



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 10

MÜNCHEN, OKTOBER 1951

6. Jahrgang

Dem 54. Deutschen Ärztetag zum Willkommen!

Bayern, dem in der Vergangenheit und Gegenwart bedeutsame Aufgaben beim Aufbau der ärztlichen Berufsvertretung und in der Verteidigung der ärztlichen Standesinteressen erwachsen sind, begrüßt die Ärzte aus der Bundesrepublik und Westberlin mit besonderer Herzlichkeit und bedauert gleichzeitig lebhaft, daß nicht auch Ärzte aus der Sowjetzone den Weg zum Deutschen Ärztetag in München nehmen können.

War den zielbewußten, unablässigen Anstrengungen des unvergessenen bayerischen Arztes Alfons Stauder die Errichtung der Grundlagen unseres heutigen Arztrechtes zu verdanken, so konnte Bayern vor wenigen Wochen seinen Kampf um den Bestand dieses Arztrechtes mit einem Erfolg zum Abschluß bringen, der auch für andere Länder beispielgebend sein kann und wird.

Daß Bayern sich auch in sozialer Hinsicht seiner großen Aufgaben voll bewußt ist, bezeugt die Tatsache, daß dem großen Strom von Flüchtlingen, der hier Aufnahme fand, in seiner Not geholfen wurde wie in keinem zweiten Lande der Bundesrepublik. Den Teilnehmern am 54. Deutschen Ärztetag wird Gelegenheit geboten sein, an Ort und Stelle auch die besonderen Nöte der bayerischen Ärzte kennenzulernen. Deren Beobachtung dürfte dazu beitragen, daß die Ärztekammern der anderen Länder des Bundesgebietes auch den seit Jahren vorgetragenen, wohlbegründeten Wünschen nach einer Entlastung Bayerns Rechnung tragen. Unsere Gäste werden in München mit aller Deutlichkeit erkennen, wie groß der Aufbaumwille Bayerns auf allen Gebieten ist und wie sehr sich der Ruf Münchens als Kunststadt wieder festigt. Wie aus den Trümmern dieser Stadt Neues und Schönes geschaffen wurde, so hoffen wir, daß der in ihren Mauern stattfindende Ärztetag zum Auf- und Ausbau des Gesundheitswesens und der ärztlichen Organisation Wertvolles und Bleibendes beitragen wird. Möchten Sie alle, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Sie als Gäste freudig von uns aufgenommen werden, sich von der ungebrochenen Tatkraft der bayerischen Ärzteschaft überzeugen und ein gefestigtes Bild ihrer Schaffensfreude mit nach Hause nehmen! Möge der Münchner Ärztetag das in Stuttgart begonnene, in Hannover und Bonn fortgeführte Werk bestens weiter fördern und dazu beitragen, das Ansehen der Deutschen Ärzteschaft nicht nur im Lande selbst, sondern auch jenseits der Grenzen zu heben und zu festigen!

Senator Dr. Karl Weiler
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Leistungen der Stadt München für das Gesundheitswesen in der Nachkriegszeit

Aus dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt München

Von Dr. Anton Hollweck

Am 8. und 7. Oktober findet in München der Deutsche Ärztetag als repräsentative Versammlung des deutschen ärztlichen Berufsstandes statt. Nach den offiziellen Verlautbarungen soll Grundthema seiner drei Hauptreferate eine kritische Stellungnahme zum gegenwärtigen Stand des deutschen Gesundheitswesens sein. Es wird das Referat Prof. Dr. Coerper Aufgaben und System der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge und das Referat Chefarzt Dr. Fromm Probleme des Gesundheitswesens in Praxis und Krankenhaus behandeln, während Dr. Landauer zusammenfassend die gesundheitspolitischen Forderungen ziehen und die notwendigen organisatorischen Maßnahmen darstellen wird. Die Erörterungen der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge werden nach den Veröffentlichungen die Forderung auf Erweiterung der Gesundheitsvorsorge in der Form der jährlichen, systematischen, präventiven Familienuntersuchung aufstellen.

Nach den Worten des Präsidenten des Deutschen Ärztetages, Dr. Neuffer, bei der Eröffnung der Gesundheitsausstellung in Köln 1951 „kann Gesundheit nicht mehr in der alten Weise verwaltet werden, sondern die neu entstandenen Probleme müssen mit Tatkraft angefaßt und der Lösung zugeführt werden. Der diesjährige 54. Deutsche Ärztetag in München wird versuchen, eine Bilanz über das deutsche Gesundheitswesen zu ziehen und zu zeigen versuchen, was in der ärztlichen Praxis, im Krankenhauswesen und der Gesundheitsvorsorge anders werden muß, weil es dem modernen Stand der ärztlichen Wissenschaft nicht mehr entspricht und deshalb einer Verbesserung bedarf.“

Es ist festzustellen, daß in verschiedenen, der Tagung vorausseilenden offiziellen Auslassungen des Organs der westdeutschen Ärztekammern die Kritik und Polemik gegenüber schon bestehenden Einrichtungen auf diesem Gebiete, ihren Trägern und Organen ausgiebig zum Zuge gekommen ist neben anderen Stimmen, die sich bemühen, Altbewährtes mit für notwendig erachtetem Neuen in einen rechten Zusammenhang zu bringen.

Mit dem vorliegenden Artikel, der auf Anforderung der Schriftleitung des Bayerischen Ärzteblattes entstanden ist und die Leistungen der Stadt München auf dem Gebiete des Gesundheitswesens seit dem Kriege zu schildern sich bemüht, soll ein Beitrag zur Kenntnis der jetzigen Verhältnisse geleistet werden, um auch dem nicht im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte Material für eine eigene Urteilsbildung in den Problemen, die der diesjährige Deutsche Ärztetag behandelt, an die Hand zu geben. Es kommt damit ein Gesundheitsamt als Organ der öffentlichen Gesundheitspflege und -fürsorge zu Worte, zudem ein Gesundheitsamt, das in voller Trägerschaft einer Stadt, einer Kommune, steht und damit in der Lage ist, die umfassenden Bemühungen einer Stadt in der Gesundheitspflege zu überschauen. Es ist zugleich das Gesundheitsamt der Stadt, die dem diesjährigen Ärztetag gastliche Aufnahme zu bieten die Ehre hat.

Es ist im Rahmen dieses Artikels leider nicht möglich, das Gesamtgebiet der Leistungen der Stadt für die Gesundheitspflege zu behandeln; es können nur ihre Leistungen im Krankenhauswesen und im Aufgabengebiet ihres kommunalen Gesundheitsamtes ausführlicher behandelt werden, während die darüber um ein gutes Stück hinausgehenden anderen gesundheitspflegerischen Maßnahmen nur gelegentlich gestreift werden können.

Um den rechten Maßstab zu gewinnen, ist es notwendig, kurz auf die allgemeine Situation einzugehen, der sich die Stadt München wie fast jede größere deutsche Stadt in diesen sechs Jahren von 1945 bis 1951 gegenübergestellt sah. Zunächst war mit allen Mitteln die allgemeine Desorganisation der öffentlichen Dienste und die völlige Isolierung der Stadt zu überwinden. Nach Beendigung der Kampfhandlungen flutete in die Stadt, die sich bis auf zirka 480 000 Einwohner entleert hatte, eine wahre Völkerwanderung — Einwohnerzahl 1946: 747 000, 1948: 780 000, 1950: 832 000. Dieser Zuwanderung steht gegenüber ein Kriegsverlust von 80 000 Wohnungen bei einem schon vor dem Krieg bestehenden Defizit an 30—40 000 Wohnungen. In den sechs Jahren entstand ein Gewinn von zirka 36 000 Wohnungen. Heute leben noch zirka 30 000 Menschen in Sammelunterkünften, fast ein Drittel der Bevölkerung ist wohnungsmäßig noch unzureichend untergebracht. In den Ruinen und Straßen lagen zirka 5 Millionen ebm Schutt. Das Kanalnetz, das schon vor dem Krieg mit der wachsenden Stadt nicht Schritt halten konnte, war schwer angeschlagen. Die Wasserversorgung war beschädigt und war mehrmals wegen der katastrophalen Trockenperioden vor dem Zusammenbruch. Die Hausunratabfuhr war fast völlig vernichtet und mußte neu aufgebaut und modernisiert werden. Schwere Schäden bestanden auch an den sonstigen Versorgungseinrichtungen (Schlachthof, Großmarkthalle, Kühlhallen, Lebensmittelmärkten, Elektrizitätsversorgung usw.). Die Schulen waren größtenteils zerstört oder beschädigt, zum Teil für fremde Zwecke belegt. Straßennetz und Verkehrseinrichtungen waren schwer beschädigt. Schwere Schäden bestanden an den Friedhöfen, den öffentlichen Bädern, den Verwaltungsgebäuden, den Anstalten für Kinder und alte Leute, an den öffentlichen Anlagen und Jugendspielplätzen usw. Bis zur Währungsreform herrschte Hunger und Not an allen Waren des täglichen Lebensbedarfes, Mangel an Baustoffen und Arbeitskräften. Mit der Währungsreform waren die städtischen Finanzmittel in ein Nichts zerronnen; seit dieser Zeit lebt die Stadt von der Hand in den Mund. Trotzdem wurden in den seither verflossenen 2 $\frac{1}{4}$ Jahren bis Ende 1950 81,7 Millionen DM von der Stadt für den Wiederaufbau aufgebracht, davon allein 41,7 Millionen aus ordentlichen Haushaltsmitteln. Wenn heute trotz aller Bemühungen noch vieles nicht in Ordnung gebracht ist, so ist daran allein das riesige Ausmaß der Zerstörung schuld, die die Aufbauarbeit von mehr als einer Generation vernichtet hat.

A. Krankenhauswesen

Auf diesem Hintergrund von Zerstörung und Not vollzog sich die Arbeit der Stadt für ihre Krankenhäuser und ihr Gesundheitsamt. Zunächst zu den Krankenhäusern:

Vor dem Kriege unterhielt die Stadt von insgesamt im Stadtgebiet vorhandenen 8 700 Krankenbetten 4 831 Betten (d. s. 55%) in vier großen Krankenanstalten: Krankenhaus links der Isar mit 1 820 Betten, Krankenhaus rechts der Isar mit 801 Betten, Krankenhaus Schwabing mit 2 032 Betten, Krankenhaus Hariaching mit 178 Betten.

Schon in den ersten Kriegsjahren war die Stadt gezwungen, für die von der Wehrmacht belegten Betten Ersatz in acht Hilfskrankenhäusern zu schaffen; gegen

Ende des Krieges mußten wegen der Kriegsbedrohung und bereits eingetretener Schäden weitere Ausweichunterkünfte außerhalb der Stadt für die Krankenhäuser geschaffen werden. Mit Ende des Krieges hatte sie ihre Kranken an Stelle von vier Krankenanstalten in 35 Objekten innerhalb und außerhalb ihrer Mauern untergebracht. Das Krankenhaus links der Isar war in großem Umfange zerstört (Belegung auf 400 gesunken), das Krankenhaus rechts der Isar weitgehend und erheblich beschädigt (Belegung auf 220 gesunken), das Krankenhaus Schwabing teilweise beschädigt. Das Krankenhaus Harlaching war mit leichten Schäden über den Krieg hinweggekommen. Bald nach Kriegsende verlor die Stadt noch ihr größtes und modernstes Krankenhaus, Schwabing, bis auf die Kinderabteilung durch Beschlagnahme als amerikanisches Armeehospital. Kurze Zeit darauf wurde auch die dann bezogene Ausweiche im Altersheim an der Ruemannstraße für die Krankenhausversorgung von verschleppten Personen beschlagnahmt und nicht sehr viel später ein weiteres Krankenhaus der freien Verfügung der Stadt entzogen, das für die Krankenhausversorgung des russisch verfolgten Personenkreises bereitgestellt werden mußte, so daß bis auf Harlaching und die Kinderabteilung Schwabing der gesamte Friedenskrankenhausbestand für die Stadt nahezu unbrauchbar geworden war. Als Ersatz für Krankenhaus Schwabing erhielt sie von der amerikanischen Militärregierung verschiedene Wehrmachtlazarette und war somit gezwungen, gegen Ende 1945 etwa 42 Häuser für ihre Kranken zu führen. Entsprechend dem stark angestiegenen Bettenbedarf erhöhte sie ihren Bettenstand zeitweise auf fast 7 000 (April 1947). Für die Adaptierung der Gebäude, die ja bisher alle einem anderen Zwecke dienten, und ihre Einrichtung mußte die Stadt erhebliche Mittel aufwenden. Das geordnete und beachtenswerte Krankenhauswesen in Zweckbauten war in größtem Umfange zerschlagen und auf eine Unzahl mehr oder minder tauglicher Gelegenheitsobjekte in- und außerhalb der Stadt zerstreut und im Betrieb äußerst schwierig, kostspielig und unübersichtlich geworden, ganz zu schweigen von den damaligen Schwierigkeiten in der Beschaffung von Lebensmitteln, Krankenhausgut, Brennstoffen, Medikamenten und Verbandstoffen usw. und von der Belastung der Bevölkerung, deren Kranke fast regelmäßig nach auswärts verbracht werden mußten.

Die erste Aufgabe, die sich nach dem Kriege ergab, war natürlich, in München selbst wieder Bettenraum zu schaffen. Es wurde unter schwierigsten Bedingungen an die Wiederinstandsetzung beschädigter Krankenzimmer und technischer und wirtschaftlicher Einrichtungen in den in München gelegenen stadt-eigenen Krankenhäusern oder in Anspruch genommenen Behelfskrankenhäusern gegangen. Bis zur Währungsreform wurden dadurch in München zirka 1 900 Betten gewonnen, für die 14, meist auswärtige oder von ihren Besitzern wieder zurückgeforderte Häuser aufgelassen werden konnten, wobei sich der Gesamtbettenbestand allerdings um 800 verringerte.

Erst nach der Währungsreform konnte daran gegangen werden, schwer beschädigte Krankenhausbauten wieder instandzusetzen oder Bettenraum überhaupt neu zu schaffen, um die Rückführung der Kranken nach München weiterzutreiben. Am 1. Januar 1951 standen in den vier Münchener Stammkrankenhäusern (links der Isar, rechts der Isar, Kinderkrankenhaus Schwabing, Harlaching) wieder 2 695 Betten, in sonstigen städtischen Krankenhäusern innerhalb des Stadtgebietes 1 562 Betten und in von der Stadt betriebenen Landkrankenhäusern 1 555 Betten, zusammen 5 812 Betten. Es hat sich also zum Vorteil des Betriebes und der Kranken das Verhältnis von den innerhalb zu den außerhalb der Stadt gelegenen



Blick vom Rathausturm auf die Frauenkirche
(Aus dem Stadtarchiv der Stadt München)

Krankenbetten erheblich geändert; fast $\frac{1}{3}$ der Krankenzimmer sind wieder innerhalb der Stadt und nahezu die Hälfte wieder in den Stammkrankenhäusern. Nicht vergessen werden darf, daß nebenher lief die Verbesserung der inneren Verhältnisse, der Einrichtung usw. Allerdings wurde dieses Ergebnis zum Teil durch eine Verringerung der absoluten Bettenzahl um zirka 1 100 gegenüber dem überhaupt höchsten Bestand städtischer Krankenzimmer erkauft, obwohl die Stadt am 1. 1. 51 noch um fast 1 000 Betten mehr als vor dem Kriege unterhält. Diese Bettenverringering ist aber nicht gleichbedeutend mit verschlechterten Aufnahmebedingungen für die Kranken. Denn 600 Betten konnten allein durch den Rückgang und die Änderung in den Behandlungsbedingungen der Geschlechtskranken eingespart werden; einen Rest gleicht auch die Tätigkeit der privaten Krankenanstalten aus, die ihre Gesamtbettenzahl fühlbar erhöht haben. Insgesamt (einschließlich der Betten in staatlichen, Bezirks- und Privatkrankenzimmer) stehen anfangs 1951 für die Krankenhausbedürfnisse Münchens zirka 11 000 Betten zur Verfügung gegenüber 8 700 vor dem Kriege. Für die Stadt bleibt aber die Zersplitterung des Krankenhauswesens, wenn auch in verringertem Umfang, bestehen. Denn die oben genannten Krankenzimmer stehen auch heute noch in zehn verschiedenen Krankenhausobjekten innerhalb der Stadt und in neun Objekten außerhalb der Stadt. Am schwierigsten wirkt sich hier die Beschlagnahme des Krankenhauses Schwabing durch die Besatzungsmacht aus, da dessen Rückfall an die Stadt einmal erfolgen wird, der Termin für die Rückkehr aber überhaupt noch nicht angegeben werden kann und deshalb die Ersatzunterkünfte dafür auf unbestimmte Zeit aufrechterhalten werden müssen.

Bei ihrer Krankenhausplanung war die Stadt gehalten, die jeweiligen Bedürfnisse der Bevölkerung abzufangen. So wurden die Betten für Tuberkulose mehr als verdoppelt. Fast sämtliche erwachsene Infektionskranke finden Aufnahme in städtischen Krankenanstalten, ebenso die Mehrzahl der Kinder, für die 1950 ein neues, eigenes Infektionskrankenhaus an das Kinderkrankenhaus Schwabing angegliedert wurde. Um den Ansturm der Geschlechtskranken nach dem Kriege bewältigen zu können, mußte noch Mitte 1945 ein ganzer Krankenhauskomplex mit über 700 Betten bereitgestellt und eingerichtet werden (ehemalige Hansaheime, Dietlindenstraße, und ehemalige Kriegsschule, Pappenheimstraße). Die Stadt hat auch die Hauptlast in der Bereitstellung zusätzlicher Krankenbetten für den vermehrten Krankenbettenbedarf nach dem Kriege und während des Ausfalles einer erheblichen Zahl von Betten in den Privatkrankenanstalten sowie vor allem von Betten für Alte und Sieche getragen. Sie hat angesichts der starken Zersplitterung der Krankenhäuser durch Errichtung einer eigenen Bettenverteilungsstelle versucht, dem Krankenhausaufnahmebedürfnis nach dem Grade der Dringlichkeit und möglichst schnell gerecht zu werden.

Trotz dieser einschneidenden, fortlaufenden Wandlungen in der äußeren Organisation der Krankenhäuser, die die Mittel der Stadt in größtem Umfange beanspruchten, hat sich die Stadt außerdem bemüht, nicht bloß Lösungen für die augenblickliche Not zu finden, sondern auch Verbesserungen durchzuführen. So hat das Kinderkrankenhaus Schwabing einen eigenen, 50bettigen Infektionsbau erhalten; das Tuberkulosekrankenhaus Kempfenhausen, das nicht fertiggestellt war, wurde voll ausgebaut, das Krankenhaus rechts der Isar ist verbessert worden und hat eine urologische Abteilung für moderne Ansprüche erhalten.

Im vergangenen Jahr beschäftigte die Stadt in ihren Krankenanstalten mit durchschnittlich etwa 4 800 Kranken (entspricht einer etwa 85 %igen Durchschnittsbelegung der vorhandenen Betten) 216 Ärzte (Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte und Volontärärzte mit Bezahlung). Es traf somit 1 Arzt auf 22 Patienten. Außerdem sind in den Krankenanstalten zur Aus- und Fortbildung zugelassen zirka 160 Jungärzte (Pflichtassistenten und unbezahlte Volontäre). Diese erhalten von der Stadt freien Mittagstisch, was einen Jahreswert von zirka 35 000 DM repräsentiert. Außerdem können diese Jungärzte in besonders gelagerten Fällen eine Wirtschaftsbeihilfe von 60 DM (Ledige) und 75 DM (Verheiratete) erhalten. Für diese Baraufwendungen werden die freiwilligen Leistungen der Chefärzte (Unkostenbeiträge für die Benützung städtischer Einrichtungen bei der Behandlung von Sonderzimmerpatienten usw.) restlos ausgeschüttet; im verflossenen Jahr rund 50 000 DM als Wirtschaftsbeihilfen für 80—85 Jungärzte.

