsformen: Orig.-Packg. zu 10 Tabletten  
 Großpackg. f. Kliniken u. Kronenhäuser  
 In Apotheken wieder erhältlich. Rezeptpflichtig  
**Dr. Ehrnsperger · München · Lierstr. 14**

**Patentex**  
 Das seit 4 Jahrzehnten mit un-  
 veränderter Zuverlässigkeit be-  
 währte Vaginalantisepticum und  
 -Prophylacticum  
**Patentex g.m.b.H. Frankfurt a.M.**

Unsere Präparate zur parenteralen Therapie  
**Insulin**  
**Depot-Insulin**  
**Heparhorm**  
 Antiperniziösa-Faktor der Leber  
**Oxytocin**  
 Wehenregende Komponente  
 des Hypophysenhinterlappens  
**Parathorm**  
 Wirksames Prinzip  
 der Nebenschilddrüse  
 **HORMON-CHEMIE**  
**MÜNCHEN**

 **Vereinigte**  
**Krankenversicherungs-A.-G**  
 Königsstr. 19 München Fernruf 29 36  
 Einzel- und Familienversicherungen zu günstigen  
 Bedingungen  
**SONDERTARIF FÜR ÄRZTE**  
 Tagegeldversicherung

**Arbuz**  
 das pflanzliche Verdauungs-Enzym  
 Behebt Fermentmangel in Mogen und Dorm - substitu-  
 iert Pepsin und Trypsin. Verbessert Ausnutzung der  
 Eiweiße, auch pflanzlicher Provenienz. Bewährt bei  
 Indigestionen, Gastroenteritis, Achylie, gastrogenen  
 und Fäulnisdiarrhöen, gestörter Fettresorption. Meist  
 schlagartige Behebung subjektiver Beschwerden:  
 Mogenndruck, Völlegefühl, Meteorismus, Aufstoßen,  
 Brechreiz, Kopfschmerz usw. (60 Tabletten = 1,55 DM.)  
**DR. SCHWAB G.M.B.H., MÜNCHEN 13**

GROCONA  
**NERVOVALIL**  
 Nerventonikum  
 Das bewährte Beruhigungsmittel bei nervösen  
 Angst- und Erregungszuständen, Schlafstörungen  
 Zusammensetzung: Valerianae, Bromsalze, Glycer-  
 phosphate, Antipyretika, Sacch., Aromatic. et Corrüg.  
 Originalflasche mit ca. 150 g Inhalt  
  
**GROSSMANN & CO. NACHF. · DÜSSELDORF**  
 ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1891

**Disarteron**  
 Zusammensetzung: **Indikationen:**  
 Allium sativum Arteriosklerose  
 Viscum album Hypertonie  
 Crataegus oxyac. klimakt. Beschwerden  
 Equisetum arvense Meteorismus  
 Literatur und Versuchsdaten durch  
**Galactina GmbH., Frankfurt/M., Schulstraße 3**

**SKLEROSOL**  
Dr. KOBBE  
1% Kolloidale Kieselsäurelösung



**KLIMAX  
HYPERTONIE  
PRAESKLEROSE  
ARTERIOSKLEROSE**

**F. BLUMHOFFER NACHFOLGER**  
FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE · KÖLN

**PAN**

**PRÄPARATE**

*Bewährte Heilmittel*

- ANTIPANIN  
Grippe
- CARBOPAN  
Magen- und Darmerkrankung
- EVATIN  
Schmerzen
- GASTRIPAN  
Magenstörungen
- LAXATIVUM  
Verstopfung
- SOMNUPAN  
Schlafstörungen
- TONSILLOL  
Mund- u. Rachenerkrankungen
- VICAPAN II  
Vitamin-Präparat



**PAN-GMBH**  
CHEM-PHARM. FABRIK · MÜNCHEN 19

Gegen Vergiftungen durch  
Industriegase, Kohlenoxyd,  
nitrose Gase usw.

L 402a

HANNOVER

**S-hydril  
LAVES**

LEGINWERK · DR. ERNST LAVES

**LAVES**

# Veriazol



1 ccm enthält  
Cardiazol 0,1 g  
Veritol sulf. 0,01 g

## Bei Kreislaufschwäche

Infolge von Infektionskrankheiten, Intoxikationen, vor und nach Operationen, bei Erschöpfungszuständen, in der Rekonvaleszenz oral oder perlingual 10—20 Tropfen, mehrmals täglich.

Bei Kollaps, Narkosezwischenfällen, Vergiftungen, Gefäßblähungen je nach Bedarf 1 ccm subcutan oder intramuskulär.

**KNOLL A.-G.**

Chemische Fabriken · Ludwigshafen am Rhein

**HEUMANN**  
*Heilmittel*

# Contoverm

**Contact-**  
*wirksam*

gegen **Askariden** und **Oxyuren**, auch für die Kinderpraxis. Gesicherte Wirkung, ohne Nebenerscheinungen verträglich, geschmack- und geruchlos, im Tierversuch ungiftig, klinisch geprüft.  
30 Tabl. DM 1.20  
lt. AT. m. U.

**LUDWIG HEUMANN & CO., NÜRNBERG**

Das anaesthetisierende perorale  
Harnantiseptikum

# Pyridium

Salzsaures Salz von  $\alpha$ -phenyl-azo- $\alpha$ -  
diamino-pyridin

Röhre mit 12 Tabletten 0,1g  
Glas mit 25 Tabletten 0,1g



**C.F. BOEHRINGER & SOEHNE G.m.b.H.**  
**MANNHEIM**

# SERAC

*empfiehlt:*

**Cystin-Tabletten-Serag**  
zur Therapie und Prophylaxe  
von Eiweißmangelschäden

**Oestragn-Serag**  
standardisiertes Follikel  
Hormon-Präparat zur  
Therapie ovuller  
Störungen

**Hyphan-Serag**  
Gonadotrope Hypophysen  
Vorderlappenhormone  
in Pulverform.

**S E R A G**  
SÜDDEUTSCHES SERUM-UND ARZNEIMITELWERK G.m.b.H.  
HAAR B. MÜNCHEN