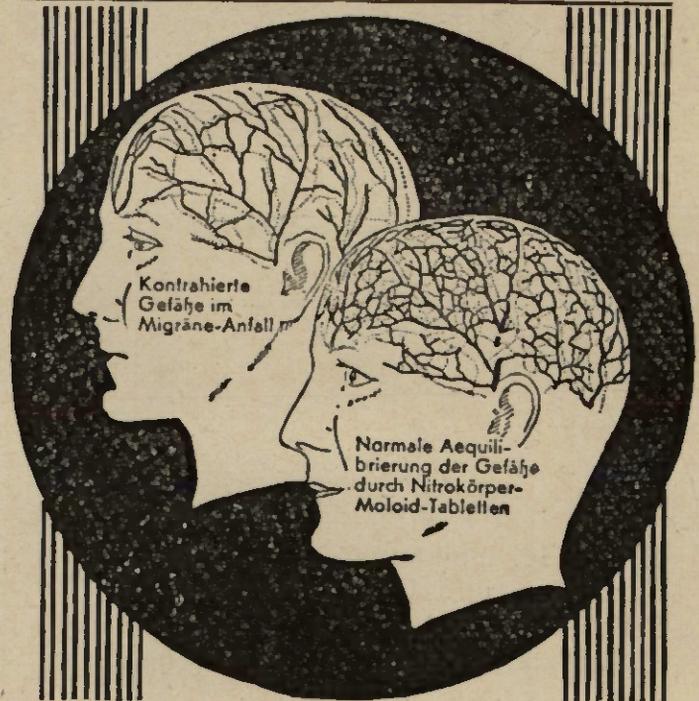


Moloid-Tabletten

(NITROKÖRPER 33 mg)

Nitrokörpergehalt durch pharmakologische und chemische Prüfung gesichert. Seit über 18 Jahren klinisch und praktisch bewährtes Prophylaktikum gegen Migräne, Gefäßspasmen und zur Differentialdiagnose der echten Migräne.

Packungen: 20 Tabletten
40 Tabletten



SÜDMEDICA G. m. b. H. MÜNCHEN

Chem.-pharmaz. Fabrik
München-25, Schließfach 36
Tel. 72 319 / 62 826

1923 25 Jahre 1948

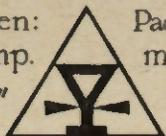


Bei Lumbago, Ischias, Myalgie, Arthritis, Hemicranie u.a. schlagartige Schmerzlinderung und durchgreifende Heilwirkung

VADITON^{neu}

[Ascorbinat des Dimethylamino-phenyldimethyl-Pyrazolons.]

Packungen:
mit 3 Amp.
oder 10 "
zu 2 ccm



Packungen:
mit 4 Am-
pullen
zu 5 ccm

CHEM. FABRIK PROMONTA G. m. b. H. HAMBURG

Brom-Ferrlecit

dos echte Nerventonicum mit pflanzlichen und chemischen Wirkstoffen*). Roborans, Sedotivum u. Antionömicum zugleich. Doppelt wirksam und sehr wirtschaftlich. - Neurosen und alle Formen nervöser Erschöpfung sind sein eigentliches Erfolgsgebiet.

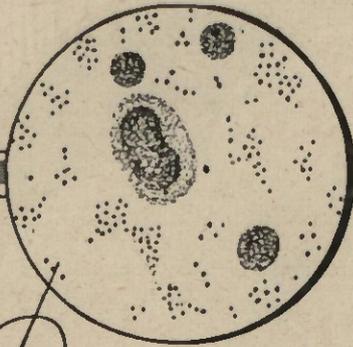
O.P. 30 ccm Kurp. 100 ccm Klin. P. 250 ccm
1.60 DM 3.45 DM o. U. f. Anst.

*) Zus.: Exhaust. Rod. Valer. comp. oram. 12% Sal bromat. 1,2%. Phenyläthylbarb.-Dimeth. phen. pyrazol. (1:2) 1,2% auf FERRLECIT-Basis (Eisen - Kupfer - Lecithin)

Literatur und Proben durch:

A. NATTERMANN & CIE.

Fabriken pharm. Präparate · Köln-Braunsfeld und Köln-Ehrenfeld



Padional

bei Infektionen
der Harn- und Gallenwege,
Staphylakakken-Infektionen,
infektiösen Enteritiden
besonders in der Kinderpraxis
Oral u. intravenös gut verträglich



»Bayer«
FARBENFABRIKEN BAYER
Leverkusen

Der neue Weg

In der Behandlung
der Struma
des Asthma bronchiale

die gezielte Jodgabe —
in der Form von

Bellastrumal J24

Das perlinguale Jodpräparat
erfolgsicher — unschädlich — wirtschaftlich

OPTOPAN — Apotheker Th. Lang o.H.G. München

carbo med.+
NaSO₃

CARBO-ORMALON

(Chloroxychinolinsulfosaures Natrium)
**Antidiarrhoicum und
Darmdesinfiziens**

Jede Tabl. enth. 0,05 g Ormalon
Packungen zu 40 Tabletten
Tabletten zu je 0,15 g

RIEDEL-DE HAËN A.-G. SEELZE BEI HANNOVER



Digitalis lanata

Pandigital

15 ccm
DM 1.70 o.U.

enthält die drei genuinen, isomorph kristallisierten Glykoside
Tropfen · Tabletten · Ampullen · Suppositorien
Klassische Digitalis-Vollwirkung
Ausgezeichnete Verträglichkeit
P. BEIERSDORF & CO. A.-G. HAMBURG



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

SCHRIFTLEITUNG: DR. MED. WILHELM WACK, MÜNCHEN

Heft 8

MÜNCHEN, AUGUST 1949

4. Jahrgang

AUS DEM INHALT:

Gedanken und Zahlen zum Problem der kassenärztlichen Honorarbildung | Der Sport als ärztliches Aufgabengebiet | Mitteilungen: Deutscher Ärztetag, Deutscher Therapiekongreß Karlsruhe, Psychologenkongreß München 1949, Satzung des

Landesverbandes Bayern des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Pressestimmen, Personalien, Kleine Mitteilungen | Amtliches: Ärztliche Verordnungen für Fürsorge-Empfänger, Meldung von Fehl- und Frühgeburten.

Gedanken und Zahlen zum Problem der kassenärztl. Honorarbildung

Von Dr. Gerhard Gmeiner, Lothar a. M., 1. Vorsitzender d. Bez. Vereins Gemünden.

(Schluß.)

Die absprechende Wertung, die wir mit dem Begriff des Byzantinertums verbinden und die sich besonders auf die Erniedrigung der Persönlichkeit durch einen im Formalen erstarrten Staat bezieht, darf nicht vergessen lassen, daß dieses einst wirklich 1000 jährige Reich von einer hervorragend organisierten Beamtenenschaft getragen worden ist, die alle inner- und außerpolitischen Wirren überdauert hat — aber die abhängige und geistig sterile Bürokratie hat in diesem Staat den kulturfähigen Geist erstickt. Dieser 1000 jährige Staat hat außer der Kodifizierung des römischen Rechtes und ein paar guter Mosaiken der Menschheit keine kulturellen Güter hinterlassen, sodaß dieser Staat heute bereits so vergessen ist, daß viele Menschen nicht einmahl mehr wissen wo Byzanz gelegen war und nur der Begriff der menschlichen Entwürdigung für uns mit seinem Namen verbunden geblieben ist.

Es ist ein großer Unterschied für das Wohl des Volkes und Wohl und Wehe des Einzelnen, ob ein Beruf in politische Abhängigkeit gebracht wird, dessen Auswirkungen sich auf normale Außerungen des jeweiligen Staates beschränken oder ob ein Beruf politisch vergewaltigt wird, dessen Wirkungssphäre im Bereiche überzeitlicher und überstaatlicher Kulturideen liegt, die ihre tiefsten Wurzeln im Ewig-Menschlichen haben. Wir verlangen heute noch mit Recht vom Arzt ein Ethos, daß schon vor 2000 Jahren als moralische Verpflichtung für den ärztlichen Beruf aufgestellt worden ist und sich zeitlos bewährt hat — aber Niemand wird daran denken für den Verwaltungsbeamten oder Kaufmann einen so überzeitlichen Maßstab anzulegen, in diesen Berufen hat man sich immer in der Geschichte damit abgefunden, daß sie den Gepflogenheiten ihres Staates und ihrer Zeit entsprechen so

weit sie nicht mit den allgemeinen Moralgesetzen der Menschheit in Widerspruch stehen.

Der Arzt teilt eine gewisse Ausnahmestellung im Staat mit dem Priester und dem Richter, die in ähnlicher Weise in ihrer beruflichen Arbeit eine Weltanschauung vertreten und deshalb von kulturell hochstehenden Staaten geschützt werden wie es z. B. in dem Grundsatz der Unabsetzbarkeit der Richter und der rechtlichen Ausnahmestellung des Priesters zum Ausdruck kommt. Erst die entarteten Staatsformen diktatorischer Prägung glauben mit diesen Grundsätzen brechen zu können und den Arzt in der Form der Sozialisierung absolut dem Staat versklaven zu können.

Den Beweis für die besonderen Gefahren einer solchen Entwicklung liefert auch die jüngste Zeitgeschichte — nach 1933 haben sich im Wesentlichen nur die Ärzte gegen den wachsenden Parteidruck und die Umbiegungen der ärztlichen Berufsmoral freihalten können, die wirtschaftlich unabhängig genug waren weil sie sich auf eine genügende unabhängige Privatpraxis stützen konnten. So ist z. B. die qualifizierte Praxis der Großstädte in viel geringerem Maße dem Parteidruck erlegen wie die in ganz anderem Maße von der Sozialversicherung und damit von der Staatspartei abhängigen Ärzte des platten Landes und der Industrieorte oder die jungen Kollegen, die sich noch um eine Kassenzulassung bewerben mußten und dazu das Parteibuch brauchten ... Diese Beispiele sollten heute noch zu denken geben und genügen, den Arztberuf vor einer totalen Sozialisierung und damit auch einer totalen politischen Abhängigkeit zu bewahren.

Und wenn Sozialisierung zunächst nicht mehr wie Bürokratisierung und damit geistige Sterilisierung bedeutet —

die kulturelle Gefahr ist groß genug und die politische Gefahr ist noch garnicht abzuschätzen, da Niemand weiß in welcher Richtung sich ein kaum in den Umrissen erkennbar werdender Staat und in und mit ihm die übermäßig zentralisierte und politisch voll abhängig gewordene Gesundheitsverwaltung dann weiter entwickeln wird. Eine gewisse Vielseitigkeit der Aufgliederung von Selbstverwaltungskörpern ist der beste Schutz gegen parteipolitische Unberechenbarkeiten, zu der zentralisierte Verwaltungsorganismen besonders neigen, weil nur die oberste Spitze einer personellen Umbesetzung bedarf um dem ganzen Apparat einen anderen politischen Kurs zu geben.

Wenn heute wieder der Versuch einer totalen Sozialisierung des Gesundheitswesens in Form der Einheitsversicherung mit einer verwaltungsmäßigen Verbilligung und damit gegebenen Leistungssteigerung für den Versicherten begründet wird, so sind zu dieser papiertheoretischen Milchmädchenrechnung auch sehr wesentliche wirtschaftliche Vorbehalte zu machen.

1. Zunächst ist zu beachten, daß die Vergütungen für die Kassenpraxis die wirklich aufgewendete ärztliche Leistung für die Kassenkranken meist nicht voll getragen haben, besonders in der technisch differenzierten Fachpraxis ist die Versorgung der Kassenkranken in hohem Maße von der Privatpraxis mitgetragen worden — eine weitere Einschränkung der Privatpraxis würde notwendigerweise dazu führen, daß in dieser Richtung die Kassenausgaben steigen müssten wenn die Leistungen für die Kassenkranken nicht abfallen sollen.

Der Gedanke, die technische Diagnostik und Therapie zur rationelleren Gestaltung der Behandlung in große Ambulatorien zusammenzufassen ist sinnfälliger Ausdruck der am Kern allen Lebens vorbegehenden grob materialistischen Auffassung der sozialen Lebensbedürfnisse; der Kern einer gut funktionierenden und dem Kranken wirklich dienenden Sozialversicherung wird immer die richtige Ordnung des Verhältnisses des Kranken zum Arzt und auch des Arztes zum Kranken bleiben. Dem Kranken ist relativ wenig genützt, wenn die Kasse 5% Verwaltungskosten einspart und ihm dafür etwas bessere Sachleistungen in Form von besseren Gebissen und besseren Plattfußeinlagen gibt — wenn es die Kassen nicht verstehen, dem Kranken eine Ärzteschaft zu erhalten, die ihn aus seinem Milieu heraus verstehen kann und innerlich fähig ist, ihm und seinen persönlichen Sorgen und Beschwerden die nötige Zeit und Aufgeschlossenheit entgegenzubringen. Das wird nie in Form einer sozialisierten Ambulanzmedizin mit Massenbetrieb möglich sein, sondern nur in Form individueller freiberuflicher Tätigkeit der Ärzte, die bewußt die persönliche Behandlung mit dem nötigen Zeitaufwand über die technische Behandlung stellen, die es aber andererseits auch verstehen die technischen Fortschritte genügend zu nützen. Auch heute, im Zeitalter großer, auf dem Boden sehr entwickelter medizinischer Technik erreichter Behandlungsfortschritte ist eine sorgfältige Erforschung der Vorgeschichte im Stile einer persönlichen Behandlung und Unterhaltung mit dem Patienten entscheidender für die richtige Diagnose und schnelle wirksame Behandlung als die lieblos nach Schema F vorgenommene Durchuntersuchung mit allen Apparaten, die ohne geistige Koordination ablaufen, weil der die Behandlung durchführende Arzt sich nicht die Zeit nimmt erst einmal richtig selbst mit dem Patienten über seine Beschwerden zu sprechen — eine Beobachtung, zu der die Erfolge großer Klinikambulatorien immer wieder nachdenkliche Anregung geben. Diese Mißachtung der persönlichen menschlichen Beziehung und des Zeitfaktors ist ge-

radezu ein Charakteristikum der sozialisierten und pauschalierten Kassen- und Massenmedizin.

Zu diesem Punkte wäre noch unendlich viel zu sagen, man kann ihn fast auf eine Formel bringen: Behandlungserfolg ist gleich Zeitwidmung mal technischer Aufwand. Das heißt, der technische Aufwand pflegt um so größer und kostspieliger zu werden, je geringer die Zeit ist, die der Arzt dem Kranken und seinen Klagen widmet.

2. Das Argument einer Einsparung von Verwaltungsausgaben durch Vergrößerung des Versichertenkreises ist schiel und irreführend, weil es durchaus nicht alle wirtschaftlichen Vorgänge bei einer Vergrößerung eines Versichertenkreises richtig erfaßt. Es mag noch stimmen, daß die nötige Bürokratie zunächst nicht im gleichen Verhältnis zur Versichertenzahl zunimmt und sich somit auf dem Papier eine günstigere Bilanz im Verhältnis der Bürokräfte zur Zahl der Versicherten und damit eine scheinbare bessere Wirtschaftlichkeit größerer Verwaltungseinheiten herausrechnen läßt — dieser Vorteil wird aber vollkommen durch die größeren Nachteile der vergrößerten und schwerfälliger arbeitenden Verwaltungsbürokratie aufgeessen. Der Fragekomplex läßt sich an einem täglichen Beispiel schnell erklären:

Ein Kranker hat einen schweren Typhus durchgemacht und braucht zur schnellen Wiederherstellung voller Arbeitsfähigkeit eine Kur. In der Privatpraxis tritt er seine Kur an sowie er aufstehen kann und ist spätestens nach 4 Wochen voll arbeitsfähig. In der Ersatzkassenpraxis kam eine Kurbewilligung relativ schnell zu Stande, da die E-Kassen eigene Heime unterhielten und der Verwaltungsweg bei kleiner lokaler Verwaltungsstelle relativ kurz war und schnell arbeitete, weil er durch die persönliche Fühlungnahme zwischen Arzt und Kasse unterstützt werden konnte. In der Ortskrankenkassenpraxis mit großer zentraler Bürokratie und Einschaltung der LVA dauerte eine Kurbewilligung viele Wochen und wenn die Bewilligung glücklich kam, war der Kranke meist schon soweit gesundet, daß eine wirkliche Kurbedürftigkeit kaum mehr vorlag — aber die bewilligte Kur wurde natürlich trotzdem abgeübt. Der gleiche Krankheitsfall kostet also umsomehr unproduktive Warte-tage mit Krankengeld je größer die Verwaltungseinheit der Kasse ist.