Für den Wiederaufbau der städtischen Krankenhäuser wurden in der Zeit von 1945 bis 31. März 1951 11,2 Millionen RM/DM aufgewendet; davon zur Behebung von Kriegsschäden 7,5 Millionen RM/DM, zur Adaptierung von Ersatzobjekten 3,7 Millionen RM/DM.

Der Betrieb der städtischen Krankenanstalten erforderte 1950 — unter Beachtung der Grundsätze kaufmännischer Buchführung — einen Aufwand von 18 943 996 DM, dem eine Betriebseinnahme von 15 189 009 DM gegenübersteht. Es war ein Betriebszuschuß von 3 754 987 DM nötig. Pro Verpflegstag und Patient waren 10 271 DM aufzuwenden, von denen 8 235 DM aus Einnahmen und 2 038 DM aus öffentlichen Mitteln zu decken waren. Jede fünfte DM, die die Stadt für den Krankenhausbetrieb ausgibt, stammt also aus ihrem eigenen Säckel.

B. Gesundheitsamt

Für das städtische Gesundheitsamt — wenigstens in seiner äußeren Verfassung — war das Endergebnis des Krieges katastrophal. Während in vorausgegangenen Bombenangriffen schon eine Reihe von Außenstellen erheblich mitgenommen war, brannte im Juli 1944 seine Tuberkulosefürsorgestelle an der Herrnstraße nieder, nachdem noch zuvor auch der Ersatzbau, der für die unzulänglichen Räume der Fürsorgestelle in der Herrnstraße errichtet werden sollte, einige Tage vor Fertigstellung ausgebrannt war. Im Januar 1945 wurde das Amtsgebäude des Gesundheitsamtes an der Pestalozzistraße mit fast seinem ganzen Inventar ein Opfer der Bomben und Flammen. Nachdem es für einige Tage die notwendigsten Arbeiten in den von der Brandhitze gewärmten, erhaltengebliebenen Kellern weitergeführt hatte, übersiedelte es in einen leeren, beschädigten Pavillon des Krankenhauses Schwabing.

Von seinen Außenstellen waren sechs Mütterberatungsstellen ganz und weitere sechs teilweise zerstört, in 68 Schulen waren die schulärztlichen Räume entweder zerstört, beschädigt, anderweitig belegt oder das Inventar zur Einrichtung von Krankenhäusern abgegeben oder geplündert worden. Von acht Schulzahnkliniken waren sieben schwer beschädigt oder zerstört, während das Inventar durch Verlagerung in letzter Minute gerettet werden konnte. Was die Zerstörungen an Arbeitsmöglichkeiten noch übergelassen hatten, war durch die gehäuften Luftangriffe in den letzten Kriegsmonaten und ihre Folgen vollkommen desorganisiert.

Das Gesundheitsamt war also am Kriegsende fast völlig zerstört und mußte fast von Grund auf neu aufgebaut werden. Das war sehr schwer, weil die Frage seiner Unterbringung zunächst nicht gelöst werden konnte, was immer wieder Umzüge erforderte, und weil durch weitgehende Entlassungen von Ärzten und Beamten viele eingearbeitete Kräfte ausscheiden mußten. Überdies hatte es in den schweren Jahren bis 1947 auch das Krankenhauswesen der Stadt zu führen, das ohne Zweifel damals den Vorrang vor den meisten seiner übrigen Aufgaben beanspruchen konnte und die meisten Kräfte und Mittel abzog. Trotzdem durfte seine Arbeit nicht aufhören. Schon am zweiten Tage nach der Besetzung nahm das Amt seine Arbeit wieder auf, zu einer Zeit, in der die meisten Straßen unpasseierbar waren, Ausgangssperre bestand und sämtliche Verkehrsmittel stilllagen sowie die meisten Behörden einschließlich der Polizei geschlossen waren. Zunächst wurde die Kontrolle über die übertragbaren Krankheiten, von denen Flecktyphus und Unterleibstyphus die Stadt bedrohten, wieder aufgebaut. Die rapide Zunahme der Geschlechtskrankheiten machte besondere Maßnahmen notwendig. Für die Versorgung der Stadt mit Medikamenten und Verbandstoffen mußte eine Dienststelle eingerichtet werden. Für die aus den Lagern und Konzentrationslagern Kommenden, für die hereinströmenden Flüchtlinge mußte eine hygienische Betreuung organisiert werden. Verschiedene Arbeitszweige, die in privaten Räumen von Mitarbeitern untergebracht waren, mußten wieder zum Amt zurückgeführt werden. Ende 1945 hatten alle Stellen längst wieder die Arbeit aufgenommen, waren je nach ihrer Dringlichkeit mehr oder minder entsprechend, meist recht dürftig untergebracht.

Daten des äußeren Wiederaufbaus:

Juli 1945 Übersiedlung des Amtes aus dem Krankenhaus Schwabing in das damals leerstehende Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung an der Königinstraße 85.

1946 Überführung der Frauenmilchsammelstelle und der Blutspenderzentrale in einen stark beschädigten Trakt des ehemaligen Garnisonlazarettes an der Lazarett-

straße 10; Wiedereinrichtung verschiedener beschädigter Außenstellen.

1947 Überführung der Gutachterstelle in das Anwesen Lazarettstraße 10; Dezember 1947 Eröffnung der Tuberkulosefürsorgestelle im wiederinstandgesetzten Haus Schwanthalerstraße 68, die bis dahin im beschädigten Diakonissenkrankenhaus an der Heßstraße unterkommen gefunden hatte.

1948/49 Abschluß der Wiederinstandsetzung der Räume in der Lazarettstraße 10, wo neben Frauenmilchsammelstelle, Blutspenderzentrale und Gutachterdienst auch die Abteilung Gesundheitsfürsorge mit einer Schulzahnklinik und kleferorthopädischen Abteilung untergebracht ist; Räumung des Hauses Königinstraße 85 bis auf 1½ Stockwerke.

1949/51 Wiederinstandsetzung von Außenstellen für Säuglingsfürsorge, Schulgesundheitsdienst, Schulzahnkliniken.

Das Ergebnis dieser Wiederaufbauarbeit ist folgendes: Sämtliche Dienststellen des Amtes sind bis auf eine kleine Anzahl von Außenstellen wieder den Erfordernissen entsprechend untergebracht und eingerichtet. Das zentral organisierte Amt (Außenstellen bestehen nur für Säuglingsfürsorge, Schulgesundheitsdienst und Schulzahnpflege) arbeitet an vier weit auseinanderliegenden Orten (Königinstraße 85, Lazarettstraße 10, Schwanthalerstraße 68 und Dietlindenstraße 32); sicherlich kein befriedigender Zustand, für den aber im Augenblick keine Lösung möglich ist.

Soweit der äußere Rahmen des Wiederaufbaues des Gesundheitsamtes. Was leistet nun aber dieses Amt für die öffentliche Gesundheitspflege? Dem Gesundheitsamt einer Großstadt sind vielfache Aufgaben gestellt. Es soll die Zentralstelle sein für alles, was die Gesundheit der Bevölkerung anlangt. Es soll den Gesundheitszustand der Bevölkerung beobachten, die ihn bedingenden Lebensumstände verfolgen, sie nach ihrem die Gesundheit hemmenden oder fördernden Einfluß auswerten und daraus die geeigneten Maßnahmen für Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung ableiten. Es soll für die Bereitstellung der nötigen gesundheitspflegerischen Einrichtungen Sorge tragen und diese in ihrer Tätigkeit kontrollieren sowie die in der Gesundheitspflege tätigen Personen erfassen und überwachen. Es soll besonders wichtige, im allgemeinen öffentlichen Interesse liegende Maßnahmen der Gesundheitspflege selbst durchführen und schließlich für die Öffentlichkeit über Personen und Dinge in ärztlicher und gesundheitlicher Beziehung als Gutachter tätig werden. Dem Münchener städtischen Gesundheitsamt sind darüber hinaus alle von der Stadt freiwillig oder pflichtgemäß getragenen, ärztlichen gesundheitsfürsorglichen Maßnahmen und die gesundheitsbehördlichen Verwaltungsaufgaben auf der Orts- und Kreisebene übertragen. Schließlich sind ihm einige freiwillig übernommene Gemeinschaftseinrichtungen der Gesundheitsfürsorge (Frauenmilchsammelstelle und Blutspenderzentrale) angeschlossen worden.

Es kann nun nicht der Sinn dieses Artikels sein, die tägliche mühselige Kleinarbeit des Amtes aufzuzählen; es würde zum Schlusse langweilig werden. Es können nur einzelne interessierende Gruppen herausgegriffen werden.

Da ist zunächst die allgemeine Hygieneabteilung, das Mädchen für alles und alle. Sie kontrolliert, unterstützt von anderen Stellen, die Wasserversorgung, die Abwasserbeseitigung, die Müllabfuhr, die privaten Brunnenanlagen, die Reinlichkeit in Haus und Hof und auf den Straßen. Sie bemüht sich um Besserung der Wohnverhältnisse im allgemeinen und in Einzelfällen, kämpft gegen das wilde Siedeln und Bauen, versucht die Verhältnisse in den Wohnlagern und sog. Firmenunterkünften, in denen im-

mer noch an die 30 000 Menschen zu leben gezwungen sind, zu verbessern und ist bemüht, den hygienischen Forderungen bei der Bau- und Siedlungsplanung Geltung zu verschaffen. Sie überwacht mit den sonst dafür berufenen Stellen den Verkehr mit Lebensmitteln, die Tierhaltungen, den Nachbarschutz besonders gegenüber Gewerbebetrieben, die Reinhaltung der Flußläufe und des Bodens. Sie läßt sich auch die Bekämpfung des Wohnungsungeziefers und die Bekämpfung der Ratten angelegen sein, eine Aufgabe, die allerdings durch die in den letzten Jahren entwickelten wirksamen Bekämpfungsmittel wesentlich erleichtert wurde. Sie kontrolliert die Krankenanstalten und die anderen Anstalten, in denen Menschen in Gemeinschaft untergebracht sind. Die Aufzählung sei damit abgeschlossen. Es geht aus ihr hervor nicht bloß das Maß der Arbeit, sondern auch der Verantwortung, und es läßt sich einsehen, daß diese Tätigkeit sich sehr oft, wenn nicht meistens, zu der eines unangenehmen und lästigen Mahners und Warners gestaltet.

Eine ebenso wichtige Aufgabe ist die Seuchenbekämpfung. München ist in und nach dem Kriege von einer größeren Epidemie verschont geblieben. Nur bei 24 Einheimischen trat Flecktyphus auf, allerdings mit sieben Todesfällen, obwohl zur gleichen Zeit ein großer Krankenaufbau mit flecktyphuskranken Ausländern und ehemaligen KZ-Insassen sich füllte. Der Unterleibstyphus trat in den Jahren 1945—1947 gehäuft auf, konnte sich weder festsetzen noch epidemisch ausbreiten und sinkt seitdem bis fast auf den Vorkriegsstand ab, obwohl immer wieder von den in den letzten Jahren in Bayern aufgetretenen kleineren und größeren Epidemien Ableger nach München gelangen. Die Zivilisationsseuchen (Scharlach, Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten) hatten zeitweise einen hohen Stand. Es kann das nicht verwundern, wenn man ihren Übertragungsweg kennt und ihn im Zusammenhang mit der Nachkriegsvölkerwanderung und der Zusammenpressung der Bevölkerung auf engen Wohnraum sieht. Aber auch hier ist die Tendenz zur Abnahme in den letzten Jahren deutlich.

Nachdem in der Diphtherieschutzimpfung ein Mittel an die Hand gegeben worden ist, die Erkrankungszahl und die Zahl der schweren Erkrankungen absolut zu verhindern und, wie es den Anschein hat, den Tod an Diphtherie praktisch ganz zu verhindern, gilt dieser Schutzimpfung das ganz besondere Augenmerk. Fast keine Schwierigkeit bereitet die Impfung der Schulkinder und der in Anstalten, Kindergärten usw. untergebrachten Kinder, da diese in ihrer Organisation erfaßt werden können. Praktisch kann das untere Schulalter als durchgeimpft gelten. Dementsprechend treten im Schulalter kaum noch Erkrankung- und Todesfälle auf. Recht schwierig gestaltet sich dagegen die Erfassung der Kleinkinder, die nunmehr das Hauptkontingent an Erkrankungen und Todesfällen stellen. Es wird versucht, durch immer wiederholte Aufklärung der Eltern und durch Fürsorgerinnenhausbesuche die Impfung zu propagieren. Das Amt unterhält zwei ständige Impfstellen und impft in Zeitabständen in allen Stadtteilen. Es ist bisher gelungen, die Todesfälle auf weniger als die Hälfte zu senken; man ist damit aber noch weit entfernt von amerikanischen Angaben, nach denen dort in Großstädten kaum noch Todesfälle auftreten. Zur Zeit laufen Versuche an mit kombinierten Impfstoffen (Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus) aus deutscher und amerikanischer Herstellung.

Die übrigen Probleme des Sanitätswesens (Leichenwesen usw.) sollen übergangen werden. Auch die Überwachung der Medizinalpersonen soll nicht erörtert werden, obwohl hier viel Arbeit noch lange geleistet werden muß, bis eben die Turbulenz der Nachkriegsjahre sich einigermaßen gelegt hat.

Ein ärztlich ansprechenderes Gebiet wird mit der eigentlichen Gesundheitsfürsorge beschränkt. Noch nicht eingeführt hat sich die Schwangerenfürsorge; hier springen die Ambulatorien der Kliniken in erfreulichem Umfang ein. Einen Anfang hat das Amt gemacht mit der aus den Nachkriegsverhältnissen notwendig gewordenen Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen, die einmal eine Lues durchgemacht haben und dem Amt zugänglich sind.

Intensiv bearbeitet wird die Säuglingsfürsorge. Es sind im ganzen Stadtgebiet 42 Mütter- und Säuglingsberatungsstellen eingerichtet. Neben einer kleinen Zentrale, die mit einem hauptamtlichen Arzt besetzt ist, wird der ärztliche Außendienst nur von nebenamtlich tätigen Ärzten, meist niedergelassenen Kinderfachärzten, wahrgenommen. Zirka 110 Familienfürsorgerinnen besuchen die Familien in festgesetzten Zeitabständen. Die Beanspruchung dieser Beratungsstellen schwankt je nach Stadtgebiet sehr erheblich, zwischen 20 und 80%, und erreicht im Durchschnitt 50–60% der vorhandenen Säuglinge. Ihrer Arbeit ist es mit zu verdanken, daß in München die Nachkriegs-säuglingssterblichkeit nie die gleichen Ausmaße wie anderwärts annahm. 5,7% Säuglingssterblichkeit 1950 ist schon relativ günstig. Es wird damit die kritische Zahl von 3–4% Säuglingssterblichkeit zwar noch nicht erreicht, unter die man mit der rein nachgeburtlichen Fürsorge nicht herunterkommt, kommt ihr aber schon nahe. Dementsprechend fallen schon heute mehr als 60% der Säuglingssterbefälle auf die ersten zwei Wochen nach der Geburt (perinatale Frühsterblichkeit, die im wesentlichen ein Problem der Geburtshilfe und der Aufzucht der Frühgeburten ist).

Ein weiteres noch nicht voll gelöstes Problem ist die Rachitisprophylaxe. 1948 wurde die Rachitishäufigkeit für München bei einer Erhebung mit 80% angegeben. Die Angaben wurden 1949 nachgeprüft und eine Häufigkeit von etwas mehr als 50% gefunden, worunter allerdings nur 3% schwerere Formen waren und schwere überhaupt fehlten. Grund für die gefundene Rachitishäufigkeit ist, daß bis dahin keine eigentliche Prophylaxe, sondern nur Frühbehandlung stattfand. Da damals eine Prophylaxe über den Umweg der Milch nicht möglich war, hat man sie durch direkte Vitamingaben bei jedem Säugling noch in der Gebäranstalt und durch die Hebamme sowie systematische weitere Vitamingaben durch die Säuglingsfürsorge versucht. Es wurde auch ein Erfolg erzielt, die Rachitishäufigkeit sank auf 39% bei einer neuerlichen Prüfung ab. In der Zwischenzeit ist durch Verbesserung der Qualität der Frischmilch und durch Herstellung neuer Vitaminpräparate ein Fortschritt erzielt worden, der die Möglichkeit einer echten, umfassenden und von Zufälligkeiten weniger abhängigen Rachitisprophylaxe in erreichbare Nähe gerückt hat. Über die Auswirkungen kann heute noch nicht berichtet werden.

Nach dem Säuglingsalter hört heute noch leider die systematische Gesundheitsfürsorge mehr oder minder auf und beginnt erst wieder im Schulalter. Dieser Schulgesundheitsdienst existiert schon seit der Zeit vor dem ersten Weltkrieg und betreut heute zirka 120 000 Kinder aller Schulgattungen. Unmittelbar vom Gesundheitsamt und mit Mitteln der Stadt werden nur mehr die Kinder der Volksschulen, Berufsschulen und städtischen Mittelschulen versorgt, während die staatlichen höheren Schulen und privaten Schulen aus Mitteln der jeweiligen Schulträger mit schulärztlicher Fürsorge betreut und vom Gesundheitsamt nur überwacht werden. Im Schuljahr 1950/51 hat das Gesundheitsamt mit fünf hauptamtlichen und 30 nebenamtlichen Schulärzten, meist aus der freien Praxis, 56 000 Kinder in Einzeluntersuchungen untersucht und weitere 43 000 Kinder einer gesundheitlichen Sichtung

unterzogen. Daneben laufen noch eine Reihe Einzelaktionen gesundheitsfürsorgerischer Art, z. B. die Bemühungen zur Verhütung des ausgebreiteten Haltungsverfalls unter den Schulkindern. Auch der sportärztlichen Betreuung unserer heranwachsenden Jugend wird besonderes Augenmerk geschenkt. Es wird des weiteren angestrebt, der Gesundheitserziehung in den Schulen mehr als bisher Gewicht zu verleihen.

Die Stadt betreibt ferner für die schulgesundheitspflegerisch zu betreuenden Schulen schulzahnärztliche Fürsorge mit acht Schulzahnkliniken, in denen sämtliche Kinder jährlich einmal untersucht werden, und den Kindern, für die die Versorgung durch die private Praxis nicht gesichert ist, kostenlose Behandlung gewährt wird. Erreicht wird damit, daß die Kinder zu etwa 80% mit saniertem Gebiß die Schulen verlassen; soweit sie durch die Schulzahnklinik selbst saniert werden, sogar zu fast 100%. Der Schulzahnpflege wurde 1949 eine kieferorthopädische Abteilung angegliedert aus der Erkenntnis heraus, daß zirka 20% der Kinder unter Mundverkrüppelungen leiden und der Mehrzahl davon in der Privatpraxis wegen der hohen Kosten der Behandlung keine Hilfe zuteil wird. Freilich kann durch diese eine Abteilung nur einer geringen Anzahl besonders schwer geschädigter Kinder aus sozial schwachen Familien geholfen werden. Es soll aber der Prophylaxe und der Frühbehandlung hier in Zukunft im Rahmen der Schulzahnpflege noch besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Daß auch eine Fürsorge für Krüppel, für Flüchtlinge und Obdachlose diese Personenkreise gesundheitlich betreut, sei nur erwähnt. Die Fürsorge für Geistesranke und Süchtige ist durch die jetzige, zu Lasten der Gesunden gehende, unzureichende Gesetzgebung sehr erschwert worden.