3. Die bisherigen Erfahrungen haben auch immer gezeigt, daß die Verwaltung der Betriebskassen wirtschaftlicher und mit geringerem bürokratischem Leerlauf gearbeitet hat als die Allgemeinen Ortskrankenkassen. Dieser Vorgang hat natürlich verschiedene Ursachen — vom ärztlichen Gesichtspunkt wesentlich ist neben dem Umstand der kürzeren und persönlicheren Verwaltungswege die bessere Krankemoral der Betriebskassen-Kranken, die nicht nur durch die engere persönlichen Verbindungen zum Werk und seinen Verwaltungsorganen von einer übermäßigen Kassenausnutzung abgehalten werden, sondern auch eine andere moralische Einstellung zu ihrer Krankenkasse haben, die sie eben in ganz anderem Maße als gemeinsame Risikoversicherung ansehen.

Wenn wirklich die Ersparnis von Verwaltungskosten das eigentliche Ziel der Reformen der sozialen Versicherung sein würde, dann müßte sich das zu einer Förderung der Betriebskassen auswirken, für die ja ein Risikoausgleich durch eine Rückversicherung und gemeinsame Betriebskurheime usw. möglich wäre.

4. Dem weiteren Argument der Kassen, daß eine Ausweitung des Versichertenkreises zur Sanierung der Kassen durch Hereinnahme der sog. besseren Risiken notwendig sei ist entgegenzuhalten: Daß die Ortskrankenkassen als Sammelbecken der schlechten Risiken eben nicht auf dem

Rücken anderer Volkskreise zu sanieren sind, sondern daß die Deckung der schlechten Risiken ganzer Bevölkerungskreise eine Aufgabe des Staates ist, weil es im Prinzip eine Fürsorgetätigkeit und nicht eine Risikodeckung einer versicherten Arbeitsgemeinschaft ist. Diese rein finanz-technischen Gesichtspunkte können jedenfalls nie eine genügende Begründung für Maßnahmen sein, die zu einer Ausdehnung der moralischen Versicherungsschäden auf bisher gesunde Bevölkerungskreise berechtigen, von deren gesundem Unternehmungsgeist und gesunder Selbstverantwortung schließlich die Wirtschaft des Staates lebt.

Zusammenfassend ist über die Tendenz zur Totalversicherung des ganzen Volkes nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu sagen, daß die Minderung der Krankemoral in Bezug auf Arbeitswille und Gesundheitswille als unvermeidbares Übel des Versicherungsschutzes für den wirtschaftlich Schwachen in Kauf genommen werden muß, weil hier der Vorteil der sozialen Versicherung die gegebenen moralischen Nachteile überwiegt.

Bei wirtschaftlich selbstständigen Berufen überwiegt der moralische Nachteil der Versichertenmentalität den sozialen Vorteil. (Bei Diabetes z. B. ist immer wieder zu beobachten, daß der Versicherte oft viel weniger bereit ist an seiner Gesundheit mitzuarbeiten als der selbstständige Beruf, dem jeder Krankentag Verdienstaustausch und Berufsfährdung bedeutet. Einen gleichen Vorgang hat schon vor Jahren ein so namhafter Chirurg wie Lexer für komplizierte Gelenkoperationen mit hohen Anforderungen an den Gesundheitswillen der Kranken beobachtet und in der Indikationsstellung zur Operation verwertet).

Die Forderung, daß die Fragen der Sozialen Versicherung nüchtern nach rein sozialen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten geordnet werden müssen und nicht nach parteipolitischen Gesichtspunkten und politischen Doktrinen entschieden werden können bedeutet nicht, daß eine so wichtige Staatsfunktion wie die Sozialversicherung ohne Berücksichtigung der politischen Ideen des Staates gestaltet werden kann — im Gegenteil, die Grundlagen der politischen Staatsidee müssen auch in der Gestaltung der Sozialversicherung zum Ausdruck kommen!

Wenn der demokratische Staat von der Idee ausgeht, daß die Fragen des staatlichen Lebens mit einem Minimum an Zwang geordnet werden sollen und daß dem einzelnen Staatsbürger ein Maximum an persönlicher Freiheit für die individuelle Ordnung seiner Beziehungen zur staatlichen Gemeinschaft befassen werden soll, so würden diese Prinzipien im Rahmen der Sozialversicherung so zu verwirklichen sein, daß die Pflichtversicherung in Zwangskassen auf den Kreis derjenigen Staatsbürger beschränkt bleiben muß, denen eine wirksame Krankenhilfe in anderer Form nicht gegeben werden kann; das sind die kleinsten Einkommenstufen die auch nicht tageweise das Risiko eines Krankheitszustandes tragen können und deshalb einer Vollversicherung mit sofortiger bargeldlos zu erreichender ärztlicher Hilfe bedürfen. Die gehobeneren Einkommenstufen mit der Möglichkeit teilweiser und zeitweiser Tragung des Krankheitsrisikos (durch weiterlaufendes Gehalt und sonstigen Einkommen) können auch bei Anerkennung des Prinzips der Pflichtversicherung mit Recht den Anspruch stellen, daß ihnen die Wahl der Versicherungsart (ob freie Kassen oder sonstige Formen der Versicherung) frei gestellt bleibt und sie werden sich mit sehr gutem Recht dagegen wehren können, daß sie vom Staat gegen ihren Willen in eine Zwangskasse gepreßt werden um sich dort zugunsten der schlechten Risiken vom Staat unter Mißbrauch staatlicher Macht ausnützen zu lassen. — Die Deckung des Versiche-

rungsdefizites aus der Versicherung der kleinsten Einkommenstufen mit geringen Beiträgen und hohem Krankengeldkonsum ist eine Fürsorgepflicht des Staates. Diese Pflicht zur Entlastung des Staates auf Bevölkerungskreise mit besserem Einkommen und besserer Krankemoral in Form einer Zwangsversicherung abzuwälzen bedeutet eine Überspannung des sozialen Versicherungsgedankens und der staatlichen Rechte bei der Ordnung der staatlichen Gemeinschaft — es würde staatspolitisch ehrlicher und klüger sein, diese nötigen Zuschußbeträge für die Pflichtversicherung der untersten Einkommenstufen mit ihrem schlechten Risiko durch Steuermaßnahmen aufzubringen.

Die jetzt wieder propagierte Entwicklung der Sozialversicherung zu einem ausgesprochenen Zwangssystem totalitären Charakters im Sinne einer Einheitsversicherung aller Staatsbürger ist wegen ihrer großen moralischen Gefahren für die Mentalität der Kranken und ihrer weiteren Gefahren für die Rechtsstellung der Versicherten und des Arztes sowie der besonderen Gefahren dieser einen Staat im Staate bildenden Mammutgebilde der Sozialbürokratie als eine Fehlentwicklung anzusehen — wenn man sie mit dem Maßstab der demokratischen Staatsidee mißt. Die moralische Pflicht des Staates, die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Sozialbedürftigen durch eine Sozialversicherung durchzuführen, gibt dem Staat durchaus noch kein moralisches Recht, diese Aufgabe mit den Mitteln einer Zwangsverwaltung ärztlicher Arbeitskraft und mit dem System einer absoluten Zwangsversicherung in einer Monopolkasse zur wirtschaftlichen Ausnützung der nicht versicherungsbedürftigen Volksteile durchzuführen — weil eine organisatorische Durchführung in dieser Form dem Staat wirtschaftlicher und für die bürokratische Verwaltung leichter lenkbar erscheint. Wenn der demokratische Staat das Prinzip der freien Wirtschaft und der freien Persönlichkeit des Staatsbürgers bejaht, dann muß er auch derartige staatliche Organisationsaufgaben soweit wie nur möglich nach den Prinzipien der freien Wirtschaft und Persönlichkeit durchführen können — oder er ist kein demokratischer Staat.

Eine Einheitsversicherung in der propagierten Form muß in ihrer letzten Konsequenz zum sozialen Zwangsstaat führen.

Die notwendige Voraussetzung für eine Entwicklung der Sozialversicherung nach nüchternen volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten der Versicherungsbedürftigkeit und psychologischen Gesichtspunkten der Krankenmentalität ist eine mögliche Ausschaltung des parteipolitischen Mißbrauches dieser Organisationen der Sozialversicherung und hierfür würde der wichtigste Schritt die Anwendung des neuen Beamtengesetzes auch auf die Beamten der Sozialbürokratie sein. Die Beamten der Sozialversicherung sind nach der Wirkung ihrer Tätigkeit gemessen Träger einer Staatsaufgabe und können deshalb genau so wenig Inhaber des passiven Wahlrechtes sein wie die Staatsbeamten — es ist staatspolitisch unlogisch, wenn sie als Mitglieder gesetzgebender Körperschaften große Organisationen kontrollieren sollen, deren verantwortliche Vertreter sie selbst sind, denn sie sprechen dann in eigener Sache Recht.

Die Notwendigkeit einer Neuregelung der kassenärztlichen Vergütungen.

Die weitere Klärung der hier angeschnittenen prinzipiellen Fragen, die für das Problem der kassenärztlichen Honorarberechnung Bedeutung haben, kann indeß nicht abgewartet werden.

Bei der Tatsache, daß trotz der laufenden Teuerung seit 1938 das ausgezahlte Honorar pro Patient und Quartal

zeitweise auf zirka 60% der Norm gefallen ist und damit der Reallohn bei inzwischen entsprechend erhöhten Unkosten und vergrößelter Ärztezahll noch tiefer liegt und daß der Vergütungssatz der unmittelbar verlegten Unkosten für viele Positionen heute bereits unter den Selbstkosten liegt, ist die Situation so dringend, daß sofort gehandelt werden muß, wenn man eine vollkommene Desorganisation der kassenärztlichen Behandlung vermeiden will. Für 3—4 DM. im Quartal kann der Kassenarzt die Behandlung des Patienten nicht mehr im bisherigen Umfang und oft auch nicht mehr im notwendigen Umfang durchführen — der Arzt erhält heute weniger für einen Krankenbesuch als der Schlosser, der mit 5 Minuten Arbeit einen Ausguß ausputzt.

Welche Maßnahmen sind nun als schnelle Abhilfe möglich und zu fordern:

Es sind 3 Sofortfragen zu lösen:

1. Zunächst ist eine Wiederherstellung der Rechtsgrundlagen der kassenärztlichen Honorarverträge auf der Basis der Rechtslage von 1932 als Jahr des Vertragsabschlusses zu fordern.

Die Ausdehnung der Kassenversorgung auf die Rentnerversicherung und die Aufhebung der Aussteuerung sind ein ungesetzlicher Akt der Diktatur gewesen, der die kaufmännischen Grundlagen des Vertrages ganz wesentlich zu Ungunsten der kassenärztlichen Honorarbildung verschoben hat und damit auch einen Bruch des Vertrages bedeutet.

Die Rentnerversicherung ist aus dem Vertragsverhältnis mit den Kassenverbänden wieder herauszunehmen und als Fürsorgemaßnahme vom Staat unmittelbar durchzuführen, die nötigen Honorarsätze sind auf Grund der wirklich gegebenen Arbeitsleistungen und auf Grund der gesetzlichen Gebührenordnung neu zu berechnen, da die Behandlung der Rentner mit ihren wesentlich größeren Anforderungen an Zeit, Arbeit und Unkosten nicht nach dem Pauschalsatz der sonstigen Kassenpraxis möglich ist.

2. Für die seit etwa 1930 im Zuge des wissenschaftlichen Fortschrittes und der geforderten Anwendungsbreite ganz übermäßig gestiegenen technischen Unkosten (besonders der Röntgenunkosten) ist eine tragbare Zwischenlösung zu suchen, die das ärztliche Pauschale nur in der Höhe des Satzes von 1930 mit technischen Unkosten belastet und die Erstattung der darüber hinausgehenden Mehrkosten von Seiten der Kassen neu regelt.

3. Die Verschiebung der Zahl der Kassenärzte zur Zahl der Versicherten ist die einzige Position, deren Tragung von der Ärzteschaft zum wesentlichen Teil erwartet werden kann als Ausdruck berufsständischer kollegialer Selbsthilfe. — Sie ist aber zu tragen, wenn die Ärzteschaft von der Auswirkung der Belastung unter Punkt 1 und 2 entlastet wird.

Die Möglichkeiten einer Zwischenlösung:
Aber auch diese Regelungen erfordern eine gewisse Zeit zur gesetzlichen und kaufmännischen Durchführung.

Die Unterschreitung der absoluten Selbstkosten in der Erstattung der Unkosten erfordert aber eine sofortige Abhilfe, denn der Arzt ist heute nach der Währungsreform mit dem gegebenen Vermögensverlust bei gleichzeitigem sehr wesentlichen Rückgang des Brutto-Einkommens und noch weiterem Rückgang des verbleibenden Real-Einkommens gar nicht mehr in der Lage, hier zur Überbrückung der augenblicklichen Schwierigkeiten zeitweise weiter mit Zuschuß zu arbeiten.

Bei einer nur 70%igen Auszahlung und der gleichzeitigen Teuerung bleibt gar kein anderer Ausweg, als die Unkosten der Kassenpraxis der wirklichen Sachlage anzupassen und

die Behandlung auf das Minimum des unbedingt Nötigen zu senken — das bedeutet praktisch, daß die Idee aufgegeben wird, daß dem Kassenpatienten auf Grund seines Krankenscheines jede auch kostspielige Behandlung zusteht. Dieser Grundsatz ist praktisch auch jetzt schon bereits damit aufgehoben, daß sich die Krankenhäuser weigern, elektromedizinische Behandlungen mit hohen Eigenkosten weiter auf Krankenscheine durchzuführen — und wenn es vom Krankenhaus abgelehnt wird, dann kann es vom Arzt mit seinen geringeren wirtschaftlichen Ausgleichsmöglichkeiten auch nicht mehr gefordert werden. Diese Forderung ist m.E. auch rechtlich nicht mehr durchzuhalten, denn die gesetzliche Grundlage der kassenärztlichen Behandlung sind noch immer die Mindestsätze der Preuß. Gebührenordnung. Die Berechnung nach Einzelleistungen ist durch Verträge wohl durch eine Abrechnung nach einem Pauschalssystem ersetzt worden, aber das Pauschalssystem wird hinfällig, wenn die pauschalierten Gebühren in gar keinem meßbaren Verhältnis mehr zur gesetzlichen Gebührenordnung und zu den realen Unkosten stehen und außerdem die Vertragsbasis durch ungesetzliche Eingriffe des vergangenen Staates überhaupt grob verletzt ist.

Der Kassenschein kann nur noch ein Anrecht auf die unbedingt notwendige Grundbehandlung geben. Wünscht ein Patient eine darüber hinausgehende Behandlung nicht unbedingt in der gewünschten Form behandlungsbedürftiger Beschwerden, so muß er eben die Unkosten nach Maßgabe seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit selbst tragen. Praktisch heißt das, dem wirtschaftlich Schwachen wird auch eine relativ teure und langwierige Behandlung weiter auf Grund seines Krankenscheines durchgeführt werden wenn es nötig ist — aber eine Bäckerfrau in guten Verhältnissen, die durch irgend einen Umstand einen Rentenschein in Händen hat, kann nicht erwarten, daß ihre arthrot. Gelenkbeschwerden nun mit Kurzwellen und Ultraschall-Kuren behandelt werden. Wenn ihr die einfachen Mittel der Salicylmedikation und der Einreibungen nicht genügen, dann wird sie die weitere Behandlung eben nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit selbst tragen müssen.

Diese relative Krankenversicherung ist dabei heute schon teilweise selbstverständlich geworden, ist es doch z. B. allgemeine Übung, daß Atteste und besonders Lebensmittelatteste außerhalb des Krankenscheines bezahlt werden — und dem wirklich Bedürftigen werden sie dabei vom Arzt doch umsonst gegeben.

Eine ähnliche relative Krankenversicherung ist ja auch in der Privatversicherung von jeher mit bestem Erfolg die übliche Norm gewesen, die wirksam Mißbrauch und Verschwendung steuerte. Der Patient erhält auch hier von seiner Versicherung eine gewisse Grundbehandlung in Form der Grundgebühren garantiert; beansprucht er besonders gesuchte Ärzte mit hohen Liquidationen oder besonders kostspielige Behandlungsverfahren, dann muß er eben einen entsprechenden überschießenden Betrag selbst tragen — das Ganze richtet sich nach dem bewährten Grundsatz von Angebot und Nachfrage, die Patienten werden dorthin gehen, wo sie in ihrem Sinne am wirtschaftlichsten behandelt werden und dem wirklich Kranken werden bei sozialer Notlage auch die besten Ärzte keine höheren Rechnungen schreiben.

Der Versicherte einer Ortskrankenkasse war früher allgemein ein wirtschaftlich schwacher Patient, dem keine Kosten zumutbar waren — heute ist praktisch ein ganz anderer Zustand gegeben. Zu den Versicherten einer Ortskrankenkasse gehören heute zahlreiche freiwillig Ver-

sicherte und Zufalls-Rentner, denen es z. T. wirtschaftlich noch heute recht gut geht (z. B. zurzeit Landwirte, Geschäftsleute). Hier fehlt wirklich die moralische Voraussetzung, daß der Kranke für einen zur Deckung der Selbstkosten ärztl. Behandlung oft ganz ungenügenden Scheinbetrag praktisch umsonst behandelt wird und dabei entsprechend seiner gegenwärtigen sozialen Stufe noch besondere Ansprüche stellt, weil er sich über die wirtschaftliche Bedeutung seines Krankenscheines oft auch gar keine rechte Vorstellung machen kann.

Gegen eine solche Auffassung einer nur noch relativen Krankenversicherung wird natürlich mancher andere Gesichtspunkt geltend gemacht werden können — besonders aus politischem Aspekt heraus werden Gegengründe geltend gemacht werden und an der Fiktion einer absoluten Krankenversicherung mit absolutem Anrecht auf jede beste und kostspieligste Behandlung festgehalten werden — diese Verlangen werden sich aber alle an der nüchternen praktischen Frage brechen = wer soll denn die Unkosten der zu hoch geschraubten Ansprüche zahlen und wer kann sie zahlen? Der Arzt ist jedenfalls für ein Honorar von 3 bis 4 DM. im Quartal nicht mehr in der Lage noch eine Behandlung durchzuführen, die mehr als die unbedingt notwendigen Grundleistungen umfaßt.

Der Gedanke einer relativen Krankenversicherung auch in der Pflichtversicherung soll hier nicht als Kampftruf gegen die bestehende Sozialversicherung propagiert werden, sondern er soll hier nur als Feststellung eines bereits mancherorts bei besonders kostspieligen und oft nicht unbedingt nötigen Behandlungsverfahren geübten Ausweges festgestellt werden, der sich als spontane Notlösung aus einer wirtschaftlich unmöglich gewordenen Situation entwickelt hat und dessen Lenkung in einigermaßen legale Bahnen durch vorläufige Abkommen und Regelungen zu empfehlen ist, bis die Zeit einer wirklichen Neuordnung der Honorarberechnungen in der Krankenversicherung auf Grund einer neuen Gebührenordnung und neuer den tatsächlichen Unkosten angepaßter und statistisch unterbauter Verträge gekommen ist.

Diese Fragen der ärztlichen Honorarbildung müssen einmal sehr nüchtern nach volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten und statistischen Unterlagen unter voller Berücksichtigung der psychologischen Auswirkungen der morali-

schen Versicherungsschäden auf Patienten und Arzt und Allgemeinwohl durchgesprochen und auch durchgerechnet werden und können nicht ohne tiefgreifenden Schaden für die ganze soziale Entwicklung und die Erhaltung eines qualifizierten Ärztestandes nach rein politischen Doktrinen entschieden, noch nach einseitigen Gesichtspunkten bürokratischer Verwaltung verordnet werden.

Schl u ß w o r t.

Zweck dieser Zeilen soll sein, eine Anregung zu geben, die hier in geschätzten Zahlen skizzierten Wirtschaftsvorgänge durch genauere statistische Erhebungen und Berechnungen zu objektivieren und zu zeigen, daß mit den angeschnittenen Fragen der Unkosten- und Honorarerstattung auch Organisationsfragen des ärztlichen Dienstes in der Sozialversicherung zu lösen sind, die nicht nur einfach nach Gesichtspunkten der Verwaltungswirtschaftlichkeit gelöst werden können, sondern die Beachtung der psychologischen Rückwirkungen auf die Krankemoral des Volkes und das ärztlich-wissenschaftliche Leistungsniveau des Ärztestandes erfordern.

Durch Mitteilung von Gesichtspunkten und Beobachtungen soll eine weitere Diskussion angeregt werden und damit dem Gesetzgeber die Möglichkeit gegeben werden, eine Neuordnung dieser Fragen auf demokratischer Basis, auf dem Boden breiten Erfahrungsaustausches, vorzubereiten. Es erscheint mir dabei eine selbstverständliche Forderung, daß der Arzt bei der Beratung dieser Fragen nicht nur in seiner Rolle als Arbeitnehmer der Sozialversicherung zu Worte kommt, sondern auch als der zuständige Gutachter für die Beurteilung der Rückwirkungen auf die Krankemoral gehört wird, denn der praktische Arzt ist der Einzige, der hierzu wirklich Beobachtungen sammeln kann. Bei der Schaffung einer guten Sozialversicherung, die dem Kranken die bestmögliche ärztliche Versorgung sicherstellen soll, kommt es nicht nur auf die Höhe der materiellen Zuwendungen an, sondern viel wichtiger ist es, daß das Verhältnis des Kranken zum Arzt eine Form bekommt, die das zu einer erfolgreichen Krankenbehandlung unbedingt notwendige Vertrauen des Kranken zur Stellung des Arztes berücksichtigt und die bürokratischen Belastungen dieses Verhältnisses auf das unbedingt Notwendige zurückführt.

Der Sport als ärztliches Aufgabengebiet

Von Dr. med. Gustav Kochner, Sportarzt an der Bayer. Sportakademie, Studienrat für Leibesübungen.

In allen Ländern der Westzonen Deutschlands schenkt die Ärzteschaft dem Sport nach dem furchtbaren Niedergang unseres Volkes durch die Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse in letzter Zeit wieder erhöhte Aufmerksamkeit. Auch in Sportkreisen selbst wird allerorts der Ruf nach stärkerer ärztlicher Anteilnahme am Sportleben laut. Von bekannten Sportärzten aus Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Württemberg-Baden sowie Rheinland-Westfalen und Hessen wurden bereits Arbeitsgemeinschaften deutscher Sportärzte gegründet und es sind Vorbereitungen im Gange, das Sportärzteswesen aus der Zeit vor dem Kriege in Form eines Sportärztesbundes Westdeutschlands erneut ins Leben zu rufen.

Auch in Bayern bestehen seit über 3 Jahren schon wieder an den Gesundheitsämtern sportärztliche Beratungsstellen und sind teils von amtsärztlich-staatlicher Seite, teils von Seiten namhafter Wissenschaftler und früherer Sportärzte seit längerer Zeit Bestrebungen zur

Gründung einer sportinteressierten ärztlichen Arbeitsgemeinschaft vorhanden.

Es sei ganz besonders auf die diesbezügliche Notiz im Bayer. Arzteblatt Nr. 6 und 8 vom Monat Juni und August hingewiesen.

Wie der einzelne Arzt sich zum Sport, besonders zu manch einer seiner heutigen Formen auch stellen mag, so ist dessen große Bedeutung im öffentlichen Leben eine nicht abzustreitende Tatsache. Der Sport ist nun einmal ein gewichtiger Lebensinhalt und eine der stärksten Erlebnisformen des Gegenwartsmenschen. Im Sport suchen zahlreiche, durch ihren Beruf körperlich und geistig-seelisch einseitig beanspruchte Werk tätige Erholung, Entspannung und Vergnügen. Viele finden durch ihn auch ihren Lebensunterhalt oder wählen sich den Sport zum Beruf. Im Rahmen der Jugenderziehung stellt er ein staatlich anerkanntes und gefördertes Teilgebiet der Gesamterziehung dar. In der Jugendbewegung gilt er als ein

nicht wegzudenkender Programmpunkt (der Freizeitgestaltung und Pflege der heranwachsenden Generation. Kein Wunder, daß auch die Ärzteschaft, von der in den vergangenen Jahrzehnten ein nicht geringer Teil mit dem Sport eng verwachsen war, sich nunmehr wieder in erhöhtem Maße ihrer Aufgaben und Stellung in diesem so umfangreichen Gebiet des Volkslebens bewußt wird.

Der Begriff des Sportes, aus England stammend, bedeutet Sich-belustigen, Spielen, Sich-unterhalten und die Zeit vertreiben. Dementsprechend wird der Begriff des Sportes gemeinhin auch bei uns aufgefaßt und findet vielseitige Verwendung im Sprachgebrauch. Das Karten- und Schachspielen, das Briefmarkensammeln, Tierzüchten und vieles andere wird auch als Sport bezeichnet. Trotzdem kann man nicht jeden, einer solchen Liebhaberei nachgehenden Menschen als Sportsmann ansehen. Im engeren und eigentlichen Sinne versteht man nämlich unter Sport das Betreiben von Leibesübungen verschiedener Art. Sein Hauptmerkmal ist somit die körperliche Bewegung.

Sport bedeutet aber nicht nur Wettkampf, denn er wird in zahlreichen Fällen nur aus Freude an der Bewegung, als Freizeitgestaltung unter Ausschaltung des Gedankens der Leistungssteigerung gepflegt. Der alte Begriff des „Turnens“, im Jahnschen Sinne Inbegriff aller volkstümlichen Leibesübungen wie Laufen und Springen, Werfen und Ringen, Schwimmen, Fechten und Reiten, Spielen und Wandern, Geräteturnen und anderes, ist heute mehr durch den Sammelbegriff des Sportes ersetzt. Als leibliche Bewegung ist der Sport untrennbar verbunden mit dem Wirken seelisch-geistiger Triebkräfte. Aus dieser Tatsache entspringen seine charakterbildenden Werte. In unserem Sinne aufgefaßt als ein Betreiben von Leibesübungen gehört er zu den ursprünglichsten Lebensäußerungen des Menschen, denn Bewegung ist eine elementare Funktion im Bereiche des Lebendigen. Wer die Kulturgeschichte zurückverfolgt, sieht welche Bedeutung der körperlichen Erziehung und Ertüchtigung bei allen Kultur- und Naturvölkern der Erde von jeher beigemessen wurde. Priester und Ärzte, Staatsmänner und Erzieher erkannten in gleicher Weise die Bedeutung und Notwendigkeit der Leibesübungen.

Es sei daran erinnert, daß bei den alten Griechen, deren berühmte Ärzte auch für unsere moderne Medizin immer noch von Einfluß sind, gerade der Arzt nicht nur als Helfer des Kranken, sondern auch als Hüter der Gesundheit und Förderer der Leibesübungen galt. Lesen wir doch in Hippokrates Werk „De officina medici“, daß „alle Teile des Körpers, die zu einem Gebrauch bestimmt sind, nur bei entsprechendem Gebrauch und gehöriger Übung in den Leistungen, an die ein jedes von ihnen gewöhnt ist, sich der Gesundheit, guten Wachstums und langer Jugend erfreuten“. Und schrieb doch Galen in seinem berühmten Werke „Gymnastika“, daß neben die Heilkunst die Kunst der Gymnastik, als Teil der Hygiene zu dem Berufe des Arztes gehört.

Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts fand in Deutschland der Sport als Mittel der Erziehung und Gesundheitspflege allgemeine Anerkennung und größeres Interesse von Seiten der Ärzte. Angeregt durch das Erlebnis und die Beobachtung des Sportes in seinen vielseitigen Formen und seinem mannigfaltigen Geschehen, entsprang aus den Reihen jener sportbegeisterten Ärzte der Wunsch und das Gefühl der Verpflichtung nach einer gesundheitsgemäßen und sinnvollen Gestaltung und Pflege der Leibesübungen. Insbesondere von den Ärzten, welche an sich selbst die segensreiche Wirkung des Sportes erlebten, wurde im Laufe der vergangenen 60 Jahre eine eigene Wissenschaft

vom Sporte geschaffen. Die alten Praktiker des Sportes setzten als Anatomen und Physiologen, als Hygieniker und Biologen, als Chirurgen und Orthopäden, als Pädiater und Psychologen Stein auf Stein zur Errichtung eines sportwissenschaftlichen Gebäudes. Es gibt kaum ein Gebiet des Sportes, das noch nicht mit deutscher Gründlichkeit aufgegriffen und durchforstet wurde. Dennoch bleibt noch manches Neuland in seinem Reiche.

Zugleich bildete sich eine sportärztliche Bewegung, gegründet von Jungärzten und Medizinstudenten um die Zeit vor dem I. Weltkriege, die selbst als Wettkämpfer im Sportleben aktiv beteiligt waren. Das führte 1924 zur Gründung des „Deutschen Sportärztesbundes zur Förderung der Leibesübungen“, welcher im Benehmen mit den übrigen ärztlichen Standesorganisationen die Führung der Bezeichnung „Sportarzt“ und die Ausübung praktischer Tätigkeit im Sportleben an die Voraussetzung einer besonderen sportärztlichen Ausbildung knüpfte. Es ist umso begrüßenswerter, daß nach unserem traurigen völkischen Zusammenbruch die Ärzteschaft, angeregt durch ihre bewährten Sportleute, bestrebt ist, das Sportärztetum wieder zu erwecken.

Wer in der Sportbewegung aufgewachsen ist und berufshalber mit dem Sport zu tun hat, kennt die besonderen Merkmale und Wesensseiten dieses großen menschlichen Betätigungsfeldes. Er weiß vor allem, auf welche verschiedene Art und Weise der Sport aufgefaßt und betrieben wird und vermag das Wertvolle und Schöne im Sport von dem Nachteiligen und Unschönen deutlich zu trennen. Als Arzt denkt er vor allem daran, daß neben dem gesundheitlichen Nutzen aus dem Sport auch sehr viel Schaden erwachsen kann. Die Unfallstatistiken sprechen darüber eine sehr beredte Sprache und manch ein organischer Dauerschaden, verursacht durch Unwissenheit und Übertreibung in jugendlicher Begeisterung, versauert einst gefeierten Wettkämpfern das weitere Leben. An dem Sportarzte ist es deshalb, helfend, warnend und beratend dem Sportsmann zur Seite zu stehen.

Bevor vom Sportarzt weiter die Rede ist, soll, um die enge Beziehung zwischen Sport und Medizin aufzuzeigen, noch ein Einblick in die derzeitige Aufgliederung des Sportes geboten werden.

Mit der Geburt beginnt im Leben des Einzelmenschen die Übung des Leibes und der seelisch-geistigen Anlagen. Somit setzt der Säugling mit dem Erblicken des Lichtes der Welt ein mit dem, was man als Bildungssport bezeichnen kann. In der Tat hat man unter dem Begriff des Säuglingsturnens ein System ausgedacht und angewandt, das von ärztlicher Seite in manchen Fällen sehr befürwortet, teils entschieden abgelehnt wird. Dem instinktiven Bewegungs- und Erlebnisdrange des Kleinkindes folgend, haben sich zahlreiche Leibeserzieher in Verbindung mit ärztlichen Sachverständigen gründlich mit dem Problem des Kleinkinderturnens befaßt und eigene Übungspläne aufgestellt.

Die Leibesübungen im schulpflichtigen Alter stellen vor allem heute noch das Hauptgebiet sportpädagogischer und sportmedizinisch-biologischer Forschung dar, fällt doch in die lange Entwicklungsphase während der Schulzeit das Hauptwachstum des heranreifenden jungen Menschen mit all seinen Sonderfragen. Der sogenannte zivilisierte Mensch, der sich vom Naturzustand sehr weit entfernt hat, unterliegt während dieser Zeit zahlreichen schädlichen Einflüssen und muß andererseits viele entwicklungsfördernde Außenweltreize entbehren. Übereinstimmend mit den leiblich-seelisch-geistigen Bildungsstufen wurden deshalb von Erziehern und Ärzten für die Volks-, Berufs- und höhere

Schule eigene Sportlehrgänge geschaffen. Der Leibeserziehung des weiblichen Geschlechtes wird unter Berücksichtigung seiner Eigenart besondere Aufmerksamkeit geschenkt und dementsprechend der Unterricht gestaltet.

Im freiwillig betriebenen Sport in den Vereinen entstanden, ausgehend von der Erfahrung und Überlegung, daß vor allem im Leistungssport mancherlei Gefahren lauern, in allen Sparten bestimmte Leistungs- und Altersklassen. Für den Berufstätigen, der durch die Werkätigkeit fast durchwegs einseitig und deshalb ermüdend beansprucht wird und der infolge der zunehmenden Schablonisierung und Technisierung des Arbeitsvorganges zu keiner vollen Entfaltung der vielseitigen ererbten Anlagen kommt, wurde vor dem Kriege der Betriebssport während der Arbeitspause eingeführt. Dessen vorbeugende und ausgleichende Wirkung könnte auch heute zur Hebung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfreude beitragen. Die Betriebsärzte sollten den Arbeitgebern gegenüber den eindeutigen Nutzen des Betriebssportes für alle Teile aufzeigen. Aus manch einem Zuschauer könnte durch diesen Ausgleichssport wieder ein aktiver Sportsmann werden.

Damit aber nicht genug: Auch für die ältere und älteste Generation ist der Sport als Seniorensport ein Mittel zur Erhaltung des Wohlbefindens und allgemeinen Rüstigkeit und vermag wie ein Gesundbrunnen viele erfrischende Reize und Kräfte zu spenden.