Der Fürsorge für die Tuberkulösen widmet sich eine ganze Abteilung des Gesundheitsamtes mit fünf hauptamtlichen Ärzten. Die Arbeitsleistung für 1950 ist mit fast 60 000 Röntgenuntersuchungen, 914 Kuranträgen und 777 Krankenhauseinweisungen sowie 11 600 Hausbesuchen belegt. Ferner haben die Ärzte der Fürsorgestelle die Auswertung von 43 000 Schirmbildaufnahmen des Schirmbildtrupps der LVA. Oberbayern übernommen. Die Schutzimpfung gegen Tuberkulose, die in den Jahren 1948/49 aufgenommen wurde, wurde 1950 nur bei Kleinkindern in tuberkulösem Milieu weitergeführt. Über ihre weitere Anwendung herrschen noch Meinungsverschiedenheiten. Die Tuberkuloselage in München am Ende des Jahres 1950 sei kurz gestreift: weiterer Rückgang der Sterblichkeit auf 3,5 auf 10 000 Einwohner, leichter Rückgang im Bestand und im Zugang an ansteckungsfähigen Kranken, deren Zahl aber noch über dem Stand vor dem Kriege liegt; schwierige Wohnungsverhältnisse, lange Wartezeiten für Sanatorien.

Auch die Fürsorge für Geschlechtsranke hat mit 28 000 Beratungen und 19 000 Untersuchungen und mit der Überwachung von fast 1000 in Dauerkontrolle stehender weiblicher Personen sowie der Ermittlung von 3500 Infektionsquellen im Jahre 1950 ihren Teil zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beigetragen. Wie notwendig in diesem Kampfe die Beobachtung der Strafe ist, zeigen die Ergebnisse der Gesundheitsstreifen; 64% der dabei im Jahre 1950 Aufgegriffenen erwiesen sich als behandlungsbedürftig. In Zusammenarbeit mit der Schule wurde auch die gesundheitserzieherische Befehrerung der heranreifenden Schuljugend durchgeführt.

Ein Wort sei noch gestattet zum Verhältnis öffentliche Gesundheitsfürsorge und freie Praxis. Das Gesundheitsamt hat die ärztliche Tätigkeit in der Fürsorge mit Ausnahme der Spezialgebiete Tuberkulosefürsorge und Ge-

schlechtskrankenfürsorge zum überwiegenden Teil oder ganz nebenamtlich tätigen Ärzten, meist aus der freien Praxis, übertragen, um sich den Rat der Praktiker zu sichern, und bei der Einteilung soweit als möglich vorgesorgt, daß Fürsorgebezirk und Praxissprengel nicht zusammenfallen. Eine Beeinträchtigung des Betätigungsfeldes der praktizierenden Ärzte durch die öffentliche Fürsorge wird zwar manchmal gegerührt, trifft aber nicht zu. Es dürfte wohl das Umgekehrte richtig sein, daß nämlich durch die zahlreichen Überweisungen aus der Fürsorge an die freie Praxis in jeder Sparte der Fürsorge eine nicht unbeträchtliche Förderung rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe verursacht wird.

Es sei noch gestattet, mit ein paar Worten auf die Gemeinschaftseinrichtungen des Gesundheitsamtes, die Frauenmilchsammelstelle und die Blutspenderzentrale, einzugehen.

Die Frauenmilchsammelstelle sammelt monatlich zwischen 400 und 500 Liter Frauenmilch in täglichen Rundfahrten durch das ganze Stadtgebiet. Die Milch wird auf Güte, Reinheit und Tauglichkeit sowie auf Panschungen untersucht, pasteurisiert und tiefgekühlt und dann an Kliniken, Säuglingsheime und auf ärztliches Rezept auch an Säuglinge im Haushalt abgegeben.

Auf Grund der neueren Erkenntnisse und Erfahrungen im Blutspenderwesen wurde die seit 1943 bestehende Blutspenderzentrale umorganisiert. Sie arbeitet nunmehr zweigeteilt als Vermittlungsstelle entgeltlicher, „berufsmäßiger“ Direktspender und nach dem System der Blutbanken mit freiwilliger, unentgeltlicher Blutspende (Blutkonserven). Angesichts der stärkeren Verbreitung der Lues mußten bei den Direktspendern besondere Vorsichtsmaßnahmen eingebaut werden; seit Jahren wird der Direktspender nach einer Tauglichkeitsuntersuchung jeweils nur einmal zur Spende, und zwar innerhalb von 10 Tagen nach der Untersuchung, zugelassen, was einen bedeutenden Mehraufwand an Untersuchungsarbeit bedingt gegenüber den Forderungen der noch gültigen Blutspenderrichtlinien aus dem Jahre 1940. Die Einrichtung der Blutbank, für die der Name „Münchner Blutspende“ eingeführt wurde, weil an dem Namen „Blutbank“ viele Bevölkerungskreise Anstoß nahmen, verzögerte sich lange

Zeit deshalb, weil in Deutschland taugliche Gerätschaften nicht aufzutreiben waren; die Anfangsausstattung mußte noch aus Amerika bezogen werden. Die Gründe für ihre Errichtung waren: größte Sicherheit in der Vermeidung der Luesübertragung, Sicherheit und Bequemlichkeit der Blutübertragung mit Konserven, die Möglichkeit der Anlage von Reserven für Notfälle, die geringere Belastung des Spenders. Ziel ist, für den Regelfall die Blutübertragung aus der Konserve zu sichern und nur mehr aus besonderer Indikation eine Direktübertragung durchzuführen. Vor kurzem konnte die 1000. Blutkonserve hergestellt werden. Im Durchschnitt ist das Blutaufkommen aus der Zentrale im Monat 300—350 Liter.

Zum Schluß darf noch der Finanzbedarf für den Unterhalt des Gesundheitsamtes erwähnt werden. Der Haushalt des Gesundheitsamtes sieht für das Jahr 1951 an Ausgaben nahezu 2,3 Millionen DM vor, wovon nur 513 000 DM durch Einnahmen (Zuschüsse des Staates und Einnahmen des Gesundheitsamtes usw.) gedeckt werden können, so daß die Stadt nahezu 1,8 Millionen DM zuschießen muß. Nur 30% der Ausgaben verbraucht die allgemeine Gesundheitsverwaltung, während 70% der Durchführung der Gesundheitsfürsorge in den einzelnen Fürsorgezweigen zufließen.

Damit soll die Behandlung des Themas abschließen. Blickt man zurück, so muß man feststellen, daß die Stadt München freilich mit ein bißchen Glück über all die Erfahrungen der vergangenen Jahre hinweggekommen ist, daß sie sich aber auch in der Gesundheitspflege mit redlicher Mühe um die Notstände ihrer Bürger gesorgt hat. Es wäre ebensoweit von der Wahrheit abliegend, wollte die Stadt behaupten, alle Probleme der Gesundheitspflege zum besten gelöst zu haben, wie wenn man der Stadt vorhalten wollte, sie hätte sich nicht nach bestem Können darum bemüht. Ein verlorener Krieg vom Ausmaß des letzten wirft eben seinen Schatten noch lange zurück. Wie die Medizin überhaupt, ist auch die soziale Medizin in stetem Wandel und Werden begriffen; neue Zeiten und neue Verhältnisse werden neue Aufgaben bringen, an deren Lösung mitzuarbeiten die Stadt München sich nicht ausschließen wird, wie sie es bisher und auch in den schweren Kriegs- und Nachkriegsjahren nicht getan hat.

Praktischer Arzt und Gesundheitspflege der Menschheit

Von W. Rimpau

Der schwedische Historiker R. Kjellén hat 1915 an seine Analyse der Motive des damaligen Weltkrieges einen synthetischen Ausblick in die Zukunft mit ihrer neuen Gleichgewichtslage in der politischen Welt geknüpft. England sei der letzte weltgeschichtliche Typ eines Staates, dessen Ideal seine Weltherrschaft auf dem Meere war, und Kjellén betont ausdrücklich, daß hierdurch die „planetarische Epoche der Menschheit“ eingeleitet sei. Reaktionen mancher Staaten mit Steigerung der Rüstung, z. B. seitens Japan, ferner die internationale Förderung des Kapitalismus seien dabei beteiligt gewesen. Später kam die Technik des Luft- und Funkverkehrs dazu.

Und unsere Gesundheitspflege, die entwicklungsgemäß allmählich seit 1851 durch „Internationale Gesundheitskonferenzen“, auch durch Gründung im Jahre 1907 des „Office International d'Hygiène Publique“ (Paris) aus der staatlichen Begrenzung herauswuchs, steht jetzt auch im Beginn ihrer planetarischen Epoche. Besonders muß hier auch hervorgehoben werden, daß die Rockefeller-Stiftung mit ihrem

„International Medical Board“ (1916) an der „Gesundheitspflege der Menschheit“ vorbildlich fördernd arbeitete. (Rimpau. Münchn. med. Wchschrft. 1924.) Aber der entscheidende Beschluß erfolgte erst vor 6 Jahren. Auf der Konferenz der Vereinigten Nationen (UN) in San Francisco, Mai 1945, regten Brasilien und China eine internationale Gesundheitsorganisation an. Der Vorschlag wurde am 15. Februar 1946 von dem Economic and Social Council der UN beraten, wurde in Genf dann angenommen, und am 22. Juli 1946 erfolgte auf der Intern. Gesundheitskonferenz in New York durch 61 Nationen die Konstitution der „Weltgesundheits-Organisation“ (WHO. World Health Organization). Abschließend sagte damals der Vertreter von Australien: Die Vereinigten Nationen werden bald die ganze Völkerfamilie umfassen.

An der Entwicklung dieser planetarischen Epoche der Gesundheitspflege ist natürlich in vorderster Linie der praktische Arzt, das Praktische — Arzttum, beteiligt. Es handelt sich hier um Organisationsfragen, und da muß das Arzttum etwaige Schädli-

gungen, die dabei entstehen könnten, rechtzeitig verteilen. Es muß mitarbeiten und, wo nötig, die Führung übernehmen.

Vorerst sei hier dem Gedanken nachgegangen, daß es altes ärztliches Verfahren ist, so bei Hippokrates, Celsus, das Vorkommen und die Entstehung von Krankheiten geo-medizinisch, also nach Erdgegenden, Landschaften, d. h. räumlich, zu betrachten. (griechisch: chora, Raum.) Neu ist aber jetzt, daß diese räumliche Betrachtung, planetar angefangen, sich auf die Bekämpfung, Verhütung der Krankheiten und auf die systematische Förderung der menschlichen Gesundheit erstreckt. Dabei sollen möglichst einheitliche Grundsätze angewandt werden. Verfolgt man den natürlich gegebenen stufenweisen Aufbau, so kommt man vom planetaren Raum zum Kontinent-Raum, dem Großraum (Megachorat), dann zum Mittelraum (Mesochorat) mit dem Staat, Volk, Nation (Bund), weiter zum Kleinraum (Oligochorat) mit Gemeinden, Bezirken, Distrikten, sodann zum Kleinstraum (Oligistochorat), zum Individuum und seiner Familie. Hier spielt sich die Tätigkeit des praktischen Arztes — Patient ab. Aber diese hat es hauptsächlich mit dem Zellenstaat Mensch zu tun, und dieser gehört zum Mikroraum, wie bei Tier und Pflanze. Zu ihm gehören auch die Mikroben, die dem Menschen schädlichen und nützlichen. Die Verbindung mit dem Atomarraum sei hier nur genannt. Auch der Kosmos, kosmischer Raum, hat Einwirkungen, die die Gesundheit fördern und schädigen, die auch von der planetaren Gesundheitspflege der Menschheit zu beachten sind. Bei der choratischen Einstellung der Gesundheitspflege treten auch die räumlich verschiedenen geo- und bioklimatischen Einflüsse in den Vordergrund, das Vorkommen von Tier und Pflanze, die z. B. für Ernährung bedeutsam sind, wie auch die Mikroben des Mikroräumens im Erdboden. Alle gesundheitlichen Maßnahmen, deren Organisation und Durchführung außerhalb des Kleinstraumes erfolgt, wirken sich also letzten Endes beim Individuum Mensch aus.

Nun in Kürze einiges über die Tätigkeit und Organisation der WHO. Die Gesundheit wird nicht im negativen Sinne definiert, nämlich als Freiheit von Krankheit oder von Schwäche, sondern positiv und weitgehend. Sie sei ein Zustand von völligem physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden. Sie zu genießen, habe jeder Mensch natürliches Anrecht, und zwar ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Auffassung und der wirtschaftlichen und sozialen Lage. Als Grundlage für das glückliche und harmonische Zusammensein und die Sicherheit der Völker werden in 6 Abschnitten 22 Aufgaben der WHO. angeführt (Off. Records of the WHO. No 2., Juni 1948. p. 16). Einige davon seien zur allgemeinen Orientierung angeführt: Leitende oder beratende Begutachtungen in Sachen des Intern. Gesundheitswesens, Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, wie mit ILO. (Intern. Labour Organization. Office), der FAO. (Food and Agriculture Organization), der UNESCO. (Unit. Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). Ferner kommt das Gebiet der Untersuchungen und Technik in Betracht für die Aufgaben in Verwaltung, Epidemiologie, Statistik usw., ferner die Fürsorge für Mutter und Kind, Ernährung, Wohnung, Umgebungshygiene und Arbeiterwohl. Es werden auf Ersuchen Sachverständige in die Länder geschickt, und seltens der WHO. können unmittelbar oder mit Hilfe der World-Health Assembly notwendige internationale Maßnahmen für die Gesundheit empfohlen und, was wichtig ist, durchgesetzt werden. Bei dieser Vielheit der Aufgaben und bei der engen Verbindung mit sozialen Verhältnissen schien der Begriff „Hygiene“ zu eng (too narrow), und man wählte den Begriff „Gesundheit“ für den Namen der neuen Organisation WHO.

Der Übersicht über den organisatorischen Aufbau und die Tätigkeit der WHO. (Off. Rec. of the WHO. No 33. March 1951) ist eine Übersichtstabelle beigegeben, die hier bezüglich der einzelnen Dienststellen wiedergegeben wird. Neben der Leitenden Abteilung für Verwaltung, Finanzen und Recht arbeiten die Leitenden Abteilungen des Beratungsdienstes und des Dienstes für Maßnahmen-Durchführung. Für die Unterabteilungen (Divisions) dieser Leitenden Abteilungen (Departments) sind ihre Tätigkeitsgebiete kurz angegeben. Man bekommt so den notwendigen Einblick in die heutige WHO-Organisation. (Vergl. die Tabelle auf der nächsten Seite!)

Die global, planetarisch gesteckten Ziele der Gesundheitspflege der Menschheit richten sich also hauptsächlich auf Heilung, Verhütung der Krankheiten, Bekämpfung der Seuchen, Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsvorsorge. Letztere sind für das Arzttum der Praxis besonders wichtig. Sie bauen die bisherige ärztliche Tätigkeit allmählich weiter aus. Sie führen das Arzttum, das letzten Endes im Kleinst- und Mikroraum sein Arbeitsfeld hat, zu der Erkenntnis der Bedeutung seiner Arbeit für die Menschheit. Früher würden solche Behauptungen als „schöne Worte“ erscheinen, heute sind sie aber begründete Tatsachen. Aus der vorliegenden reichen Literatur der letzten Zeit seien nur die vorzüglichen Darlegungen über Gesundheits-Für- und -Vorsorge genannt, die Hagen-Bonn und Voigt-Bad Tölz in den Ärtzl. Mitt. 1951, 270, gaben.

Die notwendige Ausbildung in der preventiven Medizin macht offenbar in USA auch stellenweise Schwierigkeiten. W. G. Smillie (New York) gibt in seinem Buch Publ. Health Administration in USA (1949, 532) folgende Richtlinien. Die Ausbildungskurse in den medizinischen Kollegien über preventive Medizin seien oft langweilig, uninteressant gewesen, bei zu starker Betonung des technischen Charakters (engineering features) des Gesundheitswesens. Die Ausbildung hätte die Verantwortung klar darzulegen, die der praktische Arzt bezüglich öffentlicher Gesundheit gegenüber der Allgemeinheit bzw. seiner Gemeinde hat, und hätte theoretisch und praktisch einzuführen, wie man bei einem Sonderfall der Praxis mit der ärztlichen Behandlung die Grundsätze der preventiven Medizin anzuwenden hätte. Die ersten Unterweisungen hätten schon früh in den klinischen Jahren des Studiums zu erfolgen, z. B. medizinische Statistik, Umgebungshygiene, kurzer Kurs über Epidemiologie, Kontrolle der übertragbaren Krankheiten, soweit die ärztliche Praxis dabei in Betracht kommt, ferner Grundsätze der Gesundheits-Verwaltung, der Einfluß wirtschaftlicher und sozialer Zustände auf Gesundheit und Krankheit, die Rolle des Privatärztes an der Förderung der öffentlichen Gesundheit. Diese Unterweisung der Studenten hätte in den Händen des Kliniklers zu liegen, oft auch in Zusammenarbeit mit Beamten der Abteilung für Preventive and Curative Medicine der Gesundheitsverwaltung.

Sicherlich wird es auch in Deutschland richtig sein, daß ein Klinikler die Leitung der Unterweisung hat, da es sich auch besonders um das Verhältnis von Arzt zum Patienten handelt. Hygienische Institute (Sozialhygieniker) stehen bei uns der ärztlichen Praxis meist zu fern. Die Mitarbeit von erfahrenen Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gewerbearzt, der Fürsorgestellten für Tbc., Geschlechtskrankheiten usw., ist natürlich notwendig.

Ich habe während meiner Tätigkeit im Seuchendienst von 1903 bis 1945, als der Zusammenbruch kam, ganz besonders den Ermittlungsdienst gepflegt und hierdurch viele, mich sehr befriedigende Einblicke nicht nur in das Verhältnis praktischer Arzt und Patient, sondern auch in die Zusammenarbeit von praktischem Arzt mit Amtsarzt und Seuchendienst erhalten. Auch meine Zusammen-

arbeit im Seuchendienst mit Bevölkerung und Gemeindevertretern auf dem Lande war lehrreich und sehr befriedigend. Es war eine Zusammenarbeit mit gegenseitigem Vertrauen. Auf dieser Grundlage konnte ich auch ab 1937 die Leptospirose-Forschung in Südbayern erfolgreich gestalten. (Rimpau. Die Leptospirose. Verlag Urban und Schwarzenberg, München 1950).

Bei den Ermittlungen mußte mit Takt vorgegangen werden, damit das Ansehen der behandelnden Ärzte und der Amtsärzte nicht bei der Bevölkerung litt, besonders wenn meine Ermittlungen andere Ergebnisse hatten, als zuerst vom praktischen Arzt und Amtsarzt berichtet waren. Man lernte auch oft die Schwierigkeiten kennen, von der befragten Bevölkerung den Tatsachen entsprechende Angaben zu erhalten. Man mußte erst den Gedankenkontakt herstellen. Ich habe in meinem Aufsatz „Seuchendienst und Strafrichter“ von Seuchen-Kriminalistik gesprochen (Städtehygiene, Februar 1951).

Diese Bemerkungen nehmen Bezug darauf, daß der Arzt nicht immer führend und allein die Gesundheitsfür- und -Vorsorge vornehmen wird, sondern daß Ärzte des Gesundheitsdienstes oder deren Hilfskräfte dabei helfen werden. Sie beziehen sich auch darauf, daß diese Hilfskräfte mit Takt, ohne Störung des Verhältnisses Arzt-Patient vorzugehen haben.