Dem Sport der Gesunden steht gegenüber der Sport der Behinderten. Er stellt hier nicht etwa ein Allheilmittel dar, doch kann er beispielsweise als Heil- und Versehrten-sport für die durch den Krieg zu körperlichem Schaden gekommenen oder von Natur mißgebildete Menschen un-gemein wertvolle Dienste zur Herstellung der Berufstätigkeit und Weckung der Lebensfreude beitragen. In Form der Krankengymnastik wird ferner der Sport als geeignete Behandlungsmethode in zahlreichen Fällen von Krankheit unter ärztlicher Aufsicht von besonders ausgebildeten Krankengymnasten betrieben.

Wie aus all dem Angeführten zu ersehen ist, liegt in der Vielseitigkeit des Sportes ein bedeutsames Aufgabengebiet für den Arzt. Vor allem muß der sportinteressierte Arzt wissen, daß die Auswirkungen des Sportes auf den Menschen je nach Alter, Übungsart und Betriebsweise sehr verschieden sind. Dementsprechend legt man in Deutschland seit langer Zeit und vor allem heutzutage an den staatlichen Ausbildungsstätten allergrößten Wert auf eine gründliche und mehrjährige Ausbildung der Sportlehrer.

Ein grundlegendes Wissen vom Bau und von den Vorgängen des Leibes sowie von dessen Reifungsstufen und konstitutionellen Eigenheiten betrachtet man für den Sportlehrer als unentbehrliche Kenntnis der Wirkung der einzelnen Übungsarten und das Gefühl für das richtige Maß der Beanspruchung des Übenden durch einzelne Übungsformen werden planmäßig dem Sportstudenten übermittelt. Die Ausbildung in der Gesundheitslehre und Pflege, die Unterrichtung in der Sportschaden- und Unfallkunde sowie die Befähigung zur ersten Hilfeleistung gesellen sich zu dem sonstigen umfangreichen fachlichen Können und Wissen. Es möge sich jeder Arzt darüber im Klaren sein, daß es ohne gründliches Studium des Sportes und eigene praktische Erfahrung nicht leicht ist, solch einem vielseitig beschlagenen Sportlehrer gegenüber in sportbiologischen Belangen richtige Urteile abzugeben.

Wenn nun heute besonders an die junge Ärztesgeneration der Ruf und die Aufforderung ergeht, sich zu einer sportärztlichen Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen, dann soll darauf hingewiesen sein, daß man im Sport nur Leute

gebrauchen kann, die selbst Sportler sind oder zumindest gesinnungsmäßig und in der Tat bestrebt sind, wirkliche Sportleute zu werden. Die übliche, allgemein medizinische Vorbildung reicht nicht aus, um als Arzt im Sporte mitreden zu können. Der rechte Sportler erkennt meist sehr schnell, ob er es mit einem Manne von seinem Fache und von seiner Art zu tun hat.

Leider nimmt heute nur ein ganz geringer Teil der Medizinstudenten die Gelegenheit zur Ausübung freiwilligen Sportes an den Hochschulinstituten für Leibesübungen wahr. In dieser Beziehung kann sich bedauerlicherweise die akademische Jugend Deutschlands ein Vorbild an der Amerikas und Englands nehmen, denn dort gehört der Sport zu den alltäglichen Selbstverständlichkeiten, ohne daß durch ihn das eigentliche Studium leidet. Die charakter- und gemeinschaftsbildenden Vorzüge einer solchen harmonischen Lebensweise und ausgeglichener Heranbildung der geistigen Führungsschicht können nicht ohne Früchte bleiben.

Am deutlichsten tritt das mangelhafte sportliche Sachverständnis vieler Schulärzte in unserem Lande in Form der leider so üblichen und oft völlig unangebrachten und zu langen Befreiung vom Sportunterricht in Erscheinung. Hier zeigt sich so recht, daß nicht wenig Ärzte eine unklare Vorstellung von der Bedeutung und Wirkung der Leibesübungen besitzen und in ihrer Sportfremdheit eine als negativ zu bezeichnende Form ärztlichen Wirkens an den Tag legen.

Der Sportsmann wird einen Arzt in sportlichen Belangen nur dann ernst nehmen und als zuständig anerkennen, wenn er in ihm einen Sportkameraden mit den selben Idealen und Zielen erkennt. Die Brüder vom gleichen Geiste finden sich bekanntlich sehr rasch. Ist das der Fall, so wird der Arzt in allen Obliegenheiten als Berater und Helfer und zugleich als Sachverständiger bei wichtigen Entscheidungen angesehen. Sein ärztliches Können und sein Wissen um die Sorgen des Sportlers werden vertrauensvoll in Anspruch genommen in Fragen des Trainings, des körperlichen Leistungsvermögens, der richtigen Lebensweise und der gesundheitlichen Überwachung. Desgleichen in Fällen von Schäden und Verletzungen durch den Sport. Darüber hinaus verbindet die Sportkameradschaft den wahren Sportarzt mit seinen gleichgesinnten Freunden in vielen sonstigen Angelegenheiten des Lebens, seien sie beruflicher oder privater Natur.

Nur wer selbst die Segnungen des Sportes erlebt hat, wird verstehen, daß allen persönlichen und beruflichen Sorgen und Nöten zum Trotz der Sport, dessen Seele die Freude, getragen von dem spielerischen Geiste der inneren Freiheit ist, gerade auch dem heute so schwer um seine Existenz ringenden und an Überlastung leidenden Ärzte ein unversiegbarer Quell der Kraft sein kann. Der wirkliche Sportsmann kann Schiller nur beipflichten in der Erkenntnis, daß der Mensch erst dann ganz Mensch ist, wenn er spielt. Im Sport, der in allen seinen Formen, auch im Wettkampf Spiel sein soll, und durch den Sport kann jeder das beglückende Gefühl wenigstens zeitweise empfundenen wirklichen Menschentums erleben.

Die weitere Entwicklung der Dinge wird zeigen, wie viele aus den Reihen der Ärzteschaft ihr Arzttum mit wahren Sportlertum in eins vereinigen und damit verdienterweise sich als Sportarzt bezeichnen dürfen. Von den äußeren Voraussetzungen zum Erwerb der Sportarzt-Anerkennung und von dem speziellen Aufgabengebiet des Arztes im Sport wird zu gegebener Zeit zu hören sein.

MITTEILUNGEN

Deutscher Ärztetag

Der 52. Deutsche Ärztetag findet vom 1.—4. September 1949 in Hannover statt. Gleichzeitig veranstaltet der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) ab 31. Aug., die Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Vereinigten Wirtschaftsgebietes am 1. September sowie der Marburger Bund am 1. September ihre Hauptversammlungen bzw. Tagung.

In einer neben dem Tagungsort liegenden Ausstellungshalle wird vom 1. bis 6. September 1949 eine

Medizinische Fachausstellung

durchgeführt, die von zahlreichen Firmen der chemisch-pharmazeutischen Industrie, des medizinischen Geräte- und Apparatebaues einschließlich der Elektromedizin und des medizinischen Buchhandels beschickt ist.

Deutscher Therapiekongreß Karlsruhe

Vom 4. bis 10. September 1949 findet in Karlsruhe der „Deutsche Therapiekongreß“ im Rahmen der Mitglieder-Generalversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands statt. Unter dem Gesichtswinkel der Therapie werden die namhaftesten Vertreter aller Fachgruppen folgende Rahmenthemen behandeln:

- Therapie der Tuberkulose
- Therapie hormonaler Störungen
- Therapie von Herz- und Gefäßkrankheiten
- Therapie von Leber- und Gallenerkrankungen.

Gleichzeitig findet in Karlsruhe die

„Deutsche Heilmittelmesse“

statt, welche in Form einer seriösen und repräsentativen Schau den hohen Leistungsstand der pharmazeutischen Industrie zeigen wird.

Psychologen-Kongreß München 1949

Der diesjährige Psychologen-Kongreß, der vom 1. bis 4. Oktober in München stattfindet, wird sich erstmalig an die Öffentlichkeit wenden. Unter dem vielversprechenden und verpflichtenden Motto: „Psychologie im Leben“ werden Vorträge gehalten und Arbeitsgemeinschaften tagen, die die praktische Anwendung der Psychologie in den verschiedenen Lebens- und Berufsbereichen behandeln und zwar:

- am 1. Oktober: „Psychologie und Lebensführung“ mit dem heute in der ganzen Welt diskutierten Problem einer „Psychohygiene“ (Mental health) und einer seelischen Führung („Psychagogik“)
- am 2. Oktober: „Psychologie und Erziehung“
- am 3. Oktober: „Psychologie und Wirtschaft“ einschließlich Werbung
„Psychologie und Rechtspflege“ einschließlich Jugendfürsorge
„Psychologie und Verwaltung“
- am 4. Oktober: „Psychologische Diagnostik“ einschließlich moderner Testmethoden
- am 5. Oktober: (als Anschließtagungen): eine Graphologen-Tagung, sowie eine Konferenz zwischen Psychologen und Medizinern.

Eine Teilnahme empfiehlt sich für alle Ärzte.

Zur rechtzeitigen Quartierbeschaffung und Bereitstellung von Sonderzügen (ab Hamburg und Köln am 29./30. 9. mit 50% Fahrpreisermäßigung) muß die Teilnahme schon bis 3. 9. angemeldet werden. Programme mit Anmeldeformularen sind bei den eigenen Berufsorganisationen oder beim Veranstalter, dem Berufsverband Deutscher Psychologen, München 23, Ungererstraße 31, anzufordern. Steuermäßig wie unkostenmäßig ist es vertretbar, die Teilnahme auf Geschäftskosten bzw. amtlich durchzuführen.

Fortbildungskurs in Gießen

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung in Gießen hält einen weiteren Fortbildungskurs für praktische Ärzte vom 16. bis 22. Oktober 1949 ab mit dem Thema **Hormone und vegetatives Nervensystem**. Auskunft und Prospekte durch Professor Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstr. 32 g.

Fortbildungskurse in Bad Nauheim

Die Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte hält vom 14. bis 16. 10. 1949 wieder ihren bekannten dreitägigen Fortbildungslehrgang unter Mitwirkung namhafter Kliniker im W. G. Kerckhoff-Institut Bad Nauheim ab. Das Thema lautet: „**Fort-schritte auf dem Gebiet der Behandlung der Kreislauf-erkrankungen**“. Die Kurse waren früher von Ärzten des In- und Auslandes stark besucht, sodaß auch jetzt wieder mit einem großen Andrang zu rechnen ist. Auskunft und Zimmerbestellung vermittelt das Verkehrsamt des Hessischen Staatsbades Bad Nauheim.

Herr Prof. Dr. Weber hält vom 10.—13. 10. 1949 einen Kursus über **Elektrokardiographie und andere graphische Untersuchungsmethoden für Anfänger** ab.

SATZUNG

des Landesverbandes Bayern des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

§ 1

Name und Sitz

Der Landesverband Bayern, des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) in Hamburg ist ein eingetragener Verein. Er hat seinen Sitz in München.

§ 2

Zweck und Aufgaben

(1) Zweck des Verbandes ist die Wahrung der beruflichen Interessen der in ihm zusammengeschlossenen Ärzte unbeschadet der Aufgaben und der Tätigkeit der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretungen und Körperschaften.

(2) Der Verband tritt ein

1. für die Unabhängigkeit des Arztes in seiner Berufsausübung,
2. für die freie Arztwahl des Kranken,
3. für die Freiheit der ärztlichen Niederlassung,
4. dafür, daß die Heilbehandlung abgesehen von stationärer Krankenhausbehandlung grundsätzlich der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit vorbehalten bleibt,
5. für eine gerechte und angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen,
6. für eine Neuordnung der Sozialversicherung und der öffentlichen Gesundheitsfürsorge nach folgenden Grundsätzen:
 - a) im Vordergrund jeder Reform müssen die Verbesserung und Vervollkommnung der Gesundheitspflege und die Hebung des Gesundheitszustandes des einzelnen Menschen und des Volkes stehen,
 - b) die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft müssen der gesamten Bevölkerung und insbesondere den Werk-tätigen in möglichst vollkommener Weise zugute kommen,
 - c) die Träger der sozialen Versicherung und der sozialen Fürsorge müssen in die Lage versetzt werden, die Durchführung dieser Aufgaben finanziell zu tragen und die ärztliche Tätigkeit angemessen zu vergüten,
 - d) durch diese Maßnahmen müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß alle bisher noch bestehenden Beschränkungen der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in Wegfall kommen.

(3) Zur Erreichung seiner Ziele will der Verband die gesamte Ärzteschaft Bayerns zur gemeinsamen Verfolgung dieser Ziele fest zusammenschließen.

§ 3

Gliederung

Der Landesverband Bayern gliedert sich in Kreisverbände entsprechend Regierungsbezirken des Freistaates Bayern.

PANKREON

das standardisierte
„Klassische“
Enzympräparat

1 g Pankreon verdaut
12,5 g Fett | 270 g Stärke
in 60 Minuten | in 10 Minuten
100 g Eiweiß
in 30 Minuten

„RHENANIA“ Pharmazeutische Abteilung
der Kali-Chemie Aktiengesellschaft
Sohnde (Hann.)




Prof. Dr. Saxhlets Nährzucker
SOXHLETZUCKER
seit 50 Jahren klinisch erprobt und
bewährt.

Indikation: Kohlehydratreiche Nah-
rung für schlecht gedeihende Säug-
linge und darmlabile Frühgeburten;
Dystrophie, Dyspepsie, Dekomposition

SOXHLET
ZUCKER

Nährmittelfabrik München G. m. b. H.
Berlin-Spandau,
Staakener Str. 28/9



SONDERTARIF FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld bis DM. 10.—
Operationskostentarif bis DM. 5000.—

Vereinigte Krankenversicherungs-A.-G.

Vertragsgesellschaft der Bayer. Landes-Ärztelammer
Landesleitung München - Königinstraße 19 - Telefon 2936

Citretten und Gustin

die beiden antidyspeptischen Sicherheitsfaktoren in der Ernährung des Säuglings und Kleinkindes. Während die Citretten (hergestellt von der Firma Joh. A. Benckiser G.m.b.H., Ludwigshafen/Rh.) eine zuverlässige Säuerung und dadurch eine feinflockige Gerinnung der dargereichten Milchnahrung herbeiführen, dient Gustin, das reine Kohlehydrat (100 g = 360 cal.), dazu, den Kohlehydratgehalt der Kuhmilch zu erhöhen. Als II. Kohlehydrat neben dem meist gebräuchlichen Rübenzucker verwendet, unterstützt Gustin die feine Ausfällung des Eiweißkörpers der Kuhmilch. Gustin wirkt stark gärungshemmend und erhöht dadurch die antidyspeptische Wirkung der Citrettenmilch-Nahrung in hervorragender Weise. Gustin hat seinen Platz sowohl in der Säure-*Halb- und Zweidrittelmilch* als auch in der unverdünnten Säure-*Vollmilch*. Da der Gustin-Zusatz fast durchweg nur 2% beträgt, so darf die mit Gustin angereicherte Citrettenmilch infolge der geringen Gesteigungskosten als außerordentlich wirtschaftliche Säuglingsnahrung angesprochen werden. Ein besonderer Vorteil von Gustin liegt in der leichten Anwendung und der kurzen Kochzeit. Auch in der Beikostnahrung, in der Kindersuppe, im Kinderbrei, in Verbindung mit Früchten oder Gemüsen bzw. deren Säften findet Gustin seit Jahrzehnten Verwendung, wobei seine rasche und hohe Quellfähigkeit und die leichte Verdaulichkeit besonders vorteilhaft in Erscheinung treten.

Gustin wird in 250 g Packungen zum Preise von 52 Pfg. geliefert.



DR. AUGUST OETKER
NÄHRMITTELFABRIK G.M.B.H. • BIELEFELD



HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

Chirurgisches Privatkinderkrankenhaus

Ärztliche Leitung: Prof. Oborniedermayr

Oberammergau - Sonnenleite

Sanatorium Tannerhof

BAYRISCHZELL (B40 m ü. d. M.)

grosses Luftbadgelände, Einzelhütten, Sauna, Diätkuren, alle Badeanwendungen.

Besonders geeignet für Kreislauf- u. Stoffwechselstörungen.

Dr. J. v. Mengershausen

Staatliches Mineralbad

BRÜCKENAU (Rhön)

Spezialbad für Nieren, Blasen und Rheuma — die führenden Häuser: Kurhotel, Badhotel. Angemessene Preise, beste Verpflegung, ärztliche Beratung. — Für Ärzte besonders verbilligte Aufenthaltsmöglichkeiten.

Auskunft durch die Badverwaltung Bad Brückenaue/Ufr.

Sanatorium

Dr. Mehlretter

GARMISCH

ganzjährig geöffnet

Krankenhaus - Herzoghöhe
Bayreuth
Privatsanatorium

Innere Medizin - Neurologie und
Psychiatrie - Klinische Diagnostik
und Therapie.

Chefarzt: Prof. Dr. med. Gutzeit
ordentl. Professor für innere Medizin,



Bad Überkingen

Bad Hotel

Linie Stuttgart-Ulm

der Erholungsort für Nieren- und Zuckerkrankhe.

Trinkkuranwendung mit der Adelheid-Quelle —
klinisch erfolgreich erprobt selbst bei veralteten
Nierenleiden. Bewährt auch bei Zuckerkrankheit.

Mineralbäder und med. Bäder aller Art, Liegehalle,
Luftbad — schön gepflegte Anlagen.

Prospekte und Bezugsquellennachweis durch:

Mineralbrunnen A.-G., Bad Überkingen Württbg.

Sanatorium der Inneren Mission
in Bayern

Ärztl. geleit v. Dr. med. A. Vester

Christi. Sanatorium THEA
Bad Kissingen

Brunnen und Bäder
5 Min. zu erreichen
Ganzjähr. geöffnet. M36. Preise

Sanatorium Dr. König
Bad Reichenhall



KINDERSANATORIUM Dr. SEITZ
EBENHAUSEN

ÜBER MÜNCHEN
BAYER-ALPENVORLAND · 700 m ü. d. M.
Für alle nicht-infektiösen Erkrankungen
des Kindesalters sowie Rekonvaleszenz
und Erholungsbedürftige von
4 bis 14 Jahren.

FACHARZTL. LEITUNG · UNTERRICHT · HEILGYMNASTIK
PROSPEKT AUF WUNSCH

SANATORIUM HEILENBERG

für Innere Krankheiten

ALPIRSBACH / Schwarzwald,
Telefon 175

Bad-Assmannshausen am Rhein

„Graf-Adolf-Quelle“ im Badhotel und Kurhaus, Thermalbad gegen Gicht, Rheuma
und Ischias. Ausgezeichnete Heilerfolge.

Anerkannte Küche · Gepflegte Weine · Telefon 341

Blut-Regeneration

durch

Aegrosan-

Ferro-Calcium-Saccharat

Anämie
Kachexie
Neurasthenie
Rekonvaleszenz

Tropfendosierung
deiner Äußerst sparsam

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN, BERGISCH GLADBACH

Unsere Präparate zur parenteralen Therapie

Insulin

Depot-Insulin

Heparhorm

Antiparazitosa-Faktor der Leber

Oxytocin

Wehenerragende Komponente
des Hypophysenhinterlappens

Parathorm

Wirksames Prinzip
der Nebenschilddrüse



HORMON-CHEMIE
MÜNCHEN

Asthma
Perasthman *coupiert,
beugt vor!*
G. BISSANTZ, INH. MAX LEHMANN, OBERSDORF / ALLGAU KP-8 Plv. OP-16 Plv.

§ 4

Mitgliedschaft

(1) Mitglied des Verbandes kann jeder zur Ausübung des ärztlichen Berufes in Bayern befugte Arzt werden, der die bürgerlichen Ehrenrechte besitzt.

(2) Mitglieder des Verbandes können auch Vereinigungen von Ärzten sein, die eine bestimmte Fach- oder Berufsgruppe von Ärzten vertreten.

§ 5

Aufnahme

(1) Das Aufnahmegesuch ist schriftlich an den Vorstand des Landesverbandes zu richten.

(2) Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand des Landesverbandes.

(3) Die Aufnahme kann nur abgelehnt werden, wenn 1. die Voraussetzungen des § 4 nicht erfüllt sind,

2. Gründe vorliegen, die einem Mitglied gegenüber dessen Ausschluß rechtfertigen würden.

Die Aufnahme darf nicht verweigert werden aus rassistischen, religiösen oder politischen Gründen.

(4) Will der Vorstand des Landesverbandes die Aufnahme ablehnen, so entscheidet darüber der nach § 11 gebildete Ausschuß. Seine Entscheidung ist endgültig.

(5) Jeder Beitretende hat vor seiner Aufnahme die Satzung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) als für sich verbindlich schriftlich anzuerkennen.

§ 6

Erlöschen der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft erlischt durch Tod, Wegfall der Voraussetzungen des § 4, Austritt oder Ausschluß.

(2) Der Austritt erfolgt mit 6 monatiger Frist zum Jahresende durch schriftliche Erklärung in eingeschriebenem Brief an den Vorstand des Landesverbandes.

(3) Ein Mitglied kann ausgeschlossen werden, wenn es sich eines schweren Verstoßes gegen die Mitgliedschaftspflichten oder gegen die ärztliche Berufsauffassung schuldig macht.

Der Ausschluß erfolgt auf Antrag des Vorstandes des Landesverbandes nach Anhörung des Mitglieds und der Entscheidung des durch den gemäß § 11 gebildeten Ausschusses.

§ 7

Rechte und Pflichten der Mitglieder

(1) Alle Mitglieder haben die gleichen Rechte und Pflichten.

(2) Alle Mitglieder sind stimmberechtigt. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

Alle Mitglieder können in die Organe des Verbandes gewählt werden, sofern nicht gesetzliche Bestimmungen entgegenstehen.

Alle Mitglieder haben Anspruch auf den Schutz des Verbandes in der berechtigten Wahrnehmung ihrer beruflichen Interessen, insbesondere gegen unzumutbare Beschränkungen der ärztlichen Freiheit und gegen Ausbeutung ihrer Arbeitskraft.

Alle Mitglieder haben das Recht, die Einrichtungen des Verbandes in Anspruch zu nehmen.

(3) Die Mitglieder sind verpflichtet, die Satzung und die von den Organen des Verbandes gefaßten Beschlüsse zu befolgen.

Die vom Verband geschlossenen Verträge sind von jedem Mitglied wie in eigener Person geschlossen anzusehen.

§ 8

Die Organe des Verbandes sind:

Der Vorstand,
die Hauptversammlung,
die Ausschüsse.

§ 9

Der Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden des Verbandes, dem stellvertretenden Vorsitzenden und 5 Beisitzern.

(2) Der Vorsitzende, der stellvertretende Vorsitzende und die Beisitzer werden von der ordentlichen Hauptversammlung alle 2 Jahre gewählt.

Die Mitglieder des Vorstandes werden in geheimer Wahl durch Stimmzettel gewählt. Gewählt ist, wer die meisten Stimmen erhält. Gewählt werden können nur Mitglieder des Verbandes, die in der ordentlichen Hauptversammlung von mindestens 10 anwesenden Stimmberechtigten schriftlich vorgeschlagen werden. Das Wahlergebnis ist im „Bayerischen Arzteblatt“ bekannt zu machen.

(3) Scheidet während der Wahldauer der Vorsitzende aus, so tritt sein Stellvertreter an seine Stelle. In diesem Falle findet die Wahl eines neuen Vorsitzenden für den Rest der Wahldauer in der nächsten ordentlichen Hauptversammlung statt.

Scheidet ein Beisitzer während der Wahldauer aus, so findet die Wahl eines neuen Beisitzers für den Rest der Wahldauer in der nächsten ordentlichen Hauptversammlung statt.

(4) Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn mindestens 4 seiner Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder der stellvertretende Vorsitzende anwesend sind. Der Vorstand faßt seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

§ 10

Die Hauptversammlung

(1) Die Hauptversammlung besteht aus den Abgeordneten der Kreisverbände und den Mitgliedern des Vorstandes. Auf je 100 Mitglieder eines Kreisverbandes entfällt 1 Abgeordneter.

Die Abgeordneten werden nach dem Prinzip der Mehrheitswahl in geheimer Wahl bestimmt.

(2) An der Hauptversammlung können alle Verbandsmitglieder teilnehmen. Stimmberechtigt sind die mit einem Ausweis versehenen Abgeordneten und die Mitglieder des Vorstandes. Eine Übertragung von Stimmen auf andere ist nicht zulässig.

(3) Die Hauptversammlung ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte aller Stimmberechtigten anwesend sind.

Bei der Abstimmung entscheidet die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen, bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(4) Eine ordentliche Hauptversammlung ist mindestens einmal im Jahr einzuberufen. Sie wird einberufen und geleitet vom Vorsitzenden des Verbandes oder seinem Stellvertreter. Die Einladungen müssen mindestens 3 Wochen vor der Tagung den Stimmberechtigten schriftlich bekannt gegeben werden.

(5) Der ordentlichen Hauptversammlung obliegen:

1. die Beratung und Beschlußfassung über alle Fragen aus dem Aufgabenbereich des Verbandes,
2. die Genehmigung des Rechenschaftsberichtes und die Entlastung des Vorstandes,
3. die Wahl des Vorsitzenden, des stellvertretenden Vorsitzenden und der Beisitzer des geschäftsführenden Vorstandes, sowie die Wahl der Ausschüsse nach § 11,
4. die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge,
5. die Wahl der Abgeordneten zur Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) Hamburg.

(6) Eine außerordentliche Hauptversammlung muß einberufen werden, wenn sie vom Vorstand für notwendig gehalten oder von einem Drittel der Abgeordneten beantragt wird. Wenn die Sachlage es erfordert, kann die Einladungsfrist nach Absatz 4 verkürzt werden und die Einladungen können telegraphisch oder telephonisch erfolgen.

(7) Über die Verhandlungen der Hauptversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen. In der Versammlung gefaßte Beschlüsse sind schriftlich festzulegen. Die Niederschrift der Verhandlungen und Beschlüsse ist vom Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter und einem Beisitzer zu unterzeichnen.

§ 11

Ausschüsse

(1) Zur Entscheidung über die Aufnahme nach § 5 Abs. 4 der Satzung und über den Ausschluß nach § 6 Abs. 3 der Satzung wird ein Ausschuß von 5 Verbandsmitgliedern gebildet. Die Mitglieder des Ausschusses werden von der ordentlichen Hauptversammlung mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen für die Dauer von 2 Jahren gewählt.

(2) Die Hauptversammlung wählt alle 2 Jahre einen aus 5 Verbandsmitgliedern bestehenden Finanzausschuß, der die Kassenführung des Verbandes zu überwachen hat.

§ 12

Vertretung des Verbandes nach außen

Der Vorsitzende oder bei dessen Verhinderung der stellvertretende Vorsitzende vertritt den Verband nach Maßgabe der Satzung nach außen.

§ 13

Satzungsänderungen

(1) Satzungsänderungen können nur durch Beschluß der Hauptversammlung vorgenommen werden.

(2) Zur Änderung der Satzungen ist eine $\frac{2}{3}$ Mehrheit der erschienenen stimmberechtigten Mitglieder erforderlich. Soll der Zweck des Verbandes geändert werden, so ist eine Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der erschienenen stimmberechtigten Mitglieder notwendig.

§ 14

Auflösung

Die Auflösung des Verbandes erfolgt in einer eigens hiezu einberufenen außerordentlichen Hauptversammlung, wenn $\frac{3}{4}$ der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder sie beschließen.

Im Falle einer Auflösung ist das nach Abdeckung aller Verbindlichkeiten verbleibende Vermögen des Verbandes gemeinnützigen Zwecken der Ärzteschaft zuzuwenden.

§ 15

Veröffentlichungen

Die Veröffentlichungen des Verbandes erfolgen in dem „Bayerischen Ärzteblatt“.

Niederbayerischer Ärztetag in Straubing am 21. Juli 1949

Im Straubinger Stadttheater versammelten sich am 21. Juli 1949 rund 400 niederbayerische Ärzte zum 1. niederbayerischen Ärztetag nach dem Kriege.

Der Vorsitzende des Kreisverbandes der Ärztlichen Bezirksvereine Niederbayern, Herr Dr. Forchheimer, eröffnete vormittags $\frac{1}{2}$ 10 Uhr die Tagung mit einem Gedenken der seit 1939 gefallenen und verstorbenen Kollegen. Anschließend brachte der Orchesterverein Straubing das Klavierquintett op. 44, 2. Satz von Robert Schumann zum Vortrag.

Herr Dr. Forchheimer begrüßte nun die erschienenen Kollegen und Gäste und hieß sie herzlich willkommen.

Als Stellvertreter der Stadt Straubing richtete der 2. Bürgermeister, Herr Tremel, herzliche Begrüßungsworte an die Anwesenden, wünschte einen erfolgreichen Tagesverlauf und verband damit die Hoffnung und die feste Zuversicht, auf den noch vorhandenen Fundamenten deutschen Arztums aufbauend zu Leistungen zu gelangen, die dem deutschen Arzt seinen früher in der ganzen Welt anerkannten Ruf wieder einbringen würden. Als Vertreter der medizinischen Fakultät Regensburg versprach Hofrat von Tschermak-Seysenegg die alte Prager Tradition auch in Regensburg weiterzuführen und die Verbindung der Wissenschaft mit der medizinischen Praxis aufrechtzuerhalten.

In einem ausführlichen Referat sprach nun der Präsident der Bayer. Ärztekammer, Herr Dr. Weiler, über die „Krise des Arztums“, die in der großen Überbesetzung Bayerns mit Ärzten zu suchen ist. Anhand von Zahlenbeispielen erläuterte er die große Not des bayerischen Arztstandes: Im Jahre 1885 wurde eine Bevölkerung von 5,4 Millionen von 2262 Ärzten versorgt und betreut, heute dagegen sind es 12 800 Ärzte für eine Bevölkerung von 8,8 Millionen. Die Zahl der Ärzte hat sich also verfünffacht, die Einwohnerzahl dagegen nicht einmal verdoppelt. „Wie könne man die Ärzteschaft auf einem gewissen ethischen Stand halten, wenn die Hälfte am Verhungern ist“, fragte Herr Dr. Weiler. Er forderte die Ärzte auf, heute mehr denn je zusammenzuhalten und sich nicht in kleine Gruppen und Grüppchen zu spalten, wenn der Arztstand in der heutigen schweren Zeit überhaupt lebensfähig bleiben wolle.

Er weist darauf hin, daß im August ein Bayerischer und im September ein Deutscher Ärztetag stattfinden wird.

Er empfahl einen Änderungsvorschlag für das Bayer. Ärztegesetz anzunehmen. Danach würden die Ärzte eine freie Organisation bilden, mit der man, wie Herr Dr. Weiler sagte, „über die Zeit der tiefsten geistigen Gefangenschaft des deutschen Menschen auch im Westen Deutschlands“ hinwegkommen würde.

Herr Dr. Weiler wies ferner auf die Neugründung des Hartmannbundes hin, der aber nicht als Ersatz für eine Ärzteorganisation anzusehen sei, sondern wie früher eine Kampforganisation und eine wirtschaftliche Vereinigung sei. Er schloß seine Ausführungen mit den Worten „Es kann sein, daß wir diesen Kampf verlieren. Es kann sein, daß wir die letzten Vertreter eines deutschen Arztums sind, wie wir es uns ein Leben lang vorgestellt haben. Dann habe ich nur eine Bitte an Sie, deckt uns mit den letzten Schilden deutschen Arztums zu“.

Nach dieser mit Interesse aufgenommenen Rede des Präsidenten ergriff der Vorsitzende der KVB. Landesstelle, Herr Dr. Landauer, das Wort.

Dr. Landauer schilderte vor allem die katastrophale wirtschaftliche Lage des Kassenarztes. Ihm müsse auf schnellstem Wege geholfen werden, trösten allein habe keinen Wert mehr, da mancher bereits nahe am Ertrinken sei. Die Ursache dieser großen sozialen Not des Kassenarztes liege vor allem in der enormen Überfüllung des ärztlichen Berufes, aber auch an dem veralteten Honorarsystem und an der derzeitigen Rechtsunsicherheit der Organisation. Er erläuterte den Einspruch der Militärregierung gegen das KVB-Gesetz und wies auf die Notwendigkeit einer starken Organisation hin, um die Stellung der Kassenärzte gegenüber ihrem Vertragspartner, der Sozialversicherung, behaupten zu können. Die Bildung der KVB sei von keiner Seite widerrufen worden, lediglich die Eigenschaft als „Körperschaft des öffentlichen Rechts“ und die Zwangsmitgliedschaft wurden beanstandet. Ebenso ist das Zulassungsgesetz nach wie vor in Gültigkeit.

Das KVB.-Gesetz sei unbedingt notwendig, um das Aufsichtrecht über die Kassenärzte behalten zu können und nicht wieder zurückzugeben an die Kassen. Alles wäre verloren, was in jahrzehntelangem Kampf errungen wurde. Der Arzt müßte zurückkehren zum Einzeldienstvertrag.

Dr. Landauer kam auf das Honorarabkommen von 1933 zu sprechen und schilderte dies als nicht mehr zeitgemäß. Da dieses Abkommen szt. unter ganz anderen Bedingungen und Verhältnissen abgeschlossen wurde, entspricht es heute nicht mehr den Anforderungen und Leistungen der Ärzte. Das, was die Sozialversicherung in den letzten Jahren seinen Versicherten mehr geboten hat, ging einzig und allein auf Kosten des Arztes. Abschließend forderte Herr Dr. Landauer die Kollegen auf, unter allen Umständen einig zu sein; sich gegenseitig zu helfen und in der Organisation zusammenzuhalten, um die berechtigten Forderungen durchzusetzen, und somit die Existenz des Kassenarztes und des ganzen Arztstandes zu gewährleisten.