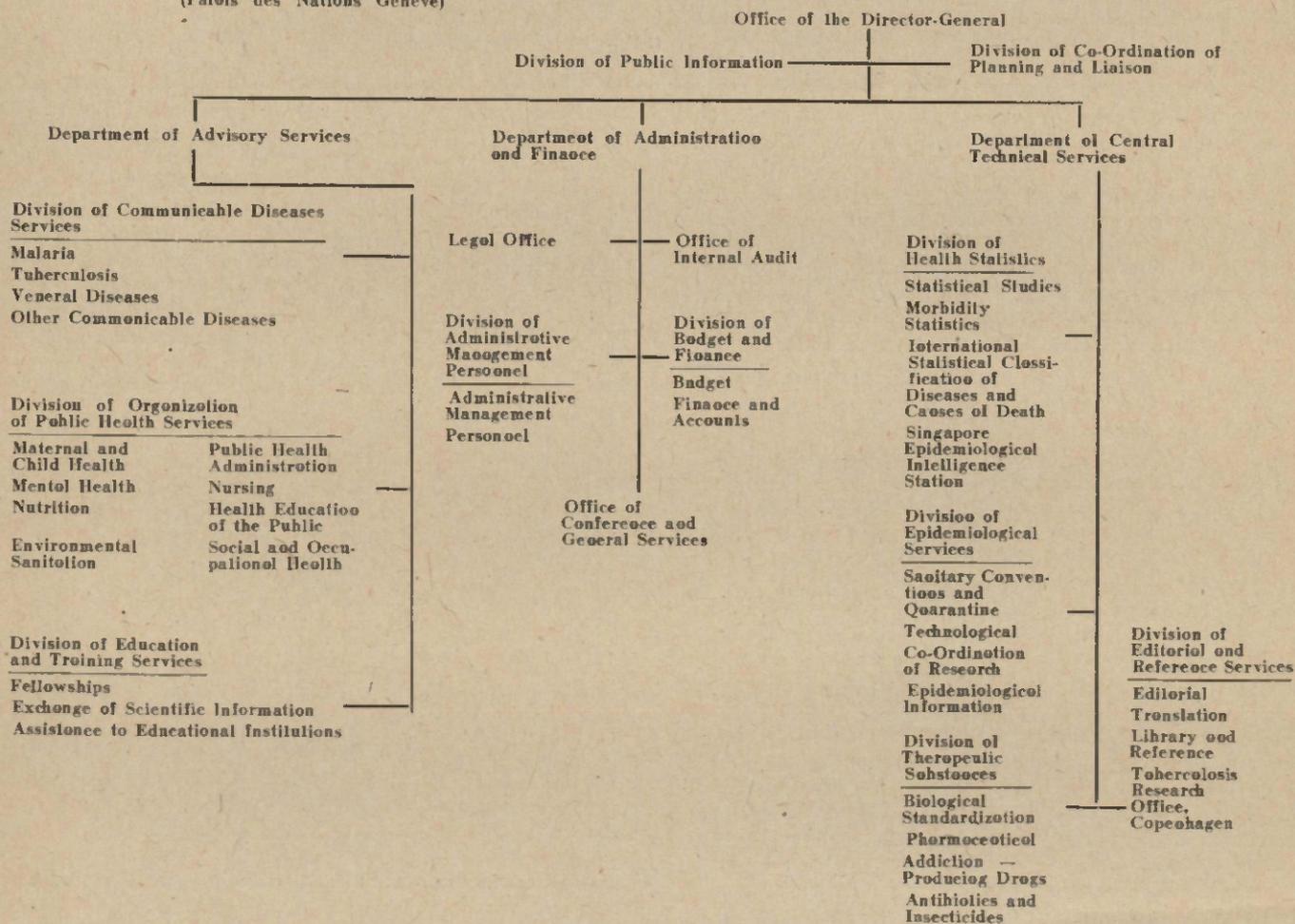
In USA werden Nurses mit entsprechender Ausbildung allgemein verwendet. Solche Einrichtungen sind nicht neu. Platon spricht in den Nomoi von „Ehewächterinnen“, die mit der Beaufsichtigung der Lebensführung der Verheirateten während der ersten zehn Jahre ihres Zusammenlebens vom Staate beauftragt sind. Sie hatten

jede Pflichtverletzung, die ihnen zu Ohren kam, zu melden, hatten bei Störungen des ehelichen Einvernehmens zu drohen und zurechtzuweisen und, war dieses erfolglos, Anzeige zu erstatten. Auch bei uns sind Fürsorgeschwestern wertvolle Hilfe bei den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. Ob es jetzt möglich ist, in größerem Umfange amtliche Ärzte zur Bearbeitung der ärztlichen Fürsorge an Ort und Stelle heranzuziehen, ist wohl zweifelhaft. Daher hat hier der praktische Arzt tätig zu sein und seine Ausbildung ist mit Nachdruck zu betreiben.

Das ist Gemeinschaftsarbeit von amtlichen und praktischen Ärzten. Das wird zur Folge haben, daß dieses, verwaltungsmäßig ausgebaut werden muß. Als zentrale Stellen wären für diese Gesundheitsfür- und -vorsorge besondere Abteilungen bei den Gesundheitsämtern und den oberen Dienststellen einzurichten, die mit ausgebildeten praktischen Ärzten im Einvernehmen mit den zuständigen Stellen der ärztlichen Standesvertretung (Bezirksvereine usw.) besetzt und in Zusammenarbeit mit diesen Stellen und dem Amtsarzt usw. geleitet werden. Damit wäre eine verwaltungsgemäße Grundlage geschaffen für die Einreihung der praktischen Ärzte in den Für- und Vorsorgedienst der öffentlichen Gesundheitspflege. Das soll keine Verbeamtung und Bürokratisierung der praktischen Ärzte bedeuten, sondern ein Hineintragen des Verständnisses für das ärztliche Denken, mit seinem Zentrum der kranke Mensch und der Pflegebefohlene in diejenigen amtlichen Stellen, wo es vielleicht nötig ist.

Überblick über die Organisation der WHO.

(Palais des Nations Genève)



Durch diese Gemeinschaftsarbeit wird der praktische Arzt auch mit anderen an der Gesundheitspflege beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Stellen in nähere Verbindung kommen z. B. mit Versicherungen, privater Wohltätigkeit. Gemeinschaftsarbeit ist in der ostzonalen Gesundheitspflege im Ausbau, in USA weitestgehend organisiert. Die Wirksamkeit ist noch nicht zu beurteilen. Vielleicht hat hier der Hinweis Wert, daß L. Teleky über die in den USA stark betriebene „Education“ in gesundheitlicher Hinsicht schreibt: „So groß meine Bewunderung für diese (belehrenden) Schriften ist — je länger ich in USA lebe, um so weniger werde ich von ihrer praktischen Wirkung überzeugt.“ (Städtehygiene. 1951. Julinummer p. 191). Man steht hier also erst im Anfang und weitere Erfahrungen müssen gemacht, die Organisationen verbessert werden.

Zum Schluß sei noch betont, daß die Forderung des Aufbaues unseres öffentlichen Gesundheitswesens mit der aktiven Beteiligung der praktischen Ärzte sich klar machen muß, daß hierbei die Entschädigungsfrage der Tätigkeit der praktischen Ärzte akut wird, wie es derzeit in USA auch disputiert wird. Es ist ein altes Problem des ärztlichen Standes. Man kann erwarten, daß in der planetaren Periode der Gesundheitspflege dieses Problem ein internationales wird und durch gemeinsame Arbeit der Nationalen Ärztevereine und des Welt-Ärztbundes mit den zuständigen internationalen und nationalen Stellen eine befriedigende Lösung findet. Ein vergleichendes Studium der Lage in den einzelnen Ländern wird sicherlich hier fördernd sein. H. Lossen schlug eine solche internationale vergleichende Prüfung der Sozialpolitik außerdeutscher Länder, eventuell mit Hilfe einer europäischen Akademie, für die Sozialversicherung vor. Prof. Dr. med. W. Rimpau, München-Solln, Sohnckestr. 23

Lagebericht in der KV.

Vom 1. Vorsitzenden der KVB, Herrn Dr. W. Landauer, wurde uns nachfolgender Bericht zur Verfügung gestellt, den er auf der Vertreterversammlung der KVB am 21. 7. 1951 gegeben hat.

Honorarverhandlungen

Die bisherigen Erhöhungen der kassenärztlichen Gesamtvergütung beruhen auf den in Alsbach (10. V. 1949) und Falkenstein (9. XI. 1950) getroffenen Vereinbarungen mit den Ortskrankenkassenverbänden und bestehen in einem gestaffelten prozentualen Zuschlag zu dem von den einzelnen Krankenkassen bezahlten Kopfpauschale. Die Vertragsparteien waren sich bei der zweiten Vereinbarung in Falkenstein darüber einig, daß weitere Honorarerhöhungen auf diesem Wege nicht mehr möglich sind, sondern daß eine prinzipielle Änderung des Honorarabkommens bzw. der Berechnung des Kopfpauschales notwendig ist, wenn man die veränderten Verhältnisse bei den Kassenärzten und bei den Krankenkassen wirksam verbessern bzw. berücksichtigen will. Von ärztlicher Seite war man sich darüber im klaren, daß die beste Lösung für weitere Honorarerhöhungen die grundlegende Änderung des Honorarabkommens von 1932 ist, daß diese Lösung als Soforthilfemaßnahme aber nicht gewählt werden kann, weil sie verhältnismäßig lange Zeit in Anspruch nimmt, die man bei der wirtschaftlichen Lage der Kassenärzteschaft nicht zugestehen kann.

Schon vor längerer Zeit wurde bei der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Kommission gebildet, die sich mit der Änderung des Honorarabkommens und ihrer praktischen Durchführung eingehend befaßte. Diese Kommission kam zu der Überzeugung, daß die erstrebten Honorarverbesserungen ohne großen Zeitverlust durch eine Änderung der §§ 5/6 des Honorarabkommens in etwa zu verwirklichen sind, und das Honorarabkommen zunächst nicht gekündigt werden muß. Durch die Änderung der §§ 5/6 sollte eine direkte Koppelung des Kopfpauschales an die Grundlohnsumme und an die Grundlohnsummensteigerung erreicht werden und damit die Erhöhung des Kopfpauschales gegenüber der Entwicklung der Grundlohnsumme nicht wie bisher beträchtlich zurückbleiben. Gleichzeitig wären auch die Preissteigerungen berücksichtigt, weil das Kopfpauschale und damit die kassenärztliche Gesamtvergütung im gleichen Verhältnis wie die Löhne gesteigert würde. Dieser Regelung müßte zunächst eine Angleichung des jetzigen Kopfpauschales an die in den letzten Jahren

veränderte Grundlohnsumme vorausgehen, weil das, insbesondere durch die Fassung des § 5, bisher nicht möglich war. Dieser Forderung glaubte man dadurch gerecht werden zu können, daß durch eine zentrale Vereinbarung ein Mindestkopfpauschale festgelegt wird, das umgerechnet auf die Grundlohnsumme mindestens 1,2% beträgt. Es wäre so der Ausgleich aller niedrigen Kopfpauschalen erreicht und in vielen Fällen die alte Relation Kopfpauschale — Grundlohnsumme wieder hergestellt, die durch die Entwicklung in den letzten Jahren und Jahrzehnten verlorengegangen ist.

Aus diesen Erwägungen heraus ist die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes an die Arbeitsgemeinschaft der Ortskrankenkassenverbände herangetreten zwecks Wiederaufnahme der Honorarverhandlungen und hat einen vorläufigen Vorschlag auf Bezahlung nach Einzelleistungen unterbreitet, eine Forderung, die von der Ärzteschaft immer wieder erhoben wird. Von der Arbeitsgemeinschaft der Ortskrankenkassenverbände wurde diese Forderung der Kassenärztlichen Vereinigungen umgehend mit folgender Begründung abgelehnt: Das Kopfpauschale ist nach den bestehenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung als Vergütungssystem bindend vorgesehen; außerdem gelte die Falkensteiner Vereinbarung (Abs. 2) bis zum 30. 6. 1951, in neue Honorarverhandlungen könne deswegen vorher nicht eingetreten werden. Es ist richtig, daß im Falkensteiner Abkommen festgelegt wurde, daß die vereinbarten Erhöhungen zunächst bis zum 30. 6. 1951 bindend sind, das heißt, daß weitere Erhöhungen nicht zugestanden werden können. Das Abkommen sieht aber gleichzeitig eine Kündigungsmöglichkeit nach diesem Termin vor, von der die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen am 29. 6. 1951 Gebrauch gemacht hat, um jedes Rechtshindernis für neue Honorarverhandlungen zu beseitigen. Auch die erste, von den Ortskrankenkassenverbänden aufgeführte Begründung trifft zu, kann aber der Aufnahme von Honorarverhandlungen nicht im Wege stehen.

Die präzise Absage der Ortskrankenkassenverbände mußte bei der Arbeitsgemeinschaft die Vermutung erwecken, daß wiederum ungebührlich viel Zeit verfließen wird, bevor es überhaupt zu Verhandlungen kommen kann. Die Arbeitsgemeinschaft sah sich daher gezwungen,

weitere Schritte zu unternehmen. Sie wandte sich zunächst an das Bundesarbeitsministerium mit der Bitte, die Aufnahme von Honorarverhandlungen mit den Kassenverbänden vermitteln zu wollen*). Die wirtschaftliche Notlage der Ärzteschaft und insbesondere der Kassenärzteschaft hat darüber hinaus den Berufspolitischen Ausschuß der Ärzteschaft des Bundesgebietes veranlaßt, den Beschluß zu fassen, eine Ärztedelegation zu Herrn Bundeskanzler Dr. Adenauer zu entsenden, die an Hand genauer Unterlagen über die Notlage des Arztestandes und deren Auswirkung auf die Gesamtbevölkerung berichtet. Auch hier sind die notwendigen Schritte bereits unternommen und nach Rückkehr des Herrn Bundeskanzlers aus dem Urlaub wird dieser Beschluß durchgeführt werden.

Erhöhung des Rentner-Kopfpauschales

Zur Abgeltung der ärztlichen Leistungen in der Rentnerkrankenversorgung erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen pro Rente und Jahr DM 8.40, ein Betrag, der nicht annähernd den Aufwand für diese Versicherungsträgergruppe decken konnte. Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen hatte deshalb das Rentnerabkommen zum 31. 12. 1950 gekündigt und dadurch die Möglichkeit geschaffen, mit den Versicherungsträgern in Honorarverhandlungen einzutreten. Im März dieses Jahres kam es zu einer Vereinbarung zwischen den Verbänden der Ortskrankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen, wonach das Kopfpauschale von DM 8.40 auf DM 11.40 pro Rente ab 1. 1. 1951 erhöht wird. Dieser Vereinbarung schlossen sich auch die übrigen Versicherungsträger, die in die Rentenkrankenversicherung eingeschaltet sind, an. Es wurde ausdrücklich festgestellt, daß es sich bei dieser Erhöhung nur um eine vorübergehende Zwischenlösung handeln könne, die so lange Gültigkeit hat, bis zwischen den Trägern der Rentenversicherung und den Trägern der Krankenversicherung die Beitragsfrage endgültig gelöst ist. Zu diesem Hinweis sah sich die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen deshalb genötigt, weil von vornherein beurteilt werden konnte, daß das Pauschale von DM 11.40 in gar keiner Weise ausreicht, um die gerade für diese Personengruppe anfallenden ärztlichen Leistungen nur halbwegs gerecht abzugelten. Mit den Ortskrankenkassen wurde weiter vereinbart, daß bei den vorgesehenen Verhandlungen über den Rentnerbeitrag zur Krankenversicherung die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen zugezogen wird, um bereits vor diesen Beteiligten ihre berechtigten Forderungen vorbringen zu können. Diesem Ersuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde von den Trägern der Krankenversicherung vorbehaltlos zugestimmt. Es ist zu erwarten, daß die Verhandlungen bereits in den nächsten Wochen stattfinden werden und danach die endgültige Festsetzung des neuen Rentnerkopfpauschales möglich ist. Die Unterhändler der Ärzteschaft sind sich genauestens darüber im klaren, welche Forderungen unter Berücksichtigung der ärztlichen Arbeitsleistung gerade bei diesem Personenkreis gestellt werden können und müssen.

Bundesversorgungsgesetz

Das im Oktober letzten Jahres beschlossene Bundesversorgungsgesetz wirkt sich auch auf dem ärztlichen Sektor aus. In § 19 Abs. III des Bundesversorgungsgesetzes ist vorgesehen, daß der Bund für versicherte Kriegsbeschädigte bei Gewährung von

Krankenhilfe den Krankenkassen Zuschüsse leistet. Für arbeitsfähige versicherte Kriegsbeschädigte ist je Behandlungstag ein Betrag von DM 5.— vorgesehen, für arbeitsunfähige Kriegsbeschädigte wird das Krankengeld zurückertattet, bei stationärer Behandlung werden vom Bund 75% der stationären Behandlungskosten übernommen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen hat Anspruch auf Beteiligung an diesen Rückertattungsbeträgen erhoben, die ihr von den Krankenkassenverbänden auch zugesagt wurde. Es besteht bis heute jedoch nur Einigkeit darüber, daß von dem für arbeitsfähige Versicherte zugesagten Betrag von DM 5.— je Behandlungstag der Arzt DM 1.— erhält, während die Entschädigung für arbeitsunfähig Erkrankte und für stationäre Behandlung die Krankenkassen ausschließlich für sich in Anspruch nehmen wollen mit der Begründung, daß das Gesetz diese Lösung vorsieht. Diese Ansicht kann von der Ärzteschaft nicht geteilt werden. Es ist weiteren Verhandlungen vorbehalten, auch hier eine angemessene Vergütung aus den vom Bund zugestandenen Erstattungsbeträgen für die Leistungen der Ärzte zu bekommen. Da eine klare Stellungnahme von Seiten der gesetzgebenden bzw. das Gesetz vorbereitenden Behörde bisher nicht erfolgt ist, ist es schwierig, diese Frage zu klären und eine annehmbare Vereinbarung zu treffen.

Beim Bundesarbeitsministerium laufen gleichzeitig schon seit Wochen Verhandlungen über einen neuen Bundesversorgungstarif, ein Tarif, der dem alten Reichstarif analog die Bezahlung der ärztlichen Leistungen für Kriegsbeschädigte regeln soll, die nicht Mitglied einer reichsgesetzlichen Krankenkasse sind und deren Behandlung der Bund direkt und vollständig übernehmen muß. Diese Verhandlungen sind sehr weit fortgeschritten, und soviel bis heute ausgesagt werden kann, sind die Ergebnisse für die Ärzteschaft annehmbar.

Während in Teil A des Bundesversorgungstarifes die allgemeinen Durchführungsbestimmungen enthalten sind, befaßt sich Teil B mit den Tarifsätzen für ärztliche Leistungen.

Die Durchführung des Bundesversorgungstarifes wird durch die Kassenärztliche Vereinigung auf der einen Seite und die Krankenkassen auf der anderen Seite dem Bund gegenüber gewährleistet. Nach der getroffenen Vereinbarung können an der ärztlichen Versorgung der Kriegsbeschädigten, die Anspruch auf ärztliche Behandlung nach dem Bundesversorgungstarif haben, nicht nur Kassenärzte teilnehmen, sondern jeder Arzt, der die Voraussetzungen für die kassenärztliche Tätigkeit erfüllt und sich den Bedingungen des Vertrages unterwirft. Der Anspruch auf Beteiligung ist bei den Kassenärztlichen Vereinigungen anzumelden.

Die Abrechnung und Prüfung der ärztlichen Leistungen erfolgt durch die kassenärztlichen Vereinigungen, übergeordnete Prüfungsinstanzen sind bei den zuständigen Versorgungssämtern bzw. Landesversorgungssämtern vorgesehen.

Was die Verhandlungen über Teil B betrifft, so fordert die Ärzteschaft eine Erhöhung der Gebühren für sämtliche Leistungen, insbesondere eine angemessene Bezahlung der ersten Leistung für einen Behandlungsfall, einen Zuschlag zu den Sätzen der Preussischen Gebührenordnung, den Wegfall der Drittelung nach § 8/9 Preugo und eine entsprechende Honorierung der Röntgenleistungen. Sobald die zuständigen Ministerien, insbesondere das Bundesfinanzministerium dem Tarif zugestimmt haben, wird der gesamte Tarif, der bereits ab 1. 4. 1951 in Kraft gesetzt werden soll, in der Landespresse veröffentlicht.