Um 14.30 Uhr eröffnete der 2. Vorsitzende Dr. Stein eine interne Sitzung der KVB.-Bezirksstelle Niederbayern, in deren Verlauf über 3 Mißtrauensanträge abgestimmt wurde. Dabei wurde der bayer. Ärzteführung und der niederbayerischen Ärzteführung mit überwiegender Mehrheit wieder das Vertrauen ausgesprochen. Am Abend traf sich noch ein Teil der Ärzte im Hotel Wittelsbach zu einem geselligen Zusammensein.

Zur Rachitisprophylaxe

Den UNICEF hat zur Rachitisprophylaxe für Kinder in Bayern eine sehr erhebliche Menge von hochwertigem Lebertran teils in flüssiger Form teils in Kapseln zur Verfügung gestellt. Die Verteilung erfolgt durch die Gesundheitsämter.

Es besteht Anlaß, bei dieser Gelegenheit auf einige Gesichtspunkte, die die neuere Forschung und Erfahrung in Rachitisfragen ergeben hat, hinzuweisen:

Lebertran ist im allgemeinen als zusätzliches Mittel über die Wintermonate zu den sonstigen Antirachitica zu betrachten. Er kommt weniger für die Säuglinge des ersten Halbjahrs (Oldyspepsie!) in Betracht, sondern mehr für ältere Säuglinge und Kleinkinder im zweiten und dritten Lebenswinter in der täglichen Dosis von etwa 2–3 Kaffeelöffel. In den leicht zu schluckenden Kapseln (1–2 tgl.) dient er bei Schwangeren (besonders in den letzten 3 Monaten) auch der pränatalen Rachitisprophylaxe und dem Brustkind bei Verabreichung an stillende Mütter.

Die allgemeine Prophylaxe ruht nach wie vor vorwiegend auf dem Vigantol. Die in den letzten Wintern besonders durch den sog. „Vigantolstoß“ vollzogene Verhütung hat nicht immer voll befriedigt. Wenngleich der Stoß für Frühgeborene, schwer zu überwachende und besonders bedrohte Kinder nach wie vor zweckmäßig ist, so sollte doch wieder mehr zur Verwendung der dünneren Vigantollösung übergegangen werden, um zu einer fortlaufenden Wirkung zu kommen. Die Vigantolstöße (je 10 mg) sollten während der ganzen Rachitis-Saison in zweimonatigen Abständen erfolgen. Es sei besonders darauf hingewiesen, daß durch verschiedene Umstände, vor allem aber durch die miserable Milchversorgung der Kinder bedingt, die Rachitis bereits in früheren Altersterminen, als man es bisher gewohnt war, einsetzt: Daher die Forderung, schon nach dem ersten Lebensmonat mit der Prophylaxe zu beginnen. Für diese früh einsetzende und pausenlos über die ganze Saison laufende Prophylaxe werden 3–5 Tropfen pro Tag im allgemeinen ausreichen. Therapeutisch wird man das Zwei- bis Dreifache dieser Dosis, also 10–15 Tropfen benötigen. Anstelle von Vigantol kann auch Trivitan in gleicher Dosierung verwendet werden (Vitamin D₃).

Aber nicht nur zu früheren Lebensterminen, als es bislang üblich war, beobachtet man vielfach die Rachitis, sondern auch jahreszeitlich tritt sie früher in Erscheinung. Es sollte also die Prophylaxe tunlichst schon im September einsetzen. Es hat sich ferner gezeigt, daß es wie nach dem ersten Weltkrieg notwendig ist, in verstärktem Maß die Eltern auf die Gefahren und Auswirkungen der Rachitis hinzuweisen und sie anzuweisen, ihre Kinder während des Winters wiederholt (!) zur Kontrolle in den ärztlichen Sprechstunden bzw. Beratungsstunden vorzustellen.

Prof. J. Husler

(Im Auftrag der Gesundheits-Abteilung des Bayerischen Innenministeriums).

Die Poliomyelitis im Sommer 1949

Die Epidemiologie der Poliomyelitis in Bayern zeigt im Sommer 1949 gegenüber dem vorigen Jahr in der Morbidität ein anderes Bild: im vorigen Jahr 1948 vom Januar bis Juni nur 46 Erkrankungen in ganz Bayern, vom Juli an aber ein ruckartiges Anschwellen der Erkrankungsziffer, so daß den 46 Erkrankungen des 1. Halbjahres 1948 1732 neue Fälle im 2. Halbjahr 1948 gegenüberstehen. Heuer, im Jahr 1949, wurden im 1. Halbjahr 104 neue Erkrankungen aus Bayern gemeldet; der Juli zeigt mit 42 Erkrankungen zwar einen kleinen Anstieg, doch noch keine drohende Gefahr. Auch die erste Augustwoche hält sich mit einer Meldung von 21 Fällen im Rahmen der normalen Entwicklung. Im vorigen Juli waren bereits 111 neue Erkrankungen gemeldet worden. Der erste Teil des August hatte 70 weitere Krankheitsfälle an Poliomyelitis gebracht.

Regional trifft die Hauptwelle in diesem Jahr Niederbayern, das in den ersten 7 Monaten 47 neue Erkrankungen an Poliomyelitis meldete. Dann folgen Oberfranken mit 30 neuen Erkrankungen (davon 14 allein im Juli) und Oberbayern mit 25 neuen Fällen (davon 9 im Juli). Kleine Häufungen zeigen sich an der bayerisch-thüringischen Grenze und im Bayerischen Wald. Aber an keinem Ort kann man von epidemischen Erscheinungen sprechen.

Die Sterbefälle an Poliomyelitis waren im 1. Halbjahr 1949 verhältnismäßig hoch. 43 Todesfälle von 104 Erkrankungen, das bedeutet eine Letalität von 22%, ein ungewöhnlich hoher Satz. Im ganzen Jahr 1948 wurden bei 1778 Erkrankungen 236 Todesfälle gezählt, das ist eine Letalität von rund 13%. Bei der Kinderlähmungsepidemie des Jahres 1947 in Norddeutschland meldete Hamburg eine Letalität von 10% und Berlin eine Letalität von 9%. Die Letalitätsziffer ist gerade bei der Kinderlähmung sehr verschieden, in der Regel, weil die aus einem bestimmten Gebiet oder aus einer Klinik zur Verfügung stehenden Zahlen zu klein sind, häufiger noch, bei Betrachtung von Länderergebnissen, weil die Anzeigepflicht der Ärzte sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Es ist erstaunlich, wie stark die Letalität zu wachsen scheint in jenen Gebieten, in denen die Poliomyelitis schwach vertreten ist, in denen also den Erkrankungen wenig Beachtung geschenkt und die Anzeigepflicht deshalb oberflächlich erfüllt wird. In jenen dagegen, in denen die Poliomyelitis in Zeitungen und Fachschriften viel behandelt wird, sinkt die Letalität, weil die Krankheitsmeldungen vollständiger bei der Gesundheitsverwaltung einlaufen.

Die immer wieder auftauchende Frage nach dem Alter der Gestorbenen an Poliomyelitis läßt sich an Hand der 236 Todesfälle des Jahres 1948 unschwer beantworten. Die Sterbefälle verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Altersgruppen: die der absoluten Zahl und ihrer Mortalität nach am meisten befallene Altersstufe ist die von 1 mit 4 Jahren; in diesem Alter sind 41 Kinder gestorben. Im Alter von 5 Jahren sind 17 Todesfälle zu buchen und die 4 folgenden Altersgruppen, bis zum 9. Jahr, zeigen 24 Todesfälle. Der Besetzung der Altersgruppen nach ist die Altersstufe von 5 mit 9 Jahren verhältnismäßig weniger betroffen als die von 1 mit 4 Jahren.

Eine weitere Welle trifft die 20 mit 29 Jährigen, von denen im vorigen Jahr 51 an Poliomyelitis gestorben sind, davon 33 im Alter von 20 mit 24 Jahren. Die Todeswelle ging vom 30. Lebensjahr an gleichmäßig weiter bis zum 44. Lebensjahr, aber auch bei Über-60-Jährigen wurden noch 4 Todesfälle an Poliomyelitis festgestellt.

Von den 23 Todesfällen des 1. Halbjahres 1949 entstammen 16 der Altersstufe von 1 mit 14 Jahren, davon 7 allein der Altersgruppe der 10 mit 14 Jährigen. 2 Todesfälle betrafen 40 mit 49 Jährige und 2 Über-60-Jährige. Die meisten Todesfälle des 1. Halbjahres 1949 (8) sind in Niederbayern registriert worden.

Der bisherige Verlauf der Poliomyelitis gibt zunächst zu keinerlei Besorgnis Anlaß. Trotzdem bedarf die Krankheit nach wie vor der schärfsten Beachtung. Zu dieser Beachtung gehört auch die seuchenpolizeiliche Anzeigepflicht und ihre Erfüllung gegenüber dem Gesundheitsamt. Der exakte Überblick über das Vorkommen und die Ausbreitung einer Seuche gibt der Obersten Gesundheitsbehörde die beste Möglichkeit zur Abwehr.

Dr. Dr. Konrad Krieger.

Pressestimmen

Neugründung des Hartmann-Bundes

Am 20. 5. 1949 ist in Hamburg der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) neugegründet worden. Wir begrüßen das Wiedererstehen dieser Organisation, mit der wir in vielen Jahren eng und fast freundschaftlich zusammengearbeitet haben. Daß wir diesen Ausdruck gebrauchen können, scheint uns besonders bedeutungsvoll bei einer Vertragspartnerschaft, in der die Interessen notwendigerweise nicht immer übereinstimmen. Das Vertragsverhältnis, das die beiden Verbände des Hauptausschusses der Arbeiter- und Angestelltenkrankenkassen mit den Ärzten verbindet, ist vor 49 Jahren in enger persönlicher Verbindung mit dem Gründer des ursprünglichen Verbandes der Ärzte Deutschlands, nach dem er seinen Namen trägt, Hartmann, geschaffen worden. Der vorläufige Vorstand des Verbandes der Ärzte Deutschlands, dem die Herren Dr. Thieding, Dr. Rüder und Dr. Ostermann sämtlich in Hamburg, angehören, veröffentlichte einen Aufruf an alle deutschen Ärzte, dem wir die folgenden Sätze entnehmen:

„Der Zusammenbruch des Reiches, seiner staatlichen Organisation und seiner Wirtschaft, die Lockerung der sozialen Ordnung und die Währungsumstellung haben die Sozialversicherung und ihre Träger in die größten Schwierigkeiten versetzt, ihr Bestand und ihre Leistungsfähigkeit sind heute bedroht. Wie die Wirtschaft, so muß auch die Sozialversicherung auf eine neue Grundlage gestellt und wiederaufgebaut werden. Wie so oft in der Vergangenheit, so scheinen auch heute wieder manche Sozialpolitiker die Erhaltung und Erneuerung der Sozialversicherung zu einem wesentlichen Teile zu Lasten der Heilberufe und namentlich des Arztes vornehmen zu wollen. In der Ostzone und in Berlin wurde der Versicherungszwang auf nahezu das ganze Volk ausgedehnt. Die ärztliche Versorgung der Kranken wird dort unter Enteignung und Entmündigung des freiberuflich tätigen Arztes in zunehmendem Maße in Eigenbetriebe der Versicherungsanstalt, in Polikliniken, Ambulatorien und Institute mit Angestellten, unabhängigen verlegt. In den Westzonen wurde alsbald der Versuch gemacht, dieses System zu übernehmen und ihm den weitaus größten Teil der Bevölkerung zu unterwerfen. In dem Kampfe für und gegen die Einheitsversicherung ist das letzte Wort noch nicht gesprochen. Alsbald nach der Wahl des Bundesparlamentes und der Bildung einer Bundesregierung wird die große Reform der deutschen Sozialversicherung zu einem der umstrittensten Probleme der Sozialpolitik werden.“

Bei den inzwischen durchgeführten Teilsreformen ist die Ärzteschaft nicht gehört worden, obgleich die Sozialversicherung das größte und bedeutendste Instrument der Volksgesundheitspflege ist und obwohl sie in allen Ländern mit weit ausgedehnter Sozialversicherung das Schicksal des Kranken ebenso wie dasjenige des Arztestandes entscheidend bestimmt.

Wir wollen die von zwei Generationen deutscher Ärzte mühevoll erkämpften, von opferbereiten Kollegen geleiteten ärztlichen Standesvertretungen, die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der leitenden und angestellten Krankenhausärzte nicht beseitigen, sondern sie schützen, ihre Wirksamkeit ergänzen und stärken und auf das engste mit ihnen zusammenarbeiten. Wir wollen die Kraft des geeinten Standes einsetzen, um den Gesundheitsschutz unseres Volkes und namentlich aller Werktätigen zu verbessern, aber auch die Stellung des freien Arztums zu behaupten.

Wir fordern, daß in den Mittelpunkt der Versicherungsreform der Mensch gestellt wird, dessen menschenrechtlicher Anspruch auf möglichst vollkommene Hilfe in Krankheit und Not nach ärztlicher Auffassung heute nicht ausreichend erfüllt wird. Der Versicherte genießt nicht das Maß an Gesundheitsfürsorge und ärztlicher Versorgung, das der Entwicklung unserer Wissenschaft, namentlich auf dem Gebiete der Seelenbehandlung und der modernen diagnostischen und therapeutischen Technik entspricht.

Wir verlangen, daß der Gesetzgeber den Arzt und seine Berufsvertretungen und -organisationen hört und ihrer Sachkunde gebührenden Einfluß einräumt.

Die sozialwirtschaftliche Erneuerung und Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge und der Sozialversicherung muß ihre Träger in die Lage versetzen, ihre Leistungen der neuzeitlichen Entwicklung anzugleichen und gleichwohl die Arbeit des Arztes so zu vergüten, daß er seiner Aufgabe gewachsen und davor bewahrt wird, im Dienste einer sozialen Einrichtung wirtschaftlich zusammenzubrechen. Wird die ärztliche Versorgung allenthalben den wirklichen Bedürfnissen der Kranken und der Krankheitsgefährdeten unter Berücksichtigung aller Fortschritte unserer Kunst angepaßt, so haben wir nicht zu viele Ärzte. Setzen sich diese Erkenntnisse durch und tragen wir selbst dazu bei, durch Schonung der Versicherungsmittel, Selbstverantwortung und Selbstdisziplin und gewissenhafte Berücksichtigung der beschränkten Mittel der Versicherungsträger unnötige Ausgaben zu vermeiden, so muß es möglich sein, auch in der kommenden Notzeit unsere sozialen Einrichtungen nicht nur zu erhalten, sondern sie zu verbessern.“

(Aus der „Ersatzkasse“, Hamburg, August 1949, Heft 8.)

Konkurs der Einheitsversicherung

(Aus Wirtschaftszeitung vom 2. 7. 1949)

Dem neuen Sozialversicherungssystem in Berlin hat ein Befehl der sowjetrussischen Besatzungsmacht an den damaligen provisorischen Magistrat zugrunde gelegen, bevor die Alliierte Kommandantur errichtet worden war. Ein entsprechender Magistratsentwurf wurde nach gewissen Änderungen von dem russischen Verbindungsoffizier am 14. 7. 1945 genehmigt, ohne daß die Zustimmung der alliierten Kommandantur, die seit 3 Tagen im Amt war, eingeholt wurde. Es ist bisher amtlich nicht nachgeprüft worden, ob der sowjetische Stabs-offizier zu dieser Handlung ermächtigt war und ob die von der Abteilung Sozialwesen des Magistrats in der Folgezeit erlassenen Verordnungen Rechtskraft hatten. Dieses kollektivistische Versicherungsmonopol trägt also seit seinem Bestehen ein Mal, das ebenso charakteristisch für die Herkunft wie für die politische Zielsetzung ist: Nach dem Willen der Initiatoren soll weniger die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung ein bevorrechtigtes Anliegen des sozialistischen Staates sein; vor allem soll die Konzentration von Geld und Macht als Mittel zur „Neuordnung der Gesellschaft“, zur Weiterführung des Klassenkampfes und zur Ausschaltung „kapitalistischen, individuellen Denkens“ dienen. Die verantwortlichen Funktionäre der öffentlichen Sozialverwaltung und der Versicherungsanstalt Berlin haben auch diese Tendenz ihrer „Gesundheitspolitik“ bisher nicht geleugnet. Sie sind ferner dafür verantwortlich, daß der Streit um eine Neugestaltung der Versicherungsanstalt zu einer politischen Auseinandersetzung Anlaß gegeben hat. Die Gegner der derzeitigen Einheitsversicherung führen den Kampf mit Leidenschaft und unter Ausnützung aller Rechtsmittel, wobei in der Diskussion Themen wie „Versicherungsanstalt Berlin oder Freiheit“, oder „Versicherung als Selbsthilfe oder Machtinstrument“ im Vordergrund stehen. Ein „Schutzverband der Zwangsversicherten“ vertritt die Interessen der benachteiligten Zwangsmitglieder und der zu sozialisierenden Ärzteschaft. Denn es besteht nach den Erfahrungen der Ostzone kein Zweifel daran, daß eine einzige öffentliche Sozialversicherungsanstalt ihre Monopolstellung gegen die Versicherten und die Heilberufe rücksichtslos ausnutzt.

Die neu der Versicherungspflicht unterworfenen Mitglieder machten großzügig von dem Versicherungsschutz Gebrauch, um wenigstens einen angemessenen Gegenwert für ihre hohen Beiträge zu erhalten. Es hat den Anschein, daß die Einnahmen, die aus der Beitragspflicht der Zwangsversicherten gewonnen werden, hinter den Leistungsaufwendungen für diese Kreise

zurückbleiben. Am gesamten Beitragsaufkommen waren am 31. 12. 1947 folgende Gruppen beteiligt: Arbeiter und Angestellte 1 330 000, Selbstständige 122 000, Freiwillig Versicherte 72 000. Zusammen mit etwa 1,1 Millionen Familienmitgliedern sind also mehr als 2,6 Millionen Einwohner Berlins zwangsversichert gewesen. Darüber hinaus waren Ende 1947 Beitragsfreie Mitglieder der Versicherungsanstalt Berlin: Rentner: 321 000, Pensionäre: 47 000, Sozialunterstützte: 121 000, zusammen also 489 000 Personen. Seit dem Jahresende 1947 haben sich diese Zahlen erheblich erhöht. Heute werden etwa 96% der Berliner Bevölkerung von der Versicherungsanstalt Berlin betreut, wobei allein die Zahl der Rentner auf 400 000 gestiegen ist. Die Ausgaben für gesundheitliche Leistungen steigen weit schneller als die Mitgliederzahlen. Die monatlichen Gesamtausgaben verdoppelten sich bereits im ersten Jahr und erhöhten sich im Jahre 1947 nochmals um 40%. Während die frühere Berliner Allgemeine Ortskrankenkasse mit einem Beitragssatz von 6% der Bruttolöhne auskam, verbraucht die Versicherungsanstalt Berlin allein für die Krankenversicherung das Doppelte. Da bereits 12% des 20%igen Beitrages für die Krankenversicherung absorbiert sind und 4% für die Arbeitslosenversicherung abgeführt werden müssen, reicht der Rest nicht für die Rentenversicherung. Fachleute versichern, daß die Beibehaltung der Einheitsversicherung und des Versicherungszwanges für alle Einwohner in Zukunft mindestens 33 $\frac{1}{3}$ % aller Einkommen und Löhne als Umlage für die Versicherungsanstalt Berlin erfordern würde, wenn alle Risiken gedeckt werden sollen. Das würde eine weitere Verarmung aller Erwerbsfähigen nach sich ziehen. Überdies könnte der Staat bestimmen, wann und in welchem Umfang der einzelne Staatsbürger ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen dürfte, welche Heilmittel die Ärzte verordnen dürfen und wie lange der Staatsbürger arbeitsfähig ist. Das Beispiel der Ostzone, deren Sozialversicherungsanstalten ohne erhebliche Staatszuschüsse nicht lebensfähig sind, hat die Berliner von der Fortführung eines solchen Experimentes gewarnt.

Personalie

60 Jahre deutscher Arzt und Wissenschaftler in Bogota/Columbien

Am 14. August 1949 beging unter zahlreichen Ehrungen der deutsche Bakteriologe, Prof. Dr. Erich Martini sein 60. Arztjubiläum in Bogota, Columbien.

Prof. Martini, der u. a. auch an der Universität München studierte, nahm bereits vor 40 Jahren am Weltbakteriologenkongreß in Ostasien teil, und wurde in immer weiteren Kreisen bekannt durch seine bedeutungsvollen Arbeiten auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten. Er war enger Mitarbeiter des damaligen Leiters des Tropeninstitutes Hamburg, Prof. Nord. Im Jahre 1933 wurde Prof. Martini von der columbianischen Regierung an das Hygiene-Institut nach Bogota berufen, dessen Leitung er übernahm. Danach arbeitete er als freier Wissenschaftler und praktizierender Arzt in Bogota. Die kolumbianische Regierung verlich dem verdienstvollen Arzt, der trotz aller Zeitgeschehen immer seine deutsche Staatsangehörigkeit behielt, das Cruz de Boyoca, dessen höchste Klasse ihm nun zu seinem 60-jährigen Arztjubiläum wiederum von der columbianischen Regierung verliehen wurde. Eine der schönsten Ehrungen des deutschen Arztes zu diesem Tage war wohl die Schenkung eines dicht am Kloster gelegenen Hauses durch den Orden der Schwestern St. Clara, deren Mitglieder sowie sämtliche Schulkinder Prof. Martini seit 25 Jahren unentgeltlich behandelt hat.

Auch wir übermitteln dem Jubilar in Übersee unsere besten Wünsche.

Klitscher.

In memoriam

Am 14. 7. 1949 ist Leonhard Seif von uns gegangen. Mit ihm hat die deutsche Psychotherapie ihren Senior verloren. Seif war einer der führenden Köpfe in der großen psychotherapeutischen Bewegung, welche seit der Jahrhundertwende das medizinische Weltbild und darüber hinaus das ganze philosophische Denken umgestaltete. 1910 begründete Seif mit Freud und Jung die Internationale Psychoanalytische Gesellschaft. Später löste er sich dann von der Psychoanalyse

Freuds und versuchte immer mehr die Neurose als Kompromiß zwischen subjektiven infantilen und objektiven sozialen Forderungen zu erfassen. Mit Adler zusammen begründete Seif dann die Individualpsychologie, zu deren Ausbau er wesentliche Züge beigetragen hat. 1922 schuf Seif die erste deutsche Erziehungsberatungsstelle in München. Die Idee dieser Erziehungsberatungsstellen setzte sich sofort durch und eroberte in einem einzigen Siegeszug ganz Deutschland. Hier hat Seif ein großartiges ärztlich-pädagogisches Werk geschaffen, welches ganz den Stempel seiner einmaligen Persönlichkeit trug. Er erkannte die Wichtigkeit der Prophylaxe für jede Psychotherapie und gewann durch den Zauber seiner Persönlichkeit die Sympathie und Mitarbeit weites Kreise. Ärzte, Pädagogen, Juristen und Sozialwissenschaftler fanden sich unter seiner Leitung in fruchtbarer Zusammenarbeit. Seif erkannte, daß der Arzt wie der Erzieher zuerst sich selbst disziplinieren muß, um anderen helfen zu können. Aus dieser Erkenntnis heraus galt ein großer Teil seiner ehrenamtlichen Arbeit der Ausbildung von Erziehern. Neben dieser großartigen sozialen Tätigkeit innerhalb der deutschen Grenzen publizierte Seif zahlreiche Arbeiten, welche wesentliche neue Gesichtspunkte für die Psychiatrie und Psychotherapie entwickelten. Viele dieser Veröffentlichungen sind in englischer Sprache erfolgt. Besonders bedeutend sind die Arbeiten über die Zwangsneurose und über die Angst. Der Ruhm Seifs drang weit über Deutschland hinaus. 1927 und 1929 war er zu mehrmonatigen Vortragsreisen in den USA. eingelaufen. 1928, 1932 und 1934 hielt er Vortragszyklen an den Universitäten in London, Birmingham und York ab. Seine vornehme, disziplinierte Persönlichkeit übte offenbar eine ganz besondere Anziehungskraft auf die Angelsachsen aus. Neben seiner ausgedehnten Tätigkeit als Nervenarzt und Psychotherapeut, als Consiliarius im In- und Ausland hielt er bis zu seinem Tode Kurse und Seminare und leitete seine Erziehungsberatungsstelle. Seif schöpfte die Kraft zu der ungewöhnlichen Arbeitsleistung seines Lebens aus den Quellen einer tief religiösen Natur.

G. Stertz.

Am 16. Juni 1949 starb im Alter von 69 Jahren Prof. Dr. med. Friedrich Port, Direktor der Medizinischen Klinik und Nervenambulanz der Städtischen Krankenanstalten Augsburg. Nach 35-jähriger Tätigkeit, die lediglich 12 Jahre unterbrochen war durch die Zwangsverfügungen der Machthaber des Dritten Reiches wurde er aus seiner arbeits- und erfolgreichen Tätigkeit durch schwere Krankheit abberufen. Auf wissenschaftlichem Gebiete ist er hauptsächlich durch seine Arbeiten über Leptospirose bekannt geworden. Die ärztliche Organisation, an deren Arbeiten er sich als Vorstandsmitglied des Ärztlichen Bezirksvereins Augsburg mit Rat und Tat eifrigst beteiligte, ist ihm zu größtem Dank verpflichtet. Als Arzt und Lehrer wird sein Andenken stets in höchsten Ehren gehalten werden.

Ärztlicher Bezirksverein Augsburg, gez. Dr. Keller.

Am 5.7.1949 verstarb in München Herr Obermedizinalrat Dr. Richard Stoeckle.

Am 7. August 1949 verstarb Dr. Willibald Dirnhöfer, praktischer Arzt in Tauberzell b. Rothenburg, geb. 30.4.1908.

Der praktische Arzt Dr. Hermann Schlegel in Weissenhorn, Ärtzl. Bezirksverein Mittelschwaben, ist am 9. August 1949 einem schweren Herzleiden erlegen. Er war seit Mai 1921 als praktischer Arzt in Weissenhorn tätig und erfreute sich wegen seiner großen Kenntnisse und steten Hilfsbereitschaft bei der Bevölkerung der größten Wertschätzung. Die Kollegen verlieren in ihm einen standestreuen Freund.

Kleine Mitteilungen

Arbeitsgemeinschaft der Münchner Sportärzte

Die Arbeitsgemeinschaft der Münchner Sportärzte hat sich wieder konstituiert und bittet alle sportärztlich interessierten Kollegen, ihre Adressen an das Städt. Gesundheitsamt — Sportärztliche Beratungsstelle — München 2, Lazarettstr. 10, Tel. 33 674 oder 60 861 (Nebenstelle 18) bekannt zu geben.

I. A. Dr. Seyffertitz.

Landesbeirat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat folgende Herren in den „Landesbeirat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ berufen: Prof. Dr. C. M. Hasselmann, Vorstand der Universitäts-Hautklinik Erlangen, Prof. Dr. H. Schürmann, Vorstand der Universitäts-Hautklinik Würzburg, Dozent Dr. H. Höcker, komm. Leiter der Universitäts-Hautklinik München, Obermedizinalrat Dr. Fr. Beck, Leiter der Dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Nürnberg, Facharzt Dr. W. Kiendl, Leiter der Dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Augsburg und Facharzt Dr. C. Kofferath, München. In seiner Gründungssitzung am 16. Juli in München wurden zum Vorsitzenden Prof. Hasselmann, zum stellvertr. Vorsitzenden O.B.M.R. Beck und zum Geschäftsführer Dr. Kofferath gewählt.

Schnellmethode zur Frühdiagnose der Schwangerschaft

Mit dem Eintreten einer Schwangerschaft erscheint im Blutplasma ein Ferment, welches das uteruserrigende Hormon des Hypophysenhinterlappens, das Oxytocin, abbaut. Auf diese Tatsache, die von uns (1,2) erstmals näher untersucht wurde, gründet sich eine Schnellmethode der Schwangerschaft, die es gestattet, innerhalb von 3—4 Stunden die Frage nach einer bestehenden Schwangerschaft zu klären. Da mit der Dauer der Gravidität die „Oxytocinase“-Konzentration im Plasma zunimmt, kann zugleich auch das Alter der Gravidität recht genau geschätzt werden. Die Reaktion fällt schon 16 Tage post conceptionem positiv aus, also u. U. schon vor dem Ausbleiben der Periode (3). Zu einer Untersuchung sind 3 ccm Blutserum, die aus 5—10 ccm Cubitalvenenblut gewonnen werden, notwendig. Sie wird in unserem Laboratorium für Serumiagnosen München, Agnesstr. 58 ausgeführt.

1) E. Werle u. G. Effkemann Arch. f. Gyn. 171, 287, 1941.

2) E. Werle, A. Hevelke u. K. Buthmann Biochem. Z. 309, 270, 1941.

3) E. Werle, K. Semm u. R. Enzenbach Arch. f. Gyn. 1949 im Druck.

E. Werle.

Zusammenschluß der sudetendeutschen Ärzte

Ein „Verband der sudetendeutschen Ärzte e. V.“ wurde gegründet, er hat seinen Sitz in München 38, Richildenstr. 33. Der Verband gibt „Ärztliche Nachrichten“ heraus, deren erste Nummer bereits erschienen ist. Die erste ordentliche Hauptversammlung des Verbandes findet am Sonntag, den 18. September 1949, um 16.30 Uhr in München, Pschorrbräu-Bierhallen, Neuhauserstraße, statt. Vor Erledigung der Tagesordnung spricht Universitätsprofessor Dr. Otto Großer über die Geschichte der Prager deutschen medizinischen Fakultät.

Bezirksverein München

In den am 22./23. Juli 1949 abgehaltenen Vorstandswahlen des Ärztlichen Bezirksvereins München Stadt und Land wurden folgende Damen und Herren gewählt:

Als 1. Vorsitzender: Dr. Ernst Hense

Als 2. Vorsitzender: Dr. Fritz Hofstadt

Als Beisitzer:

Dr. Erich Grassl

Dr. Ludwig Schmitt

Dr. Gustav Berthold

Dr. Max Zimmermann

Dr. Anton Reischle

Dr. Siegfried von Bary

Dr. Hertha Riffeser

Dr. Simon Kurz

Dr. Adolf Schlick

Insulin „Mack“

Es besteht bei Ärzten und Patienten bisweilen die Ansicht, daß es sich bei Insulin „Mack“ um ein Fisch-Insulin handelt, und daß dieses nicht vollwertig sei. Beides ist falsch.

Das Fisch-Insulin hat sich als vollwirksam erwiesen, und seine Heilwirkung steht derjenigen des Insulins aus Säugetier-Pankreas nicht nach.

Als nach der Währungsreform die Insulin-Not in Deutschland zu Ende war, und genügend Insulin aus dem Ausland importiert werden konnte, ging die Firma Mack dazu über,

Insulin wieder ausschließlich aus den Bauchspeicheldrüsen unserer Schlachttiere herzustellen.

Bei dem Depot-Insulin Mack handelt es sich um deutsches Einheits-Depot-Insulin, welches sich von demjenigen anderer deutscher Marken nicht unterscheidet. Es wird wie diese von der Insulin-Prüfungs-Kommission experimentell und klinisch geprüft, bevor es in den Handel kommt.

AMTLICHES

Ärztliche Verordnungen für Fürsorge-Empfänger

Das Bayer. Staatsministerium des Innern teilt folgendes mit: „Der Landkreisverband Bayern macht darauf aufmerksam, daß die Ausgaben für Medikamente bei der Behandlung von Fürsorge-Empfängern in letzter Zeit unverhältnismäßig stark angestiegen sind. Daß auch die kranken Fürsorge-Empfänger Anspruch auf eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit Arzneimitteln haben, ist selbstverständlich. Andererseits muß aber der schlechten Finanzlage der Träger der öffentlichen Fürsorge Rechnung getragen werden. Ebenso wie in der Behandlung von Angehörigen von Krankenkassen sollen auch bei der Behandlung von Fürsorge-Empfängern die „Bestimmungen über wirtschaftliche Arzneiverordnung in der Krankenversicherung“ von den Ärzten Beachtung finden.“
gez. Dr. Stetter.

Meldung von Fehl- und Frühgeburten

Das Bayerische Staatsministerium des Innern teilt Folgendes mit: „Im Verlag Walter König, Verlagsanstalt und Buchdruckerei, München 13, Schellingstr. 44, sind Formblätter für die Meldung von Fehl- und Frühgeburten nach dem Gesetz über die Meldepflicht von Fehl- und Frühgeburten vom 14. 11. 1947 (GVBl. S. 214) in der Fassung des Gesetzes vom 18. 6. 1948 (GVBl. S. 111) erschienen. Es wird angeregt, diese Formblätter den Ärzten und Hebammen zur Erstattung der Anzeigen an das Gesundheitsamt zu empfehlen.“

Es handelt sich um die Formblätter Nr. 1780 = Verzeichnis der Fehl- und Frühgeburten und Nr. 1787 = Meldekarte.

Die Formblätter für Anzeigen gemäß Art. 12 der 4. Ausführungsverordnung zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. 7. 1935 (RGBl. I. S. 1035) dürfen nicht mehr verwendet werden.
I. A. gez. Hopfner.

Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst

Auf die Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 24. Juni 1949 Nr. 5204/15 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst im Bayer. Staatsanzeiger Nr. 27 vom 8. 7. 1949 wird aufmerksam gemacht. Gemäß § 21 dieser Bekanntmachung haben Ärzte, die vor Veröffentlichung dieser neuen Prüfungsordnung eine Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben, und im öffentlichen Gesundheitsdienst angestellt werden wollen, bis zum 1. Oktober 1949 beim Staatsministerium des Innern, Gesundheitsabteilung, einen Antrag zu stellen, in die Anwärterliste eingetragen zu werden. Wer bis zu diesem Zeitpunkt keinen Antrag gestellt hat, kann bei einer Bewerbung für den amtsärztlichen und landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern nicht mehr berücksichtigt werden. Eine endgültige Aufnahme in die Anwärterliste erfolgt erst nach Erstellung der ersten zugewiesenen Arbeit und einer entsprechenden Beurteilung durch die Regierung. Die Aufnahme in die Anwärterliste begründet keinen Anspruch auf Einstellung in den Staatsdienst und auf Übernahme in das Beamtenverhältnis.

gez. Dr. Seiffert.

Mitteilungen der Bayer. Versicherungskammer über die Bayer. Ärzteversorgung

Anfragen aus Mitgliederkreisen geben Veranlassung darauf hinzuweisen, daß die Bayer. Ärzteversorgung keine Berufsvereinigung oder Einrichtung einer solchen ist, sondern eine selbständige Anstalt mit ausschließlichem Versorgungscharakter. Sie steht damit außerhalb der Landespolitik, insbesondere aber außerhalb des gegenwärtigen Meinungsstreites um die Form der Berufsorganisation und um das Ärztegesetz. Eine Neuordnung des ärztlichen Standes-

wesens und der Standesorganisation berührt daher die Bayer. Ärzteversorgung und deren Aufgabengebiet in keiner Weise. Die Mitgliedschaft zur Bayer. Ärzteversorgung, die auf dem Gesetz über die Bayer. Ärzteversorgung vom 16. 8. 1923 (GVBl. S. 255) und auf dem Gesetz über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. 12. 1933 (GVBl. S. 467) beruht, besteht unverändert weiter.

Entgegen einer vielfach verbreiteten, irrigen Auffassung befreit der Abschluß einer privaten Lebensversicherung nicht von der Pflichtmitgliedschaft bei der Bayer. Ärzteversorgung.

Meldepflicht übertragbarer Krankheiten

(Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 8. 7. 1949 Nr. 5111/22).

Durch die Min.Entschl. Nr. 5111 d 17 vom 10. April 1947 wurde die Meldepflicht übertragbarer Krankheiten auch auf jeden Erkrankungs- und Sterbefall an Masern, ansteckender Gelbsucht (Hepatitis epid.), Mumps (partitis epid.) und epidemischer Grippe ausgedehnt.

Es hat sich gezeigt, daß die Meldung der obengenannten Krankheiten von der Ärzteschaft sehr unterschiedlich erfolgt. Ein Teil der Ärzte meldet diese Krankheiten auf den roten Meldeformularen namentlich, der größere Teil macht nur zahlenmäßige Angaben.

Zur Vereinheitlichung des Meldewesens und zur Entlastung der Ärzteschaft von übermäßiger Schreibarbeit wird in Abänderung der Entschließung Nr. 5111 d 17 vom 10. April 1947 angeordnet, daß die oben aufgezählten Krankheiten in Zukunft nicht mehr namentlich, sondern nur jede Woche zahlenmäßig an die Staatlichen Gesundheitsämter zu melden sind. Das Gleiche gilt für die Krätzmeldungen.

Auf die zahlenmäßige Meldung kann wegen der von der Militärregierung angeordneten statistischen Erfassung der genannten Krankheiten nicht verzichtet werden.

Auf die Verpflichtung jedes Arztes zur Erstattung einer namentlichen Anzeige bei den auf den roten Meldeformularen aufgezählten gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten wird ausdrücklich hingewiesen.

Da sich bei der Meldung von Fällen ansteckender Gelbsucht gem. Min.Entschl. Nr. 5111/9 vom 28. 2. 1949 Unklarheiten ergaben, wird ergänzend nochmals bekannt gegeben, daß unter der Bezeichnung Hepatitis epidemica alle bisher als Hepatitis epid. oder Icterus epid. geführten Erkrankungen zahlenmäßig zu melden sind, während die durch Leptospiren hervorgerufene Weil'sche Krankheit, auch Icterus infektiosus genannt, namentlich auf den roten Meldeformularen anzugeben ist.
gez. Resch.

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Knoll-A.G., Chemische Fabriken, Ludwigshafen a. Rhein,
Ciba-Aktiengesellschaft, (17b) Wehr (Baden),
Böhme Fettchemie-G.m.b.H., Düsseldorf.

Wir bitten unsere Leser um gefl. Beachtung.

„Bayerisches Ärzteblatt“ Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6, Tel. 60 081. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Auflage: 10 000. Postscheckkonto: München 13 900. Richard Pflaum Verlag (Abt. Bayer. Ärzteblatt.) Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 19, Aiblinger Straße 2, Ruf 30405 und 62388. Anzeigenannahme auch durch Stadtbüro Theatinerstr. 8, Ruf 2672.
Druck: Franz X. Seitz, München 5, Rumfordstr. 23.

RUTINION

normalisiert
pathologisch vermin-
derte Kapillarresistenz, wirkt
verbeugend bei Hypertanie
und Diabetes mellitus
gegen

**APOPLEXIEN
und
NETZHAUTBLUTUNGEN**

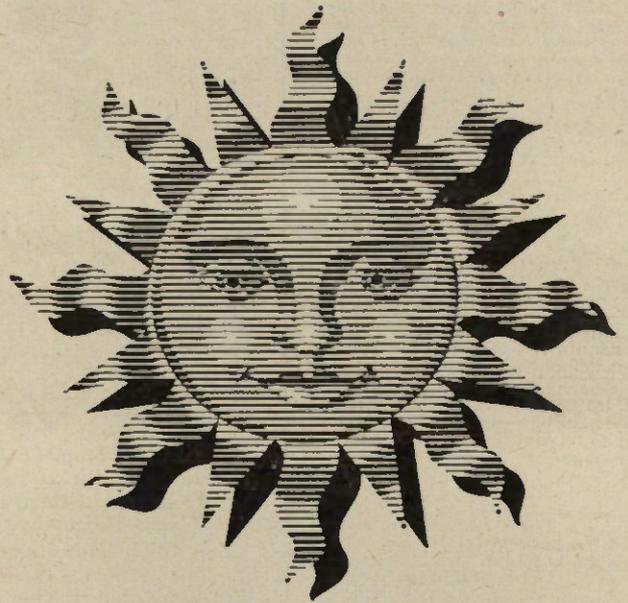
das neue
Therapeutikum
bei Purpura und anderen
hämorrhagischen
Diathesen



RHEIN-CHEMIE

G.M.B.H.

WERK LAUDA



90
JAHRE

VERTRAUEN

**BOEHRINGER
MANNHEIM**

18 59

1859 / 1949

Stellenangebote

Die durch Niederlegung des saltherigen Inhabers freierwerdende Stelle eines wissenschaftlichen Assistenten an der Univ.-Hautklinik Erlangen ist erneut zu besetzen.

Bewerber, die über folgende Ausbildung verfügen, wollen ihre Unterlagen einreichen:

1. Chemisch voll ausgebildete Ärzte, die selber chemisch und physiologisch-chemisch erbelten können.

2. Ärzte mit Vorbildung in Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie gründliche Ausbildung in Serologie, gerichtlicher Medizin oder physiologischer Chemie. Umgehende Zuschriften mit Befugung der Unterlagen an den Vorstand der Univ.-Hautklinik Erlangen, Prof. Hesselmann.

Für die chirurg. u. gynäkologische Abt. (60 Betten) des städt. Krankenhauses Sulzbach-Rosenberg, Bayern, wird ab 1. Oktober 1949 ein Assistenzarzt, mögl. unvaterhetret, gesucht. Bedingung: Mehrjährige Ausbildung in Chirurgie und Gynäkologie an großen Anstalten, Fähigkeit den Chef selbständig vertreten zu können. Gesuche mit Lebenslauf, amtlich begl. Zeugnisabschriften, Spruchkammerbescheid und Lichtbild an Stadtrat Sulzbach-Rosenberg, Bayern 13e.

Für des Laboratorium unseres Krankenhauses wird zum sofortigen Eintritt eine weitere staatl. gepr. med. techn. Assistentin gesucht. Vergütung erfolgt nach VII TO. A. Gesuche mit beglaubigten Zeugnisabschriften, Lebenslauf und Spruchkammerbescheid sind zu richten an des Personalemt des Stadtrats Weiden (Oberpfalz).

Verkauf

Kompl. Praxiseinrichtung (Mobiler und Instrumente) günstig zu verkaufen. Verzeichnis auf Wunsch. Angebote erb. u. E.H. 19 923 ü. Ann.Exped. CARL GABLER, Mü 1, Theatinerstr. 8/1.

Ultra-Schell-Therapiegerät „Ultrasonetor“ (Ultrakust) neu, besonderer Umstände wegen preiswert zu verkaufen. Ang. u. FH 19 932 ü. Ann. Exp. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Diethermie-Apparat 220 Volt Wechselstrom zu verkaufen. Ang. u. MU 38 170 ü. Ann.Exped. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Höhensonne, Orig. Haneu, Tischlampe, Jubiläumseugabe, Wechselstrom 220 V, neuwertig DM 260.— zu verkaufen. M. Behnke, Stadtsteinach/Ofr. Kronecherstr. 18.

Großes, neuwertiges Forschungsmikroskop preisgünstig, gegen längeres Ziel oder Teilzahlung abzugeben. Hermann Bicheler, Aitrang bei Kaufbeuren.

Höhensonne Orig. Haneu gr. Stektiv H.-Strom 220 V. Kippbr. preiswert zu verk. München, Mainzerstr. 7 b. Hettich.

Hotel am Ammersee, Höhenlage, 25 Z. viele Balkone Gr. Saal, gute Nebenräume L.S. Wesser in vielen Zimmern prime pessand für Senatorium. Anz. DM 60 000.— s. z. verk. durch den Makler Gallermeier, München, Gelerstr. 38/01.

Höhensonne Haneu, Wechselstrom, sehr gut erhalten, zu verkaufen. Off. u. DD 19 949 ü. Ann.Exp. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.



Papaya - Früchte

Das sind die appetitlichen Papayafrüchte! Ihr Genuß gilt als überaus heilsam bei Verdauungsbeschwerden. Denn sie enthalten das Enzym **Papain**, den Wirkstoff des „Indischen Magenmittels“

Arbuz

ARBUZ ersetzt mangelnde Fermente im sauren und alkalischen Bereich des Verdauungstrakts. Es bewirkt eine durchgreifende Verbesserung der Magen-Darmleistung.

ARBUZ ist indiziert bei: Verdauungsstörungen infolge von Ferment- (und Salzsäure-) Mangel, sowie motorischer Insuffizienz, Appetitlosigkeit, neurotischen, toxischen und senilen Dyspepsien, gastrogenen u. Fäulnis-Diarrhöen, gestörter Fettverdauung. Optimale Ausnützung der Nahrung.

ARBUZ beseitigt meist schlagartig die subjektiven Beschwerden wie Magendruck, Völlegefühl, Meteorismus, Ructus, Brechreiz, Übelkeit etc.

*ARBUZ ist Milchsäure des Melonenbaums (Carica papaya) in fester Form, nach pat. Verfahren aktiviert. Das stärkste pflanzliche Verdauungs-Enzym - infolge seiner breiten pH Toleranz sowohl im Magen wie auch im Darm hochwirksam.

Dr. SCHWAB G.m.b.H., MÜNCHEN 13

Wirtschaftlich: Original-Packung 60 Tabletten = DM 1,55
Literatur und Versuchsmengen zur Verfügung.

Praxis-Tausch

Gutgehende Fachpraxis für Orthopädie in Bayern mit Einrichtung und evtl. Wohnung wegen Aufgabe abzugeben. Angebote u. DD 19 924 an Ann.Exped. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Welcher Kollage (Flüchtling) hat Interesse an kleiner Lendprexis in Niederbayern. Wegen Praxisaufgabe wird geboten: 2 Zimmer, Küche, Sprech- und Wartezimmer, Garage, sowie kompl. Praxiseinrichtung. DM 2500.— in ber. erforderlich. Zuschr. unter LF 19945 ü. Ann.Exp. CARL GABLER, Mü 1, Theatinerstr. 8/1.

ANZEIGEN im BAYERISCHEN ARZTEBLATT

werden von allen in Bayern tätigen Ärzten mit Interesse gelesen. Rund 10000 Ärzte sprechen Sie damit an. Auch die Stellenangebote und Stellengesuche und die Gelegenheitsanzeigen finden in diesem Standesorgan

HÖCHSTE BEACHTUNG

Anzeigenaufträge nimmt entgegen die

ANNEX-EXP. CARL GABLER G.M.B.H.

München 1, Theatinerstr. 8/1 · Ruf 2672 · Drahtwort: Werbegabler und deren Filialen und Vertretungen in

- | | | |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|
| Augsburg, | Kassel, | Bad Kissingen, |
| Düsseldorf, | Köln, | Bad-Tölz, |
| Frankfurt/M., | Konstanz, | Kempten, |
| Hamburg 11, | Mannheim, | Regensburg, |
| Hannover N., | Nürnberg, | Grainbed, |
| Leipzig, | Stuttgart, | Ulm, |

ANZEIGEN-VERWALTUNG CARL GABLER

München 19, Aibltngstr. 2, Ruf 30405, 62388

Praxis in niederbay. Städtchen frel. Ärztin über 30 Jhr. Anfr. unter BS 19 947 ü. Ann.Exped. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Stellengesuche

Hebamme, 42 Jahre, ledig, kath., vielseitig erfahren u. zuverlässig sucht Stelle in Klinik oder Entbindungsheim. Zuschr. erb. unter MZ 38 179 über Ann. Exped. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Selbst. Arzthilfe, langj. tätig bei Internist, Labor, Röntgen, EKG, sucht sofort Wirkungskreis. Ang. unter NV 15 648 bef. Ann.Exped. CARL GABLER, Nürnberg, Königs-hof.

Verschiedenes

Prakt. Arzt, Obb. sucht Teusch mit Chir. Kr.-Haus u. O. Angeb. unter HL 19 950 ü. Ann.Exp. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Arzt, Anf. 40/176 mit guter Praxis wünscht Briefwechsel mit gut auss. junger Dame bis 30 J. aus entspr. Familie zw. spät. Ehe. Zuschr. mit Bild bei streng. Diskretion. Angeb. unter AM 19 415 ü. Ann.Exp. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Praktischem Arzt ist Einheirat geboten. Bin 39/1.64 schl. jugl. kor. fort. Heus, Perk, Garage. Zuschr. u. NE 15676 bef. Ann.Exp. CARL GABLER, Nürnberg, Königshof.

Arztwitwe, gut aussehend, Mitte 40, mit 2 Kindern, möchte sich wieder mit einem südd. Arzt zwischen 50 und 60 Jahren verheiraten. Arztl. verwertbarer, schön gelegener Heusbasiz zur Verfügung. Lendprexisübernahme möglich. Geneue Zuschriften mit Bild unter MT 38 167 über Ann.Exp. CARL GABLER, München 1, Theatinerstr. 8/1.

Blaupunkt Kleinempfänger, V-Röhren Mittel-Leng, Alstrom 6 Monate Garantie, Nachnahme fral Heus, Rückgaba binnen 8 Tagen, kein Risiko. Preisliste B gratis. Radio Heine, Hamburg-Altona, Bismarckstr. 24.

Forschungs-Mikroskopel für höchste Ansprüche, Prismen- u. Jegggläser zur Ansicht — Retenzahlung. E. Froelich, Kassa-Wilh. (6

HEPATICUM-SAUER TROPFEN

Angezeigt bei allen Erkrankungen der Leber und Gallenwege

Indikationen:

Icterus, Cholecystitis, Cholelithiasis, Zirkulationsstörungen u. Stauungs-erkrankungen in der Leber.

Eine besondere Diät ist nach kurzer Einnahmezeit nicht mehr notwendig.

DIVINAL

chemisch pharmaceut. Erzeugnisse
BAD REICHENHALL

Brom-Nervacit
Nervinum - Sedativum - Analgeticum - Antineuralgicum

„Vorzügliches Adjuvans bei der Behandlung der Epilepsie“ Inhalt 200 ccm.
Seit über 30 Jahren ärztlich immer wieder glänzend begutachtet.

Proben auch von Rheucastin-Tabletten auf Anforderung.

Apotheker A. HERBERT Fabrik pharmaceut. Präparate Wiesbaden - Bierstadt