*) Inzwischen haben Besprechungen beim Bundesarbeitsministerium am 28. 7. 1951 stattgefunden mit dem Ergebnis, daß am 21. 8. 1951 unter einem Unparteiischen die Verhandlungen aufgenommen werden. Es ist dabei Vorsorge getroffen, daß — nötigenfalls durch Einschaltung einer Schiedsinstanz — diese Verhandlungen zu einem Ergebnis führen werden.

Mit den Ersatzkassen wurde eine Vereinbarung getroffen, wonach diese neben der Bezahlung der Einzelleistungen für arbeitsfähige Versicherte den Arzt an dem Erstattungsbetrag des Bundes mit DM 150 je Behandlungsfall beteiligen.

Honorarverhandlungen mit den Ersatzkassen

Mit den Ersatzkrankenkassen wurden Verhandlungen aufgenommen mit dem Ziele, höhere Sätze für die ärztlichen Grundleistungen (Beratungen und Besuche) zu erhalten. In der Zusammenkunft am 30. 6. 1951 kam eine diesbezügliche Vereinbarung noch nicht zustande, weil die Vertreter der Ersatzkassen nicht legitimiert waren, den Forderungen der Ärzte zuzustimmen. Die Verhandlungen werden in diesem Punkte am 1. 8. 1951 fortgesetzt, wo eine diesbezügliche Entscheidung zu erwarten ist.

Mit den Angestellten-Ersatzkassen kam eine Vereinbarung darüber zustande, daß 1000 Ärzte, die die Bedingungen zur Zulassung zu den RVO-Kassen erfüllen, über die im Vertrag vom 1. 1. 1950 vereinbarte Verhältniszahl hinaus an der Ersatzkassenpraxis beteiligt werden können. Dies bedeutet eine Lockerung der einschränkenden Bestimmungen für die Beteiligung und einen Schritt näher zur Verwirklichung der alten Prinzipien des Ersatzkassenvertrages, die in der freien Beteiligung aller zulassungsfähigen Ärzte bestanden.

Was die Arbeiter-Ersatzkassen betrifft, so befinden sich einzelne von ihnen zweifellos in einer schweren finanziellen Krise. Sie sind vor Wochen an die Arbeitsgemeinschaft herangetreten mit der Bitte, Abschläge zu gewähren. Die geforderte Höhe dieser Abschläge war zum Teil nicht unerheblich. Der geschäftsführende Vorstand und der Gesamtvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen sah sich nicht in der Lage, bei der katastrophalen wirtschaftlichen Lage des eigenen Standes den vorliegenden Anträgen zuzustimmen und forderte zunächst eine genaue finanzielle Überprüfung der Finanzlage dieser Krankenkassen. Erst wenn die Ergebnisse dieser zur Zeit durchgeführten Prüfung bekannt sind, wird die Arbeitsgemeinschaft in der Lage sein, einen Beschluß zu fassen. Für den 2. 8. 1951 sind mit den Arbeiter-Ersatzkrankenkassen Verhandlungen vorgesehen, die zu einer weiteren Klärung der Situation beitragen sollen.

Anläßlich dieser Anträge hat die Arbeitsgemeinschaft der KV festgestellt, daß allen Organisationen des Bundesgebietes zu empfehlen ist, bestehende Abschläge an Vertragspartner baldmöglichst zu kündigen und unter keinen Umständen neue Abschläge zu gewähren, wenn dies nicht durch besondere Verhältnisse ansprechend begründet ist.

Erhöhung der Sätze der Preußischen Gebührenordnung

Seit Monaten liegen in Bonn die Anträge der ärztlichen Organisationen auf Erhöhung der Sätze der Preußischen Gebührenordnung vor. In den letzten Wochen hat das Wirtschaftsministerium diese Anträge aufgegriffen und eine beschleunigte Bearbeitung zugesagt, nachdem bereits mit den anderen Ressortsministerien Besprechungen stattgefunden haben. Es dürfte bei der jetzigen Situation mit einer Erhöhung der Gebührenordnung in absehbarer Zeit zu rechnen sein, nachdem alle Beteiligten, insbesondere der Bund selbst und die Sozialversicherungsträger dazu ihre Stellungnahme abgegeben haben und die Auswirkungen auf alle betroffenen Organisationen übersehen werden können. Gerade dieser Angelegenheit wurde von der Arbeitsgemeinschaft größte Bedeutung zugemessen und die Weiterbehandlung bei den zuständigen Stellen in Bonn mit allem Nachdruck angestrebt.

Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze

Es wurde schon wiederholt über den im Januar dieses Jahres im Bundestag eingebrachten Antrag auf Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von DM 375.— auf DM 600.— monatlich berichtet. Der Antrag liegt augenblicklich beim sozialpolitischen Ausschuß des Bundestages zur weiteren Bearbeitung. Im Juni dieses Jahres war vorgesehen, daß Experten der verschiedensten Interessengruppen (Heilberufe, Apotheker, Gewerkschaften, Ortskrankenkassen, Privatversicherungen usw.) vor dem Sozialpolitischen Ausschuß des Bundestages gehört werden. Infolge anderer gesetzgeberischer Maßnahmen kam es aber zu einer Bearbeitung dieses Antrages vor den Parlamentsferien nicht mehr, und es dürfte erst im September mit einer weiteren Bearbeitung im Bundestag gerechnet werden. Die Ärzteschaft hat das notwendige Material gesammelt und wird zur gegebenen Zeit ihre klare Stellungnahme abgeben können.

Verhandlungen mit den Berufsgenossenschaften in Bayern

Die Arbeitsgemeinschaft hat mit der Spitzenorganisation der Berufsgenossenschaften erst vor wenigen Tagen die seit Monaten angestrebten Verhandlungen wieder aufgenommen, die eine Erhöhung der Bezahlung der Gutachten im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zum Inhalt haben. Eine ärztliche Kommission hat sich eingehend mit der Bezahlung dieser Gutachten befaßt und entsprechende Anträge ausgearbeitet, die den Berufsgenossenschaften unterbreitet wurden. Die Berufsgenossenschaften haben zugesagt, sie vor ihren Organen vorzutragen und wie vereinbart zu vertreten.

Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften Bayerns sind der Arbeitsgemeinschaft der Berufsgenossenschaften nicht angeschlossen und bleiben von den Ergebnissen der zentralen Verhandlungen unberührt. Diese Tatsache wirkt sich auch insofern zum Nachteil aus, als die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Bayern die im übrigen Bundesgebiet aufgebobenen 20%igen Abschläge auf die vereinbarten Gebühren nicht anerkennen und nach ihren Erklärungen auch nicht in der Lage sind, sie zu gewähren. Es muß deshalb auf Landesbasis mit den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften verhandelt werden. Es wird als zweckmäßig angesehen, wenn die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Bayern ihrer Arbeitsgemeinschaft im Bundesgebiet beitreten und deren Beschlüsse als bindend anerkennen.

Bei den Verhandlungen mit den Berufsgenossenschaften wurde auch über das Durchgangsarztverfahren gesprochen, das sich in vielen Bezirken zum Nachteil der freipraktizierenden Ärzte entwickelt hat. Den Berufsgenossenschaften wurden an Hand eingehender Beispiele die Unzuträglichkeiten geschildert. Dem Vorschlag, in gemeinsamer Absprache ein Verfahren auszuarbeiten, das sowohl den Forderungen der Berufsgenossenschaften gerecht wird, als sich auch in keiner Weise mehr zum Nachteil der freipraktizierenden Ärzteschaft auswirkt, wurde von beiden Seiten zugestimmt. Bei der Arbeitsgemeinschaft liegen bereits einige präzise Vorschläge vor, die nach genauer Prüfung mit den Berufsgenossenschaften beraten werden sollen.

Errichtung von Rheumabekämpfungsstellen

Außer diesen wirtschaftlichen Zielen beobachtete die Arbeitsgemeinschaft K.V. noch eine andere Entwicklung, die einer besonderen Beachtung wert ist, da sie auf die Tätigkeit der freipraktizierenden Ärzte unter Umständen

einen nicht unwesentlichen Einfluß ausüben kann. Es handelt sich hier um einen Plan der Rentenversicherungsträger, Rheumabekämpfungsstellen im Bundesgebiet zu errichten, die Durchführung dem vertrauensärztlichen Dienst zu übertragen und damit eine Fürsorge- und Vorsorgeeinrichtung zu schaffen, die zwangsläufig und nicht unwesentlich in die Tätigkeit des freipraktizierenden Arztes eingreift. Ein wohlformulierter Organisationsplan wurde erst vor wenigen Wochen auf der Tagung der Rentenversicherungsträger in Bad Kreuznach vorgetragen. Das Programm ist ziemlich umfassend. Beson-

ders beachtlich ist, daß an einer der letzten Stellen auch die freipraktizierende Ärzteschaft als Mitarbeiterin vorgesehen wurde. Beachtenswert ist weiter, daß maßgebliche ministerielle Stellen diesem Plan großes Interesse entgegenbringen und vielleicht sogar eine wesentliche Unterstützung planen. Die Ärzteschaft wird diese Entwicklung mit der nötigen Sorgfalt beobachten, besteht doch der Verdacht, daß dadurch für indifferente staatliche oder kommunale Stellen neue Arbeitsgebiete geschaffen werden sollen für eine Aufgabe, die zu den ureigensten des freipraktizierenden Arztes gehört.

6. Bayerischer Ärztetag

Der 6. Bayerische Ärztetag in Regensburg wurde eingeleitet durch den Empfang der Stadt Regensburg am Abend des 21. 9. im wundervollen historischen Reichssaal des alten Rathauses. Die Feier wurde umrahmt von den prachtvoll vorgetragenen Chören der weltberühmten Domspatzen unter ihrem Dirigenten, Herrn Prälat Prof. Dr. Schrems.

In Anwesenheit von Vertretern der bayer. Staatsregierung, des US-Landeskommissariates, der Kirchenbehörden, des Hauses Thurn und Taxis und zahlreicher Gäste, hieß Herr Oberbürgermeister Zitzler die Ärzte in Regensburg willkommen. Bei dieser Begrüßung überreichte er dem Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Herrn Senator Dr. Weiler, als Ehrengabe der Stadt Regensburg, in Anerkennung seiner Bemühungen um den Bestand des Arztiums, einen kunstvoll gearbeiteten Zinnteller. Herr Zitzler gab einen ausgezeichneten, eindrucksvollen Überblick über die Bedeutung Regensburgs seit alter Zeit für das gesamte kulturelle und wirtschaftliche Leben des süddeutschen Raumes. Dabei betonte er auch die besonders enge Verbindung der Stadt Regensburg mit der Ärzteschaft Bayerns, die nicht zuletzt in den Regensburger Fortbildungskursen zum Ausdruck kommt.

In herzlichen Begrüßungsworten hob Herr Regierungspräsident Dr. Wein das gute Einvernehmen der Oberpfälzer Regierung mit der Ärzteschaft hervor, das sich trotz aller wirtschaftlichen Schwierigkeiten immer wieder bewährt habe.

Als Vertreter des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung sprach Herr Prof. Dr. Jahn über die Entwicklung der ärztlichen Fortbildung in Regensburg, wo zuerst nach dem Zusammenbruch die ärztliche Fortbildungsarbeit in Bayern wieder aufgenommen wurde. Er wies auf den ausgezeichneten Erfolg dieser Arbeit hin, die den Regensburger Kursen im In- und Ausland volle Anerkennung und große Beachtung verschafften.

In seinen abschließenden Ausführungen sprach der Präsident der Bayer. Landesärztekammer der Stadt Regensburg den aufrichtigen Dank für den die Gesamtheit der Ärzteschaft Bayerns ehrenden Empfang aus, der allen Teilnehmern ein dauerndes, ganz ungewöhnliches Erlebnis bleiben wird. Er entwickelte, ausgehend von der Tatsache, daß dem Arztstand als einzigem Leben und Gesundheit des Menschen unter alleiniger Verantwortung seines eigenen Gewissens in die Hand gegeben ist, die daraus sich ergebenden unabdinglichen Pflichten und Forderungen des Arztstandes. Unter Zugrundelegung des Gedankens, daß der Arzt uneigennützig um das Wohl des Kranken besorgt sein soll, wies er darauf hin, daß die Erhaltung eines ethisch hochstehenden Arztstandes auch

die Erhaltung eines entsprechenden Lebensstandards des Arztes erfordere, da er sonst allzusehr der Versuchung ausgesetzt sei, seine ärztliche Tätigkeit in ungebührlicher Weise wirtschaftlichen Interessen unterzuordnen. Er schloß seine Ausführungen mit einem besonderen Dank an die Regensburger Domspatzen und ihren unermüdlchen, immer opferbereiten Dirigenten und gab seiner Überzeugung Ausdruck, daß der hingebungsvolle Einsatz der Persönlichkeit für den rechten Aufbau und das volle Gelingen jedes wirklich wertvollen Werkes ausschlaggebend sei.

Am nächsten Morgen, dem 22. 9. 1951, eröffnete der Präsident, Dr. Weiler, um 9.30 Uhr im Kepplerbau den 6. Bayer. Ärztetag. Von den 126 gewählten Abgeordneten der Kammer waren 112 anwesend, 13 hatten ihre Stimme an andere Abgeordnete übertragen. Die bayer. Staatsregierung war durch Herrn Ministerialdirigent Prof. Dr. Seiffert, die Bayer. Versicherungskammer durch Herrn Dr. Luber vertreten. Als Zuhörer waren nur Ärzte anwesend, da der 6. Ärztetag als eine reine Arbeitstagung zur Behandlung interner Probleme der bayer. Ärzteschaft veranstaltet wurde.

Der Präsident gedachte der im letzten Jahr verstorbenen Kollegen und namentlich der verstorbenen Abgeordneten der Kammer, der Kollegen Dr. Fries und Dr. Helbig, sowie der noch vermißten Ärzte.

Er schilderte die wirtschaftliche Lage der Ärzteschaft. Die nachstehende Resolution wurde verlesen und ohne Diskussion einstimmig angenommen.

I. Resolution

Die am 22. September 1951 in Regensburg zum 6. Bayerischen Ärztetag versammelten Vertreter der bayerischen Ärzteschaft weisen auf den Ernst der untragbar gewordenen wirtschaftlichen Notlage weltweiter Kreise der bayerischen und der gesamten westdeutschen Ärzteschaft hin. Sie machen die verantwortlichen Stellen darauf aufmerksam, daß eine Fortdauer der völlig unzureichenden Honorierung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Zwangskrankenversicherung einen Verfall der ärztlichen Ethik und unabsehbare Gefahren für die Erhaltung der Volksgesundheit zeitigen wird.

Bayerns Ärzteschaft verlangt keine wirtschaftliche Sonderstellung, sondern nur eine angemessene Bezahlung auch der ärztlichen Leistungen, wie sie nach den Bestimmungen des Freistaates Bayern jeder ehrlichen Arbeit zusteht. Sie verwahrt sich gegen weitere Versuche, aus der Zwangskrankenversicherung erwachsende Soziallasten einseitig dem Arztstand aufzubürden. Sie glaubt, nicht betonen zu müssen, daß

eine vornehme soziale Einstellung zu den unveräußerlichen Werten echten Rechts gehört, doch billigt sie dem Staat nicht das Recht zu, diese Eigenart ärztlicher Haltung in eigennützig, zudem das Gemeinwohl schwerst gefährdender Weise zu mißbrauchen.

Die Vertreter der bayerischen Ärzteschaft appellieren an die Einsicht und auch an das Gerechtigkeitsgefühl der verantwortlichen Stellen. Sie erwarten von diesen die beschleunigte Ergreifung von Abhilfemaßnahmen gegen den fortgesetzt wachsenden, die Erhaltung der Volksgesundheit bereits bedenklich gefährdenden wirtschaftlichen Notstand der bayerischen und der westdeutschen Ärzteschaft. Sie verlangen eine umgehende Anpassung der ärztlichen Gebührenordnung und insbesondere der wirtschaftlichen Bedingungen kassenärztlicher Tätigkeit sowie der Besoldung der angestellten Ärzte an die Erfordernisse neuzeitlicher Krankenbetreuung und die Sicherung eines seinem Wirken entsprechenden Lebensstandards des deutschen Arztes.

Im Zusammenhang mit der Resolution erinnerte der Präsident an die am 12. 9. 51 erfolgte Vorsprache des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, vertreten durch die Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern, der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der KV des Bundesgebietes, des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und des Verbandes der angestellten Ärzte (Marburger Bund), sowie der ärztlichen Mitglieder des Bundestages bei dem Herrn Bundeskanzler Dr. Adenauer.

In seinen weiteren Ausführungen über das Urteil des Verfassungsgerichtshofes vom 20. 7. 51 legte der Präsident die — von vielen wohl nicht beachtete — außergewöhnliche Bedeutung dar, welche dieser Entschließung für die rechtliche Stellung der Ärztevertretung im Aufbau des Staates zukommt. Der Staat, dem die Obsorge für die Gesundheit des Volkes obliegt, überträgt der ärztlichen Berufsvertretung die darin beschlossene Pflicht, die Erhaltung eines wissenschaftlich und ethisch hochstehenden Arztstandes sicherzustellen. Als Grundpfeiler der ärztlichen Berufsvertretung statet der Staat die ärztlichen Bezirksvereine mit der Eigenschaft der Körperschaft des öffentlichen Rechts aus und verpflichtet alle Ärzte, den ärztlichen Bezirksvereinen anzugehören. Die Zwangsmitgliedschaft der bayer. Ärzteschaft erstreckt sich nur auf die Bezirksvereine, jedoch nicht auf die Landesärztekammer. Diese stellt vielmehr eine Vertretung der Ärzte Bayerns in gleicher Weise dar, wie z. B. der Bayer. Landtag die Vertretung des bayer. Volkes ist. Ihr obliegt zwar auch die Aufsicht über die ärztlichen Bezirksvereine, jedoch ohne deren eigenständiges Selbstverwaltungsrecht zu beeinträchtigen.

Was im einzelnen die Entscheidung des Verfassungsgerichts angeht, so wurde wohl die Notwendigkeit einer Regelung der Materie des § 5, Abs. 1 der Berufsordnung anerkannt, die vorliegende Form jedoch als nicht verfassungsgemäß für nichtig erklärt.

Es wurde dementsprechend in der nachfolgenden ebenfalls ohne Diskussion angenommenen Resolution der Kammervorstandschaft vom Ärztetag der Auftrag erteilt, für eine Neuregelung besorgt zu sein, und gleichzeitig ein Appell an alle bayerischen Ärzte gerichtet.

II. Resolution

Der 6. Bayer. Ärztetag hat mit Bestürzung und Bedauern zur Kenntnis genommen, daß das in § 5 der Berufsordnung für die Ärzte in Bayern festgelegte Verbot der Abhaltung von ärztlichen Sprechstunden

an mehreren Stellen nicht in Einklang steht mit den Grundsätzen der Verfassung des Freistaates Bayern und daher vom Bayer. Verfassungsgerichtshof für nichtig erklärt werden mußte. Er begrüßt mit Befriedigung die Anregung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes, bemüht zu sein, eine nicht mit der Verfassung im Widerspruch stehende, den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Ärzteschaft gleichmäßig gerechtwerdende Fassung des § 5 herbeizuführen.

Der 6. Bayer. Ärztetag hält an der Anschauung fest, daß die Abhaltung von Sprechstunden an mehreren Stellen die Sicherung eines ethisch hochstehenden Arztstandes gefährdet. Er beauftragt die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer, der Anregung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes folgend, im Zusammenwirken mit dem Bayer. Staatsministerium des Innern beschleunigt für eine entsprechende Fassung des § 5 der Berufsordnung für die Ärzte in Bayern besorgt zu sein.

Der 6. Bayer. Ärztetag erwartet von allen bayerischen Ärzten, daß sie bis zum Inkrafttreten einer Neuformulierung des § 5 keine auswärtigen Sprechstunden abhalten ohne eine in Notfällen von dem zuständigen ärztlichen Bezirksverein zu erteilende Genehmigung.

Die beiden nächsten Punkte der Tagesordnung, Geschäftsordnung der Landesärztekammer und Meldeordnung wurden eingehend beraten und angenommen¹⁾.

Nach einer kurzen Mittagspause wurden einige Dringlichkeitsanträge eingebracht und behandelt. Im Verfolg eines von Dr. Hellbrügge eingebrachten Dringlichkeitsantrags wurde die nachfolgende Resolution einstimmig angenommen:

III. Resolution

Der 6. Bayerische Ärztetag blttet den 54. Deutschen Ärztetag, die dringend notwendige Reform der Zwangskrankenversicherung umgehend vorzubereiten und unter beratender Mitwirkung der zuständigen Sachkenner einen Gesetzentwurf ausarbeiten zu lassen, der unter gebührender Berücksichtigung der wirtschaftlichen Notwendigkeiten dem Wesen der freiberuflichen Tätigkeit des Arztes Rechnung trägt.

Ein weiterer Dringlichkeitsantrag, die Änderung der Ärzteversorgung auf die Tagesordnung zu setzen, wurde mit großer Stimmenmehrheit abgelehnt, da eine fruchtbare Erörterung dieses Themas ohne gründliche Vorbereitung nicht zu erwarten ist. Um jedoch den Antragstellern die notwendige Aufklärung über die Sachlage zu geben, wurde Dr. L u b e r um Stellungnahme zur Frage einer Altersversorgung im Rahmen der Bayer. Ärzteversorgung gebeten. In sehr präzisen Ausführungen zeigte er die Grenze auf, an der die — wenn auch noch so verständlichen — Wünsche mit der harten Wirklichkeit aufeinanderstoßen. Als weiterer Punkt der Tagesordnung wurden die vorgeschlagenen Änderungen der Satzungen der Bezirksvereine, der Kreisverbände und der Landesärztekammer in ihren einzelnen Punkten beraten und angenommen²⁾.

Des weiteren wurde der Geschäftsbericht der Kammer entgegengenommen. Ein Antrag auf Entlastung des Kammervorstandes wurde nicht gestellt, da die treuhänderisch überprüfte Bilanz erst auf dem nächsten Ärztetag vorgelegt werden kann.

Für das nach Genehmigung der Berufsgerichtsordnung aufzustellende Landesberufsgericht wurden als Richter gewählt:

Die Kollegen Prof. Dr. Dr. Herrlich, München,

¹⁾ Der Wortlaut erscheint in einer der nächsten Nummern des Bayer. Ärzteblattes als Einlage.

²⁾ Die Veröffentlichung des Textes im Bayer. Ärzteblatt erfolgt nach Genehmigung durch das Staatsministerium des Innern.

mit 77 Stimmen; Dr. Stübinger, Nannhofen, mit 77 Stimmen; Dr. Wich, Nürnberg, mit 67 Stimmen; als Ersatzleute die Kollegen: Dr. Endlich, Dr. Köster, Dr. Kurz, Dr. Mösmer, Dr. Pfeiffer und Frau Dr. Riffeser.

Zum letzten Punkt der Tagesordnung über „Das Verfahren bei der Beurteilung medizinisch indizierter Schwangerschaftsunterbrechungen“ nahm der Präsident auch Stellung zu den vom Deutschen Juristentag vor wenigen Tagen einmütig angenommenen Vorschlägen zur Neufassung der §§ 218, 219 StGB, wonach neben der medizinischen auch eine eugenische und soziale Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt werden soll. Unter allgemeiner Zustimmung betonte er,

daß der 6. Bayer. Ärztetag die Ansicht vertritt, die Mitwirkung des Arztes an einer nicht streng medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung abzulehnen.

Mit einem Dank an die Abgeordneten, die durch ihre gründliche Vorarbeit zur reibungslosen Durchführung der Sitzung beigetragen hatten und mit einem besonderen Dank an die Vorsitzende des Kreisverbandes Oberpfalz, Frau Dr. Bauknecht, durch deren Bemühungen der Ärztetag einen freundlichen Rahmen erhalten hatte,

schloß der Präsident den 6. Bayer. Ärztetag um 18.15 Uhr.

*

Wenn man rückschauend die Stellung überblickt, welche der 6. Bayer. Ärztetag im bisherigen Standesleben der bayer. Ärzteschaft einnimmt, so war nicht zu verkennen, daß er mehr als alle bisherigen seit Beginn des Wiederaufbaues getragen war von einer klaren Zielsetzung und von einer Einmütigkeit, wie sie auf den bisherigen Tagungen nicht immer zum Ausdruck kamen. Der Entscheid des Verfassungsgerichtshofes hatte alle Zweifel und Bedenken verscheucht, die bisher als drückende Wolke über allen Beratungen gelegen hatten. So hatten denn die Kräfte, die den Sturz der Kammer herbeiführen wollten, doch nur dazu beigetragen, ihre Stellung zu festigen und damit „das Gute geschaffen“.

Die harmonische Stimmung der Tagung übertrug sich auch auf die Veranstaltung des Abends, wo im „Fürstenhof“ der Kreisverband Oberpfalz die Teilnehmer des Ärztetages zu einem geselligen Abend eingeladen hatte, der mit Tanz und humoristischen Darbietungen der Tagung einen freundlichen Abschluß gab und für den dem Kreisverband Oberpfalz und seiner Vorsitzenden, Frau Dr. Bauknecht, nochmals der herzliche Dank der Teilnehmer ausgesprochen sei.

W.

54. Deutscher Ärztetag am 6. und 7. Oktober 1951 in München

Öffentliche Sitzung des Ärztetages 6. Oktober 1951, 9 Uhr pünktlich, im
Residenz-Theater, München, Max-Josef-Platz 1

Musikalische Einleitung

- I. Eröffnung des Ärztetages durch den Ehrenpräsidenten des 54. Deutschen Ärztetages, Senator Dr. Karl Weiler, München.
- II. Begrüßung der Gäste und des Ärztetages durch den Präsidenten des Ärztetages, Dr. Hans Neuffer, Stuttgart.
- III. Es sprechen:
Ministerpräsident Dr. Hans Ehard, München.
Gäste.

Referate:

1. Gedanken zum Ausbau der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge. Berichterstatter: Prof. Dr. Karl Coerper, Frankfurt a. M.

Leitsätze: 1. Die Aufgabe des Arztes ist, Leben zu erhalten, zu entwickeln und zu fördern. Die Erfüllung der ärztlichen Aufgabe erschöpft sich nicht in der Krankenbehandlung, sie umgreift vielmehr auch die vorbeugende Medizin und die Sozialhygiene.

2. Die Lösung der ärztlichen Gesamtaufgabe soll ihren Ausgang in der Einrichtung einer vorbeugenden Familienuntersuchung nehmen, die eine zeitgemäße hausärztliche Tätigkeit sein muß. Sie soll die leiblichen, seelischen und sozialen Lebensbedingungen des einzelnen, der Familie und des ganzen Volkes erkennen und sie gesandheitlich gestalten.

3. Zweck der Familienuntersuchung ist die Ermittlung von Krankheitsanlagen und Krankheitsgefährdung, ferner die Erkennung der Frühschäden vor allem bei Herz- und Gefäßerkrankungen, bei Krebs, rheumatischen (insbesondere Gelenkerkrankungen) und nervösen Leiden, sowie die frühzeitige Erkennung ansteckender Krankheiten.

4. Die Familienuntersuchung soll mindestens einmal jährlich auf der Grundlage der Freiwilligkeit aller Beteiligten durch den Arzt durchgeführt werden, den das Familienmitglied wählt.

Sie erfolgt unter fördernder Mitwirkung des Bundes, der Länder, der Kommunalverwaltungen, der Sozialversicherung und der privaten Krankenversicherungen sowie der Lebensversicherungen, der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände und der privaten Wohlfahrtspflege.

5. Die freipraktizierenden Ärzte arbeiten in der Familienuntersuchung mit den Amts- und angestellten Ärzten des Gesundheitswesens zusammen. Die bewährten Einrichtungen der vorbeugenden Medizin bleiben erhalten.

6. Bei der Durchführung der Familienuntersuchung und der sich daraus ergebenden praktischen Folgerungen ist die unterstützende Mitarbeit von Fürsorgerinnen oder anderer geeigneter Hilfskräfte in ausreichender Zahl vorzusehen.

7. Der vorbeugende Gesundheitsdienst am Volk durch Familienuntersuchung ist ein wichtiger Beitrag der Ärzteschaft zur Lösung der sozialen Frage. Sie wird hierdurch wieder in den Stand gesetzt, ihre Gesamtaufgabe am Volke zu erfüllen.

2. Arzt und Krankenhaus in der Nachkriegszeit. Berichterstatter: Chefarzt Dr. Ernst Fromm, Harburg.

Leitsätze: 1. Die Auswertung und Durchführung der Erkenntnisse moderner medizinischer Fortschritte zum Wohle des Patienten ist nur möglich, wenn das Krankenhaus verantwortlich vom Chefarzt geleitet wird. Der Repräsentant des Krankenhauses ist der leitende Arzt.

2. Das Krankenhaus ist eine karitative Einrichtung und soll nicht Gesichtspunkten der Rentabilität unterstellt werden. Bei aller Notwendigkeit sparsamer Wirtschaftsführung, die anerkannt werden muß, darf die Frage der Rentabilität nicht der ausschlaggebende Gesichtspunkt sein.

Die Ärzteschaft fordert ausreichende Zuschüsse aus öffentlicher Hand für alle Krankenanstalten, um überall im Bundesgebiet den Anschluß an den Leistungsstand moderner Anstalten zu gewinnen und die Krankenbehandlung wirksamer und kürzer zu gestalten.

5. Die Aufgabe eines Krankenhauses ist in erster Linie die Behandlung und Versorgung der im Krankenhaus aufgenommenen Kranken. Es entspricht nicht dieser Aufgabe, wenn Einrichtungen des Krankenhauses etwa in Form von Ambulanzen zur Deckung von Fehlbeträgen betrieben werden.

4. Die Ärzteschaft fordert eine Verkleinerung großer Fachabteilungen, um die Krankenbehandlung individueller gestalten zu können.

5. Die Ärzteschaft unterstützt wärmstens die Bestrebungen der Krankenschwestern, die zu einer Erhöhung der Zahl und zur Verbesserung der Stellung und Unterbringung der Schwestern führen sollen.

6. Die Ärzteschaft fordert ein Krankenhausgesetz, das als Arbeitsmaß einen Bettenschlüssel enthalten muß und dadurch die ausreichende Versorgung des Kranken gewährleistet. Ferner soll es die Arbeitsverhältnisse und Verträge aller Beschäftigten regeln und einen klaren Organisationsplan enthalten.

7. Die Ärzteschaft fordert die Änderung des Artikels 74 Ziff. 19 des Grundgesetzes, um die verfassungsmäßige Grundlage für eine ausreichende Gesundheitsgesetzgebung auf Bundesebene zu schaffen.

3. Krankheitsverhütung und Krankenbehandlung. Berichterstatter: Dr. Walter Landauer, München.

Leitsätze: 1. Die freie Ärzteschaft hält den Ausbau und die systematische Organisation der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge im Sinne der präventiven Medizin zum Wohle des einzelnen und unseres ganzen Volkes für dringend notwendig.

2. Die freie Ärzteschaft hält ihre stärkere Mitarbeit in der seitherigen Gesundheitsfürsorge für notwendig. Die Familienuntersuchung muß in erster Linie Aufgabe der freipraktizierenden Ärzteschaft sein, jedoch in geregelter Zusammenarbeit mit den bereits bestehenden oder noch zu schaffenden Einrichtungen der Gesundheitsverwaltungen.

3. Zur Aufbringung der Mittel für diese neuen Aufgaben sollen neben den bisherigen Trägern die Arbeitgeber, Arbeitnehmer sowie Versicherungen aller Art, insbesondere Renten- und Privatversicherungen, herangezogen werden; vor allem Dingen aber müssen in den Haushalten des Bundes, der Länder und der Kommunalverwaltungen für allgemeine gesundheitliche Aufgaben wesentlich mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden als bisher.

4. Auch die Krankenbehandlung bedarf einer gewissenhaften Überprüfung und Anpassung an die Erfordernisse der gegenwärtigen gesundheitlichen Situation unseres Volkes.

5. Die Krankenbehandlung, wie sie dem größten Teil unseres Volkes, insbesondere den Versicherten, gewährt wird, entspricht nicht mehr den Bedürfnissen des einzelnen Kranken und den Forderungen der medizinischen Wissenschaft. Die Ausbildung und Fortbildung des Arztes bedarf gemäß den Forderungen des 53. Deutschen Ärztetages einer besonderen Vertiefung.

Das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten muß wieder hergestellt werden, insbesondere dort, wo es durch Zwischenschaltung dritter Stellen gestört ist, und die ärztliche Schweigepflicht muß unter allen Umständen gewahrt werden.

6. Die Mittel, die von den Versicherungsträgern, Gemeinde, Staat und Bund für die Krankenbehandlung bisher gewährt werden, sind, gemessen an der Bedeutung, die die Gesundheit für den einzelnen und unser ganzes Volk hat, und im Vergleich zu den Mitteln, die für andere öffentliche Aufgaben aufgebracht werden, unzureichend.

7. Zur praktischen und erfolgreichen Durchführung der Gesundheitsfürsorge und der Krankenbehandlung ist ein einheitliches Berufsrecht des Arztes unbedingt notwendig. Die Beseitigung der bisherigen Zersplitterung der Gesundheitsbehörden und die Zusammenfassung aller Stellen, die Aufgaben des Gesundheitswesens wahrnehmen, in letzter Instanz in einem Gesundheitsministerium, ist eine unbedingte Notwendigkeit.

Ende der Sitzung: 13.30 Uhr pünktlich.

Geschlossene Sitzung des Ärztetages

6. Oktober 1951, 16 Uhr pünktlich, und 7. Oktober 1951, 9 Uhr pünktlich, im Auditorium Maximum der Universität München (Eingang Amalienstraße)

1. Aussprache über die Referate der öffentlichen Sitzung.
2. Aussprache über den Tätigkeitsbericht 1950/51 der Arbeitsgemeinschaft der Westd. Ärztekammern, dazu a) mündlicher Bericht des Facharztausschusses, Berichterstatter: Dr. Berthold Rodewald, Kiel, b) Kurzberichte der übrigen Ausschußvorsitzenden.
3. Aussprache über den Bericht des Ausschusses für Flüchtlingsarztfragen. Berichterstatter: Dr. Borch, Pfullingen.
4. Finanzbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. Berichterstatter: Walter Hogue, Köln.
5. Bericht des Finanzausschusses. Berichterstatter: Dr. Gerhard Preller, Pforzheim.
- 5a. Aussprache zu 4. und 5.
6. Entlastung des Vorstandes.
7. Voranschlag und Festsetzung der Unkostenanteile für das Geschäftsjahr 1952.
8. Ersatzwahl für den aus dem Geschäftsführenden Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern ausscheidenden Dr. Josef Stockhausen, Köln.
9. Berichte über:
 - a) die Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes. Berichterstatter: Dr. Ludwig Sievers;
 - b) die Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Berichterstatter: Der 1. Vorsitzende des Verbandes;

- c) die Hauptversammlung des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund). Berichterstatter: Dr. Herbert Britz, Köln;
- d) die Tätigkeit des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands. Berichterstatter: Chefarzt Dr. Herbert Junghanns, Oldenburg.

9a. Aussprache zu 9.

10. Beschlußfassung über Tag und Ort des 55. Deutschen Ärztetages.

Hinweis:

Zutritt zu den Sitzungen des Ärztetages haben alle rechtzeitig sich anmeldenden Ärztinnen und Ärzte, die sich als solche ausweisen.

Stimmberechtigt sind nur die schriftlich bevollmächtigten Delegierten der Ärztekammern und der übrigen der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern angeschlossenen Organisationen.

Dem Ärztetage gehen voran:

- A. 3. 10. 1951, Beginn 9 Uhr Ärztehaus München, Briener Straße 11: Hauptversammlung des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands — Marburger Bund.
- B. Am 2. 10. 51, Beginn 9 Uhr, Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes des Verbandes der Ärzte Deutschlands, München, Ärztehaus, Briener Straße 11. Am 3. 10. 51, Beginn 9 Uhr, Sitzung des Gesamtvorstandes des Verbandes der Ärzte Deutschlands, München, Ärztehaus, Briener Straße 11. Am 4. 10. 51, Beginn 9 Uhr, Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, München, Ärztehaus, Briener Straße 11. Am 4. 10. 51, Beginn 20 Uhr, Öffentliche Kundgebung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, München, Sophiensaal, Sophienstraße. Referat Dr. Dr. v. Gugel, Dürnhausen: „Krise der Freien Berufe — Krise des Ärztestandes“, Referat Prof. Heyde, Köln: „Der ärztl. Berufsstand in der Zukunft der Sozialpolitik.“

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Ärztliche Fortbildung in Bayern im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer

Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, 10./11. November 1951, 6. Vortragsreihe.

Thema: Krankheiten des Blutes (einschl. Thrombose und Embolie).

Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr und Dr. med. habil. Hennig.

PROGRAMM

Samstag, den 10. November 1951:

- Beginn 8 Uhr s. t. im LUDWIGSBAU, Augsburg (Gögginger Straße)
8.00—10.00 Uhr Prof. Dr. Hittmair, Innsbruck: Blut als Organ
Prof. Dr. Heilmeyer, Freiburg/Br.:
Erkennung und Behandlung der Anämien
10.00—10.30 Uhr Pause (Besuch der Ausstellung hinter dem Tagungs-Saal und im Weißen Saal des Ludwigsbaues)
10.30—13.15 Uhr Prof. Dr. Hilber, München:
Bluterkrankungen im Kindesalter (einschl. der Blutungsübel)
Prof. Dr. Schulten, Köln:
Knochenmarkinsuffizienz und Agranulozytose
Uraufführung des neuen Penicillin-Tonfilms der Farbwerke Hoechst/M.
Privatdozent Dr. Storck, Zürich: Haut- und Schleimhautveränderungen bei Erkrankungen des haematopoetischen Systems
15.15—15.00 Uhr Mittagspause (Nächstgelegene Speiselokale werden auf der Tagung bekanntgegeben) (Besuch der Ausstellung)
15.00—18.00 Uhr Klinische Visiten, Demonstrationen und Colloquien (s. w. u.)
20.00 Uhr im KLEINEN GOLDENEN SAAL, Augsburg (Jesuitengasse 12)
Prof. Dr. Büchner, Freiburg/Br.:
Öffentl. Vortrag: „Blut ist ein besonderer Saft“ (Eintritt nur gegen Platzkarten), evtl. Wiederholung des Öffentlichen Vortrages im Kleinen Goldenen Saal (Jesuitengasse 12) am Sonntag vorm. 11 Uhr.

Sonntag, den 11. November 1951:

- Beginn 8.30 Uhr s. t. im LUDWIGSBAU, Augsburg (Gögginger Str.)
8.30—10.45 Uhr Prof. Dr. Fleischhacker, Wien:
Das Differential-Blutbild als diagnostische Methode
Prof. Dr. Hoff, Aachen: Nervöse und humorale Regulierung der Blutbildung und ihre Störungen
Prof. Dr. Rohr, Zürich:
Klinik und Therapie der Hämatoblastosen
10.45—11.15 Uhr Pause (Besuch der Ausstellung hinter dem Tagungs-Saal und im Weißen Saal des Ludwigsbaues)
11.15—12.45 Uhr Prof. Dr. Maurer, München:
Bluttransfusion in Klinik und Praxis
Prof. Dr. Domanig, Salzburg: Prophylaxe und Therapie der Thrombo-Embolie in Klinik und Praxis
12.45—14.00 Uhr Mittagspause (Nächstgelegene Speiselokale werden auf der Tagung bekanntgegeben) (Besuch der Ausstellung)
14.00—16.00 Uhr Leitsymptome: Milztumor, Drüsenschwellungen:
Privatdozent Dr. Moeschlin, Zürich:
Differentialdiagnose des Milztumors
Prof. Dr. Wnechsmuth, Würzburg: Differentialdiag. u. Therapie d. Drüsenschwellungen (einschl. d. diagn. Drüsenpunktion)
Prof. Dr. Sonnenschein, Würzburg:
Tularämie
16.00—16.45 Uhr Prof. Dr. Tischendorf, Göttingen:
Die neuen Therapeutika bei den Blutkrankheiten, ihre Anwendung und ihre Gefahren

Samstag, den 10. November 1951, 15.00—18.00 Uhr:

KLINISCHE DEMONSTRATIONEN UND COLLOQUIEN

1. Ludwigsbau (Hauptsaal)

Röntgen-Colloquium:
Röntgendiagnostik und Therapie zum Thema Blutkrankheiten, anschließend freies Colloquium aus dem Gesamtgebiet der Böntgenologie. Filme können zur Diskussion mitgebracht werden: Dr. Hiltenbrand, Dr. Beck, Dr. Niklas.

2. Westkrankenhaus

(Augsburg-Kriegshaber, Langemarkstr. 11, Straßenbahnlinie 2)

Innere Klinik:
Lymphogranulomatose. Klinik und Behandlung mit Patientenvorweisung: Oberarzt Dr. Kaiser
In welchen Fällen leistet die Knochenmarkpunktion mehr als das einfache Blutbild; mit mikroskopischer Projektion: Chefarzt Doz. Dr. Stöttler.

Haus I:
Demonstrationen: Thrombosebehandlung und Blutungsübel. Protrombinzeitbestimmung: Dr. Furtmüller.

Haus II:
Differentialdiagnose der Milz- und Lymphdrüsenkrankung, Drüsenpunktion, Patientenvorweisung: Oberarzt Dr. Heller.

Haus III:
Die Anämiebehandlung in der Praxis. Die Bluttransfusion des praktischen Arztes. Patientenvorstellungen: Dr. Rehklaue.

Dermatologische Abteilung:
Agranulozytose und Neo-Salvarsan mit klinischer Demonstration: Chefarzt Dr. Kiendl.

3. Hauptkrankenhaus

(Augsburg, Krankenhausstraße, Straßenbahnlinie 5)

Chirurgische Klinik:
Klinische Demonstrationen aus der gesamten Chirurgie für den Praktiker: Chefarzt Dr. Mack

Blutbild und Blutentkung bei chirurgischen Erkrankungen: Oberarzt Dr. Mayr

Die Blutung: Dr. Lehrmann

Blutgruppen und Rh-Faktor: Dr. Höß

Transfusionsmethoden und Zwischenfälle: Dr. Streifinger

Blutkonserven: Dr. Aumann

Stoffe zur Normalisierung des Blut-Eiweißspiegels: Dr. Weckbach
Erfahrungen in der Behandlung der Thrombose, Thrombophlebitis und der postoperativen Thrombo-Embolieprophylaxe: Dr. Lederle

4. Städtische Kinderklinik

(Augsburg-Oberhausen, Zollernstr. 85, Endstation d. Straßenbahnlinie 4)

Klinische Visite und Demonstrationen mit allgemeinem Colloquium über Bluterkrankungen und die Beurteilung von Blutbildern, Blutentkung etc. bei Kindern: Chefarzt Dr. Cremer

5. Diakonissenkrankenhaus

(Augsburg, Frölichstraße 71, Straßenbahnlinie 1, beim Hauptbahnhof)
Klinische Visite und Krankenvorstellung: Dr. Anthes
Haematologische Laborarbeiten (beschränkte Teilnehmerzahl) Dr. Tullius, Dr. Gützer

Technik der Bluttransfusion, des Blutersatzes und der Dauerinfusion: Dr. Hennig, Dr. Salomon
Im Tagungsort „Ludwigsbau“ wird eine

Ausstellung

von Fachbüchern, Heilmitteln, ärztlichen Instrumenten und Geräten gezeigt, deren Besichtigung während der Vortragspausen und in der Mittagszeit empfohlen wird.

Gesellschaftliche Veranstaltungen

1. Samstag, den 10. November 1951, um 15.30 Uhr: Treffen der Damen zur Teestunde mit Modenschau im Hotel „Weißes Lamm“ (Ludwigstraße), veranstaltet von der Fa. Boecker, Augsburg. Eintritt frei.
2. Samstag, den 10. November 1951, um 20 Uhr: Im „Kleinen Goldenen Saal“, Augsburg, Jesuitengasse 12: Öffentlicher Vortrag von Prof. Dr. Büchner, Freiburg/Br. (Siehe Programm) Die Damen sowie Angehörige und Bekannte der Ärzteschaft werden herzlich hierzu eingeladen. (Evtl. Wiederholung des „Öffentlichen Vortrages“ im Kleinen Goldenen Saal am Sonntag, vorm. 11 Uhr.) Eintritt nur mit Platzkarten (kostenlos), die im Büro des Ärztlichen Bezirksvereins Augsburg, Schützlerstraße 19, sowie im Kongressbüro bestellt und abgeholt werden können.
3. Im Anschluß an den Öffentlichen Vortrag (etwa 22 Uhr) geselliges Beisammensein (mit Tanz) der Tagungsteilnehmer und deren Damen im Ratskeller.
4. Sonntag, den 11. November 1951: Kunstgeschichtliche Führung. Treffpunkt 10.30 Uhr vor dem Schützlerpalais (Maximilianstraße).
5. Theatervorstellungen: Samstag/Sonntag, den 10./11. November 1951, im „Ludwigsbau“ (Göggingerstraße) und im „Marrionettentheater“ (Rabenbad/Rotes Tor). Näheres siehe Wochenplan des Stadttheaters.

Nächste Veranstaltungen der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ am 15./16. März 1952. Thema: Unfall-Medizin.

Achtung! Wichtige Organisationshinweise!

1. Anmeldung für die November-Tagung erbeten an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg, Schützlerstraße 19.
2. Die Kursgebühr beträgt DM 5.—. Von Jungärzten ohne Einkommen wird auf vorherigen Antrag keine Kursgebühr erhoben. Um Überweisung der Kursgebühr — möglichst bei der Anmeldung — an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg (Postcheckkonto München Nr. 6550) oder Bankkonto Nr. 65676 bei der Bayer. Creditbank, Fil. Augsburg, wird gebeten.

3. Quartierbestellung auf gesonderter Postkarte an den Verkehrsverein Augsburg, Halderstraße 3 (Telefon 8376) unter Angabe der Bettenzahl und des Tages der Ankunft und Abreise und evtl. benötigter Garage. Unterkunftspreise pro Person und Nacht: Hotel (1. Kl.) DM 6.— bis 12.—, Hotel (2. Kl.) DM 4.— bis 8.—, Gasthöfe und Fremdenheime DM 2.50 bis 4.—, Privatvermietung DM 2.50 bis 4.—, Allgemeiner Zimmernachweis des Verkehrsvereins Augsburg im Amtl. Bayer. Reisebüro (gegenüber dem Hauptbahnhof), Tel. 22 31. (Durchgehend geöffnet von 8.00—19.00 Uhr), nach 19.00 Uhr beim Portier des Bahnhofhotels. Für bestellte Quartiere erfolgt bei Nichtbenützung derselben Rechnungsstellung, falls dieselben nicht bis 18.00 Uhr des Anreisetages abbestellt werden.
4. Auf Wunsch steht eine Reihe von Betten in Kliniken unentgeltlich zur Verfügung. Diesbezügl. Anmeldung an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg erbeten.
5. Auto-Mitfahrdienst. Die Bundesbahn gewährt keine Fahrpreisermäßigung mehr. Es ist ein Auto-Mitfahrdienst eingerichtet in der Weise, daß Kollegen ohne Wagen sich bei ihrem zuständigen Bezirksverein nach einer Mitfahrgelegenheit erkundigen können. Für die Rückfahrt wird während der Tagung Fahrgelegenheit vermittelt.
6. Tel. Rufnummer für Tagungsteilnehmer: Während der Tagung im „Ludwigsbau“ sind die Tagungsteilnehmer dort unter der Rufnummer Augsburg 66 51 erreichbar.
7. Alle sonstigen Anfragen sind an das Sekretariat des Ärztlichen Bezirksvereins Augsburg, Schüzlerstraße 19, Tel. 27 77. zu richten.

RUNDSCHAU

Das Reichsgesundheitsamt feierte im Juli d. J. sein 75jähriges Jubiläum. Im Jahre 1945 wurde es als „Institut für allgemeine Hygiene“ dem damaligen Haupt- bzw. Landesgesundheitsamt Berlin unterstellt. Es wurde später als „Zentralinstitut für Hygiene und Gesundheitsdienst“ tätig und kann seit 1948 als „Robert-Koch-Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten“, gemessen an seiner alten Tradition, nur ein bescheidenes Dasein führen. Die Bundesregierung hat einen „Gesetzesentwurf zur Errichtung eines Bundesgesundheitsamtes“ — geplant als eine dem Bundesminister des Innern unterstellte Bundesoberbehörde — beschlossen. In dieses Amt soll das genannte „Robert-Koch-Institut“ als Abteilung II eingegliedert werden.

Gesundheitsingenieurwesen. Die Weiterentwicklung unserer industriell ausgerichteten Zivilisation stellt uns heute auch auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes ständig wechselnden und neuen Anforderungen gegenüber. In unendlicher Vielfalt treten immer neue hygienisch-technische Probleme auf, die gelöst werden müssen: Fragen der modernen Lufthygiene, der Nutzbarmachung der Atomenergie, gesundheitliche Fragen bei der Entwicklung von neuen Brennstoffen und Industrieverfahren und bei der Anwendung von Insektenvertilgungsmitteln bis hin zu der großen Aufgabe der Gegenwart: dem gesundheitlichen Schutz der Bevölkerung und des Militärs im Kriegsfall. So hat man in den USA seit langem den meisten Verwaltungsstellen und Körperschaften, die mit Gesundheitsfragen zu tun haben, vor allem aber den Gesundheitsämtern Ingenieurabteilungen beigegeben und bemüht sich jetzt um die Ausbildung eines ausreichenden und qualifizierten Nachwuchses. Es wird angestrebt, die Ausbildung der Gesundheitsingenieure auf Universitätsniveau vorzunehmen. Verlangt werden wenigstens 5 Jahre Grundausbildung und Erfahrung im Ingenieurwesen und spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten auf den Gebieten der Hygiene, des Gesundheitsingenieurwesens und der öffentlichen Gesundheitspflege. Für Hörer mit Vorkenntnissen, z. B. fortgeschrittene Studenten des Gesundheitswesens, werden an den meisten Universitäten Nordamerikas und Kanadas spezielle Vorlesungen über Gesundheitsingenieurwesen gehalten. In Deutschland hat das Gesundheitsingenieurwesen bisher nicht die Bewertung und Verbreitung finden können, die es in anderen Ländern schon lange hat.

Ein neuer Beruf: Psychagogen. Pädagogen, die sich einer zusätzlichen psychologischen (vor allem tiefenpsychologischen) Ausbildung unterziehen und dadurch befähigt werden, Kinder in psychisch bedingten Entwicklungsstörungen beipädagogisch zu betreuen. (Deutsche Schwesterzeitung, April 1951.)

Reform des Nationalen Gesundheitsdienstes in England? Am 9. Juli fand im Unterhaus eine eingehende Debatte über notwendige Verbesserungen des Nationalen Gesundheitsdienstes statt. Als besonders dringend wurden folgende Punkte bezeichnet:

1. Für Ärzte mit kleinen Patientenlisten muß eine bessere Honorierungsbasis geschaffen werden.
2. Der Ärztemangel in den Krankenhäusern muß behoben werden.
3. Die medizinischen Hochschulen müssen erweitert werden.
4. Der Krankenhausbau für die Jungärzte muß verbessert und anziehender gestaltet werden.
5. Es muß verhindert werden, daß das Militär zu viele Jungärzte direkt von den Hochschulen beran sich zieht.
6. Die immer größer werdende Kluft zwischen praktischen Ärzten und Fachärzten muß verringert werden.
7. Der praktische Arzt muß zur Tätigkeit bei den Krankenanstalten zugelassen werden.

Dr. Charles Hill, früherer Präsident der British Medical Association, forderte besonders, daß den praktischen Ärzten viel mehr als bisher die modernen diagnostischen Hilfsmittel zugänglich gemacht und Betten in den Krankenanstalten zur Verfügung gestellt werden. (British Medical Journ. 14. 7. 51.)

Französische Sozialversicherung in Schwierigkeit. Die französische Sozialversicherung wird das Etatjahr 1951 voraussichtlich mit einem Fehlbetrag von mehr als 70 Milliarden f. Fr. abschließen. Die Versicherten haben allmählich gelernt, die Dienste der Versicherung voll auszunutzen. Außerdem sind die Aufwandskosten im Krankenhaus

Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V.

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V. veranstaltet ihre diesjährige Arbeitstagung von Montag, den 12. November, bis Mittwoch, den 14. November 1951, in Frankfurt a. M. Unter der Voraussetzung des Erscheinens der 5. Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten wird die Tagung unter diesem Thema stehen. Am ersten Tag, 12. November, wird über die Frage der Silikose verhandelt, der zweite Tag bringt Referate über gewerbliche Hauterkrankungen und über Hautschutz, und der dritte Tag wird unter dem Thema „Wissenswertes über Berufskrankheiten, die schon nach der 4. Verordnung entschädigt wurden“, stehen. Falls die Verordnung nicht rechtzeitig erscheint, fällt der erste Verhandlungstag aus. Die für den zweiten Tag geplante Vortragsreihe über gewerbliche Hauterkrankungen und Hautschutz bleibt bestehen. Neben mehreren zu Referaten aufgeforderten Forschern sind auch Einzelvorträge willkommen. Anmeldungen dazu werden an den Leiter des Hauptausschusses, Herrn Prof. Dr. med. O. Gans, Universitäts-Hautklinik, Frankfurt a. M., Rehnstraße 14, bis 1. 10. 1951 erbeten.

seit 1947 um das Viereinhalbfache gestiegen. Auch die Medikamente wurden erheblich teurer. Hinzu kommen noch die inzwischen erfolgten Erhöhungen der Alterspensionen und der Familienzulagen. Die Nationalversammlung wird sich in Kürze zwischen einer Hinaufsetzung der Beiträge und der Schaffung einer Sondersteuer zu entscheiden haben.

Englische Erfahrungen. In einem Bericht im „Generalanzeiger Neuwied“ vom 18. 5. 1951 äußert sich ein englischer Arzt über seine praktischen Erfahrungen im Nationalen Gesundheitsdienst. Er führt hier u. a. folgendes aus: „Der Gesundheitsdienst ist in seiner heutigen Form ein glatter Fehlschlag. Wir rechneten in den ersten Monaten nach Inkrafttreten des Nationalen Gesundheitsplans mit einem Ansturm von Patienten, die durch das verlockende Angebot, etwas umsonst zu bekommen, angezogen würden. Mr. Bevan sagte voraus, daß diese Phase schnell überwunden sein und der Zustrom der Patienten bald wieder nachlassen würde. Er irrte sich: Genau das Gegenteil trat ein. In den ersten sechs Monaten waren die Wartezimmer leer. Die Menschen waren zu stolz, um den Gesundheitsdienst in Anspruch zu nehmen, der ihnen zu sehr nach Wohlfahrt schmeckte. Aber diese Vorurteile gingen vorüber. Heute drängen sich jene Typen in die Sprechzimmer, die, wenn es ihr Geld kosten würde, höchstens alle zwei bis drei Jahre einmal zum Arzt gehen würden. Mit viel Geschrei pochen sie auf ihr Recht, kostenlos Medikamente zu empfangen, gleichgültig, ob sie ihrer bedürfen oder nicht... Der Onkel Doktor muß fein brav unterschreiben, damit er nicht seine Patienten verliert. Die „Etwas-für-Nichts“-Menschen bindern mich aber nicht daran, ernsthaft Kranken zu helfen und rechtzeitig Linderung zu verschaffen; sie rufen mich überdies zu jeder Tages- und Nachtzeit in ihre Wohnungen. — Unser verantwortlicher Beruf droht ins Lächerliche gezogen zu werden. Täglich schreibe ich Hunderte von Rezepten aus. Wenn ein Arzt heute sein Stethoskop verliert, ist das weiter nicht tragisch. Verliert er aber seinen Federhalter, so sieht er seinem Ruin entgegen. Patienten, die das soziale Gesundheitswesen schamlos ausnützen, müssen dadurch ausgerottet werden, daß man ihnen für jedes Rezept eine beschränkte Zahlung abverlangt. Insofern ist die Beschneidung des Gesundheitsdienstes nur begrüßenswert.“

Automatische Gehaltsaufbesserung in Dänemark. Nachdem in Dänemark der offizielle Lebenskostenindex zum 1. Juli 1951 erneut angestiegen ist, erbalten mit den Angestellten des Staates und der Gemeinden auch alle Ärzte und Krankenschwestern an den Krankenhäusern erneut eine automatische Gehaltsaufbesserung von etwa 5%. (Berlingske Tidende 1. 8. 51.)

Die tenre Poliklinik. In Göteborg wurde jetzt eine medizinische Poliklinik eingerichtet, die etwa der Gesundheitszentrale entspricht, wie sie der Generaldirektor des schwedischen Gesundheitswesens, Höjer, in seinem Sozialisierungsprogramm vorschlug. Den dort angestellten Ärzten wird ein selbst für schwedische Verhältnisse übertriebenes Gehalt geboten: Bei einer täglichen Arbeitszeit von 5 Stunden ein Monatsgehalt von rund 2000 Kronen mit Pensionsanspruch. Von der schwedischen Ärzteschaft wird diese Poliklinik als höchst unrentabel bezeichnet, zumal auch an die Verwaltungsangestellten sehr hohe Gehälter gezahlt werden. Obwohl die Poliklinik infolge ihrer geringen Leistungsfähigkeit keinerlei Konkurrenz für die Göteborger Ärzte bedeutet, wird die Ärzteschaft sie doch boykottieren und keine Ärzte dorthin vermitteln, da die Poliklinik den Patienten nicht viel nützt, den Steuerzahler unnötig belastet und dem ärztlichen Gedanken nicht entspricht. Die Ärzte verlangen, daß sie bei der Einrichtung solcher Kliniken als Ratgeber zugezogen werden, da sie Anspruch darauf erheben können, bei der Planung des Gesundheitswesens ein entscheidendes Wort mitzureden. (Med. Preß)

„Progressive“ Sozialversicherung. In der Sowjetzone ist die Zerschlagung der Sozialversicherung alten Stils in vollem Gange. Mit sofortiger Wirkung müssen alle Zahlungen von Sozialbeiträgen an die Finanzämter geleistet werden. Auch alle bisherigen Überschüsse der fünf Landesversicherungsanstalten fließen in die Kassen der Finanzämter. Sie sollen den „lebenswichtigen Aufgaben des Fünfjahresplanes“ nutzbar gemacht werden. Bezeichnend ist, daß neue Versiche-

rungsausweise nur von den Finanzämtern ausgegeben werden. Auch der vom kommunistischen „Freien Deutschen Gewerkschaftsbund“ kontrollierte Alters- und Invalidenschutz wird künftig im Zeichen der „Steigerung der Arbeitsproduktivität“ stehen, denn der FDG-Bundesvorstand stellt fest, „daß die zukünftigen Rentenleistungen von der volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmter Industriezweige ausgehen müssen“. Das heißt mit anderen Worten, daß Aktivisten, Brigadiere und ähnliche Gruppen im Krankheits- und Invaliditätsfalle bevorzugt behandelt werden, und jene Betriebszweige, die im „Fünfjahresplan“ den Vorrang haben, für ihre Belegschaften besondere Rentenprivilegien erhalten. Jeder willkürlichen Rechlosigkeit ist damit Tür und Tor geöffnet. — „Aktivisten“ und „Brigadiere“ sollen bei Invalidität Renten bis zu 90 und 100 Prozent des vorausgegangen Lohnes, die übrigen Werktätigen nur 30 bis 35 Prozent des Höchstlohnes erhalten. Wer kein „Aktivist“ ist und nicht zur „Brigade“ für ausgezeichnete Qualität“ gehört, wird dafür im Alter „bestraft“. Zukünftig bestimmen also Arbeitskontrollbrigaden und Finanzämter über die materielle Sicherung des Lebensabends der Arbeiter in der Sowjetzone.

(„Die Ersatzkasse“ 3/1951.)

Examensblockade in der Sowjetzone. Die Sowjetzone hat seit einiger Zeit eine „Examensblockade“ verhängt. Das Gesundheitsministerium der Sowjetzone hat am 4. Juli verfügt, daß Medizinstudenten, die ihr Staatsexamen an der Freien Universität in West-Berlin bestanden haben, ein neues Staatsexamen an einer Hochschule in der Sowjetzone ablegen müssen, wenn sie dort als Arzt arbeiten wollen. Die Verfügung ist dadurch besonders bedeutungsvoll, daß viele Studenten der West-Berliner Freien Universität im sowjetischen Besatzungsgebiet zu Hause sind. Bisher ist noch nichts darüber bekannt, ob diese „Examensblockade“ auch für Prüfungen gilt, die in der Bundesrepublik abgelegt wurden.

Ideologische Abweichung. In einer Entschließung der Akademie für medizinische Wissenschaften in der UdSSR wird Prof. A. D. Spersanski, Direktor des Moskauer Instituts für allgemeine und experimentelle Pathologie, vorgeworfen, die Physiologie pathologischer Vorgänge ungenügend aufgeklärt und an deren Stelle unbestimmte Vorstellungen über einen organischen Einfluß des Nervensystems gesetzt zu haben. (Berl. Gesbl.)

Sozialversicherung deckt Defizit der „volkseigenen“ Betriebe. Nach Informationen aus dem Finanzministerium der Sowjetzone sind im vergangenen Jahre mehr als 200 Millionen Mark von den Sozialversicherungsanstalten der fünf Länder der Sowjetzone zum teilweisen Ausgleich des Defizits im Staatshaushalt der Sowjetzone abgeführt worden. Diese Summe wurde hauptsächlich dazu verwendet, Fehlbeträge in „volkseigenen“ Betrieben auszugleichen, die mit Reparationsaufträgen für die Sowjetunion und Polen beschäftigt sind und die für ihre gelieferte Produktion lediglich den Stoppreis von 1944 erhalten, obwohl die Herstellungskosten weit höher sind. Die von den Sozialversicherten aufgebracht Mittel werden also zu einem großen Teil nicht mehr bestimmungsgemäß für soziale, sondern für rein wirtschaftliche Zwecke, noch dazu Reparationen, verwendet. (gpk.)

Ostzonale Selbstkritik. In einem Aufsatz in der „Täglichen Rundschau“ vom 26. 6. 1951 befaßt sich der als Verfechter der Polikliniken und linientreuer Kommunist bekannte Dr. Kurt Winter mit Mißständen und „Versäumnissen im Gesundheitswesen“. In seiner Eigenschaft als Mitglied der „Staatlichen Plankommission“ wirft er vor allem dem Ministerium für Gesundheitswesen vor, daß der Bau der Betriebspolikliniken nicht mit dem nötigen Nachdruck betrieben würde und daß häufig sogar „nicht einmal Ansätze zu einer Planung“ vorhanden wären. — Solche Kritiken in dem sowjetamtlichen Organ pflegen meistens einen bestimmten Zweck zu verfolgen. Gegen wen sich diese Spitze richtet, wird man noch abwarten müssen.

Zur Beschlagnahme von Krankenblättern. Gelegentlich des Hamburger Arztetages hat die Hamburger Ärzteschaft sich in einer einstimmigen Entschließung gegen die Beschlagnahmefähigkeit ärztlicher Aufzeichnungen, wie Krankenblätter, Krankenjournalen, Krankengeschichten usw., ausgesprochen. Wie der Bundesminister der Justiz der Ärztekammer Hamburg mitgeteilt hat, schließt er sich dieser Stellungnahme grundsätzlich an. Darüber hinaus ist er der Auffassung, daß die Verwirklichung der von der Hamburger Ärzteschaft vorgebrachten Vorschläge zur Ausdehnung des Beschlagnahmeverbotes nicht bis zur großen Strafrechtsreform zurückgestellt werden solle. Schon vor dieser Reform soll eine Reihe besonders dringlicher Fragen einer Regelung zugeführt werden.

Wissenschafts-Attaché als neuer diplomatischer Beruf. Die Regierung der USA hat jetzt die Einrichtung von Wissenschafts-Attachés an gewissen Botschaften und Gesandtschaften angeordnet, um die wissenschaftliche Entwicklung zu verfolgen, Verbindungen mit Instituten anzuknüpfen und Kongreßbesuche zu vermitteln. Das Außenministerium in Washington hat gleichzeitig ein „Office of Science Adviser“ eingerichtet, das den Außenminister in wissenschaftlichen Fragen beraten soll. Der Biochemiker Koepfl wurde zum Leiter dieser Abteilung ernannt. In Europa werden Wissenschafts-Attachés in Bern, London und Stockholm ernannt, worunter sich auch Mediziner befinden.

Über 200 000 Kriegsgamputierte gibt es in der Bundesrepublik. Von diesen sind über 150 000 Einbeinamputierte, über 6000 Zweibeinamputierte, über 47 000 Einarmamputierte, 832 Ohnhänder, 84 Blinde ohne Hände, 819 doppelt (ein Bein und ein Arm), 83 dreifach und 9 vierfach Amputierte.

Pockenerstimpfung nicht über das zweite Lebensjahr hinauschieben! Bei älteren Erstimpfungen besteht die Gefahr einer Impencephalitis. Nach einer von Opitz angeführten Statistik erkrankten bis zum 1. Jahr 49 Fälle an Enzephalitis (mit einer Mortalität von 0%), bis zum 2. Jahr 36 (Mort. 0%), bis zum 3. Jahr jedoch 92 (Mortalität 49%). Die Zahlen steigen für Erstimpfungen nun immer weiter an, z. B. 6 bis 15 Jahre 435 Fälle (Mort. 18%). (Kinderärztliche Praxis 16, 1/4, 84, DML.)

Weitere Abnahme der Geschlechtskrankheiten. Wie das Statistische Bundesamt bekanntgibt, gehen die Geschlechtskrankheiten seit 1946 ständig zurück. Für das Jahr 1950 liegt die Erkrankungsziffer (Zahl der Neuerkrankungen an Gonorrhoe und Syphilis auf 10 000 der Bevölkerung) unter der von 1934, wenngleich diese Ziffern wohl nur die unterste Grenze darstellen, denn es wird heute oft die Meldepflicht nicht erfüllt. — 1950 liegen bei der Gonorrhoe die Ziffern der Stadtstaaten Bremen und Hamburg und der Länder Nordrhein-Westfalen und Hessen über dem Durchschnitt des Bundesgebietes. Ehenso hoch wie die Ziffer für Bremen liegt aber auch die von Berlin. Von 1946 bis 1950 ist in Bayern der Rückgang am stärksten, es folgen Württemberg-Hohenzollern, Baden und Rheinland-Pfalz.

Dänemarks Tablettenverbrauch. Die vor drei Jahren in Schweden erhobene Klage über einen allzu hohen Verbrauch von Tabletten verschiedener Medikamente wird jetzt auch in Dänemark laut. Das dänische Volk, das etwa 4 Millionen Menschen zählt, konsumiert jährlich 150 Millionen Tabletten Aspirin, ebensoviel Kopfschmerztabletten, 2000 kg Vitamin C und 9000 kg Schlafmittel aller Art. (Clinica nuova, 11, 11, VIII, 1950, DML.)

Bücher und Zeitschriften

Dittmar, Die Untersuchung der reflektorischen und algischen Krankheitszeichen, 166 S., 3farb., 22 schwarze Abb., 6 Tab., Hllbwd., Karl F. Haug Verlag, Berlin-Saulgau 1949. DM 11.80.

Das Buch ist eine übersichtliche und eingängige Darstellung der Technik und Diagnostik der reflektorischen und algischen Krankheitszeichen, wie sie seinerzeit von Hansen und v. Staa mit einem wissenschaftlich-theoretischen Apparat der Ärztwelt geboten worden war. Ohne großen theoretischen Ballast sind in den beiden Einführungs-kapiteln die wichtigsten Phänomene dargestellt. Es folgt eine umfassende, aber klar dargebotene Untersuchungsmethodik sowie ein klinischer Überblick, der die Krankheiten der inneren Organe, der Extremitäten und des Nervensystems umfaßt.

Tabellen über Lokalisation am Integument, über den Untersuchungsgang, die Eigen- bzw. Fremdre reflexe und Maximalpunkte sowie Abbildungen über Reflexe, Sensibilitätsschema und segmentale Ausbreitungsgebiete bei den diversen Erkrankungen, erleichtern die Orientierung. Ein interessanter Schrifttumsnachweis und ein Sachverzeichnis vervollständigen die sehr verdienstvolle Arbeit. Gut gedruckt und solid gebunden, ist das Buch geeignet, einer intensiven Durcharbeitung standzuhalten. Für Krankengymnasten, die unter direkter Anleitung und in enger Zusammenarbeit mit Ärzten stehen (Klinik z. B.), hat dieses für einen ärztlichen Leserkreis geschriebene Buch neben der theoretischen, auch praktische Bedeutung.

Schiekel-Aichberger: Bundesversorgungsgesetz mit Nebengesetzen und Tabellen, Kommentar von Senatspräsident Dr. Schiekel, C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung München, 482 S., Ganzleinen mit Sonderheft DM 18.50.

Der den bayerischen Ärzten durch seine „Lex Schiekel“ (Verordnung Nr. 66) bekannte ehemalige Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge hat mit seinen Mitarbeitern den ersten größeren Kommentar zum Bundesversorgungsgesetz fertiggestellt. In anschaulicher Weise wird uns die Entwicklung der Versorgung Kriegsbeschädigter geschildert, in einem gesonderten Kapitel im Vergleich mit außerdeutschen Ländern. Der Kommentar gibt dem Arzt mancherlei Auskunft in Fragen, die täglich in der Sprechstunde oder in der Klinik an ihn herantreten. Von besonderer Bedeutung ist für den ärztlichen Leser ein umfangreicher Abschnitt über ärztliche Begutachtung mit der Beschreibung von 64 verschiedenen Symptomenkomplexen und Krankheiten sowie einer tabellarischen Gutachtensammlung der Kriegsbeschädigtenversorgung. SI.



Mediment

Die fortschrittliche
Einreibung
Mildes Hautreiz-Liniment

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

Wolfs Leitfaden für die Einkommensteuererklärung 1950. Mit über 100 Erläuterungspunkten, einem Vergleichsvordruck des amtlichen Formulars und der einschlägigen Steuertabelle. Preis DM 1.80 — Verlagsanstalt Leonhard Wolf — Regensburg 1.

Wolfs Leitfaden für die Einkommensteuererklärung, der in diesem Jahre zum zweiten Male erscheint, ist auf den amtlichen Vordruck der Steuererklärung abgestimmt und erläutert ihn Punkt für Punkt. Der große Vorteil dieses Leitfadens liegt darin, daß er dem Steuerpflichtigen alle für die jetzt abzugebende Erklärung wichtigen Bestimmungen und steuerlichen Vorteile übersichtlich und leicht verständlich an die Hand gibt. Der beigefügte Vergleichsvordruck mit seinen Hinweisziffern sorgt dafür, daß bei der Bearbeitung oder Überprüfung der Steuererklärung nichts Wichtiges übersehen werden kann. Wolfs Leitfaden ist ein zuverlässiges Hilfsmittel, das die Abgabe der Einkommensteuererklärung erheblich erleichtert.

Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1951. Selbstverlag der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge e.V. Herausgeber: Professor Dr. Georg Hohmann, München, Pastor D. Hans Vietor, Volmarstein und Prälat Dr. Strake, Köln-Deutz. DM 3.—.

Dieses Buch stellt die Fortsetzung der 1945 eingegangenen Zeitschrift für Krüppelfürsorge dar. Es bringt einen Überblick über die Tätigkeit der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, des Verbandes der Deutschen Krüppelheime der inneren Mission und des Verbandes der katholischen Krüppelanstalten Deutschlands. Einschlägige Gesetze und Gesetzentwürfe werden behandelt. Eine Reihe von Abhandlungen befassen sich mit pädagogischen Fragen. Von allgemeinem ärztlichem Interesse sind die Aufsätze von Dr. Recker, Altdorf, über Sulfonamide und Penicillin in der Orthopädie und von Dr. Kochs, Südteln, über Knochen- und Gelenktuberkulose. Trotz teilweise schwerer Kriegszerstörungen wird in West und Ostdeutschland zäh und unverdrossen von nichtamtlichen und beamteten Stellen für die Verbesserung des Loses Körperbehinderter gearbeitet. Verschiedene Berichte weisen auf die Krüppelfürsorge im Ausland hin. Über Kongresse wird berichtet. Die breitere Öffentlichkeit sollte mehr von dieser stillen Arbeit wahrhaft humaner Männer und Frauen wissen. Dr. Th. Brunner

Aktive Bewegungstherapie bei inneren Erkrankungen. Erschienen im Hippokrat-Verlag, Stuttgart-S; ca. 150 Seiten, DM 11.50.

Das Buch ist flüssig und leicht verständlich geschrieben, verzichtet von vornherein auf sehr wissenschaftliche oder besonders tiefgründige Argumentierung. Darin liegt sowohl sein Vorzug, wie auch sein Nachteil. Es ist gleichermaßen für den Praktiker wie für den Krankengymnasten ein gutes und brauchbares Nachschlagewerk. Besonders hübsch sind die Abbildungen und die praktischen Übungen. Es steht ganz auf dem Standpunkt, der schon ein wenig zum Schlagwort gewordenen „Ganzheitsmedizin“.

Die Zusammenhänge mit den Forschungsergebnissen von Prof. Kohlrausch und Fran Dicks hätten eine etwas ausführlichere Berücksichtigung als wünschenswert erscheinen lassen. In dem vom Autor selbst entworfenen Rahmen bietet es aber für Arzt und interessierten Laien durchaus wertvolle Anregungen und bedeutet insofern entschieden eine Bereicherung auf dem Gebiete der Bewegungstherapie.

Dr. Th. Kuntze

Fußgymnastik mit Kindern von M. Scharll, Verlag Gg. Thieme, Stuttgart-O., 20 S., 26 Abb., Karton. DM 2.90.

Das Büchlein von Martha Scharll enthält hauptsächlich eine Beschreibung der Gymnastik bei Plattfuß mit den dazu notwendigen bildlichen Erläuterungen. Alles was zur Popularisierung der Gymnastik bei unserem Volksleiden Plattfuß beiträgt, ist willkommen, um so mehr, wenn es dazu angetan ist, dem Unfug, der durch die planlose Anwendung von Schuheinlagen getrieben wird, zu steuern. Es muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß bei den zwei hauptsächlichsten Heilfaktoren des Plattfußes, Einlage und Gymnastik, dem letzteren der Vorzug gebührt. Sehr erwünscht ist es, wie es in dem Büchlein geschieht, daß der Kinderwelt die Übungen durch spielerische Zutaten mundgerecht gemacht werden. Dr. Wahl

H.-D. Renovanz, Haasensteinsche Verlagsbuchhandlung KG, Berlin, 1951. „Die Berliner Reihe“ herausgegeben vom Berliner Ärzteblatt. 47 S., geh. DM 1.80.

Das 47 Seiten umfassende Heftchen im Taschenformat gibt einen Überblick über die Erfahrungen bei der Anwendung von Chemotherapeutica in der Tuberkulose-Therapie. Conteben, PAS, Streptomycin sowie anderer Antibiotica und Sulfone. Auch auf die Entwicklung und Zusammensetzung der jeweiligen Medikamente ist kurz eingegangen. Dem Praktiker wird diese Broschüre manche Aufklärung geben, aber zugleich auch die ganze Problematik aufzeigen: in welchen Fällen welches Mittel mit dem größten therapeutischen Effekt eingesetzt werden soll.

Mit vollem Recht betont Professor Unverricht in seinem Vorwort zu dieser Broschüre, daß das bisher durch die Chemotherapie Erreichte noch nichts Endgültiges ist.

Dem kritischen Leser wird diese Broschüre manche Hinweise geben und zu besonderer Vorsicht in der Therapie mahnen, letzteres vor allem, wenn er die Frage der Wirtschaftlichkeit überprüft, indem er einerseits das durch die Therapie Erreichte und andererseits den hohen Preis der Medikamente bei längerer Medikation in Relation zieht. Hierauf ist aber leider in der Broschüre nicht näher eingegangen.

(Auf demnächst erscheinende Richtlinien des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose über die Behandlung der Tuberkulose mit Chemotherapeutica mag hier Vollständigkeit halber verwiesen werden.)

Die Wartezimmerzeitschrift

Ein kluger Arzt bemüht sich immer, daß er in seinem Wartezimmer den Lesestoff recht bunt gestalte, damit sich jeder unterhalte.

Die Politik der Tagespresse, weckt kein besonderes Interesse. Dagegen wird ein Magazin mit hübschen bunten Bildern drin den meisten Lesern wohl gefallen — indessen keinesweges allen!

Erst kürzlich ist es mir passiert, daß sich ein älterer Herr chockiert und protestierte ziemlich laut! (Beim Weggehen hat ers dann geklaut. Ob nur aus Gründen der Moral blieb ungeklärt in diesem Fall!)

Dann hat man aus der großen Zahl der Illustrierten noch die Wahl. Doch hüte dich, oft liest man drin das Neuste aus der Medizin, so neu, daß es kein Arzt noch kennt. Und peinlich ist's, wenn der Patient sich wundert, daß den Medicus er drüber erst belehren muß! (Ob es auch stimmt in jedem Fall, ist den Gazetten sehr egal! Ob wahr, ob falsch, wer merkt das schon? Hauptsache ist die Sensation!)

Nun fragst du wohl verzweiflungsvoll, was man denn abonnieren soll! Mein Freund, ich weiß dir einen Rat: Längst schritt Herr Oeter schon zur Tat und hat mit Klugheit und Bedacht ein eignes Blatt herausgebracht. Drin findest du alles, was man braucht und was fürs Wartezimmer taugt. Folg meinem Rat und lege immer

„Du und die Welt“

ins Wartezimmer!

DU UND DIE WELT

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSMAGAZIN

Herausgegeben

im Auftrage der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern unter Mitwirkung der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker, des Verbandes der Deutschen Zahnärztlichen Berufsvertretungen e. V. und des Verbandes Deutscher Dentisten e. V.

im

Ärzteverlag G. m. b. H.,

Köln a. Rh., Melchiorstraße 14

Bezugsbedingungen: Bei Postbezug vierteljährlich 3 DM einschließlich Zustellgebühren. Bezug durch den Buch- und Zeitschriftenhandel pro Heft 1 DM.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleiter: Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstr. 2-6, Tel. 6 31 21-23, 6 23 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Knauerstr. 10, Tel. 6 38 83. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellungsgebühr. Postscheckkonto München 15 900. Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“), Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

Veröffentlichung gemäß § 8 Abs. 3 des Gesetzes über die Presse vom 3. 10. 1949:

Inhaber des Richard Pflaum Verlags ist die Richard Pflaumsche Erbhöfenschaft mit Anteilen von Frau Violet Pflaum, geb. Price, München, zu einem ¼, Frau Elfriede Meckel, geb. Pflaum, München, und Herrn Carl Heinz Pflaum, London, zu je ¼. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.

