



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 4

München, April 1952

7. Jahrgang

Der Arzt als Zeuge und Sachverständiger

Von Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Der Arzt der Neuzeit wird in zunehmendem Ausmaße mit der Ausstellung ärztlicher Berichte, Zeugnisse und Gutachten befaßt. Eng verbunden mit dieser Entwicklung ist eine Erschwerung der Sicherung der ärztlichen Schweigepflicht und damit eine Gefährdung des unbedingt erforderlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Kranken. Das Übermaß der Anforderungen ärztlicher Zeugnisse beim Vollzug behördlicher Maßnahmen führt zu einer bedenklichen Mißachtung der Verantwortlichkeit des Arztes bei der Zeugnisausstellung. Eine Verkenning dieser hohen Verantwortung tritt auch in einer ihr nicht entsprechenden Bezahlung ärztlicher Sachverständigentätigkeit zutage. Diese Sachlage gibt Anlaß zu einer zusammenfassenden Betrachtung der einschlägigen Fragen.

Wie für jeden Staatsbürger besteht auch für den Arzt in Zivil- und Strafsachen sowohl die Zeugnispflicht als auch das für besondere Fälle vorgesehene Zeugnisverweigerungsrecht. Darüber hinaus ist der Arzt grundsätzlich zur Verweigerung des Zeugnisses über all das berechtigt, was ihm bei der Ausübung seines Berufes vom Kranken anvertraut oder bei dessen Behandlung bekannt geworden ist.

Der Umstand, daß der Arzt kein Gewerbetreibender ist, sondern einen freien Beruf ausübt, unterstellt ihn zudem nicht nur den Geboten des Rechts, vielmehr auch der Sitte. Er verpflichtet ihn u. a. zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Diese Auflage stellt nicht allein eine in der ärztlichen Berufsordnung verankerte Berufspflicht dar. Sie ist auch eine Rechtspflicht. Nach § 300 StGB macht sich der Arzt strafbar, wenn er ihm kraft seines Berufes anvertraute oder zugänglich gewordene Privatgeheimnisse, soweit sie in einem gewissen Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit stehen, unbefugt offenbart.

Grundsätzlich obliegt dem Arzt eine uneingeschränkte Schweigepflicht. Nur in Ausnahmefällen ist er zur Offenbarung des bei der Ausübung seines Berufes in Erfahrung Gebrachten berechtigt, wenn diese Offenbarung nicht unbefugt ist. Nicht unbefugt ist sie, wenn der Geheimnisträger selbst — dies ist der Kranke — den Arzt von der Schweigepflicht ganz oder teilweise entbindet. Auch eine Offenbarung der dem Arzt von einem bereits verstorbenen Geheimnisträger anvertrauten Privatgeheimnisse ist nicht unbefugt, wenn deren Bekanntgabe im Interesse dritter Personen zur Feststellung der Testierfähigkeit des Verstorbenen z. Z. der Testamentserrichtung erforderlich ist.

Des weiteren ist eine Offenbarung nicht unbefugt, wenn eine besondere gesetzliche Vorschrift den Arzt dazu berechtigt oder gar verpflichtet. So muß der Arzt nach

§ 139 StGB, auch wenn er kraft seines Berufes von dem Vorhaben gewisser schwerer Verbrechen (Mord u. a.) zu einer Zeit glaubhaft Kenntnis erhält, zu der die Verhütung des Verbrechens möglich ist, der Behörde oder der bedrohten Person Mitteilung machen. Ebenso ist er zur Offenbarung verpflichtet, soweit eine solche im Rahmen von Gesetzen vorgesehen ist, die zum Schutz der Allgemeinheit der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dienen. Nicht so bestimmt ist die Frage zu beantworten, ob der Arzt zur Offenbarung ärztlicher Feststellungen bei einem Zwangsversicherten gegenüber der zuständigen Krankenkasse befugt ist. Es darf jedoch in Anbetracht der geltenden Anschauungen angenommen werden, daß der Zwangsversicherte zur Geltendmachung seiner gesetzlichen Ansprüche den Kassenarzt stillschweigend von der Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses entbunden hat, während in den Vertragsbedingungen der Privatkrankenversicherungen die Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht ausdrücklich festgelegt ist.

Zu beachten ist endlich auch noch, daß die Rechtsprechung einen gewissen Vorrang höherer sittlicher Verpflichtung des Arztes anerkennt, hinter denen unter Umständen das Interesse des Kranken an der Geheimhaltung des von ihm dem Arzt Anvertrauten zurücksteht. Die oft überaus schwere Entscheidung der in solchen Fällen auftretenden Frage, ob der grundsätzlichen ärztlichen Schweigepflicht oder der aus besonderem Anlaß zu erwägenden Zeugnispflicht der Vorrang zu geben ist, steht allein dem Arzt zu. Das als Regel geltende Schweigegebot darf er nur durchbrechen, wenn er sich dazu nach pflichtbewußter, sorgfältiger Abwägung der vorliegenden Interessen für berechtigt hält.

Im Gegensatz zu der unabdingbaren Schweigepflicht des Seelsorgers ist nach alledem die Schweigepflicht des

Aus dem Inhalt:

Weiler: Der Arzt als Zeuge und Sachverständiger	49
Sondermann: Muß der Hausarzt wirklich sterben?	52
Mitteilungen	55
Aus der Fakultät	60
Personalien	60
In memoriam	60
Amtliches	60
Kongresse und Fortbildung	61
Rundschau	62
Buchbesprechungen	63

Arztes keine absolute. Sie kann durch befreiende Erklärung des Geheimnisträgers, durch gesetzliche Vorschriften und auch durch eigene wohlbegründete Entscheidung des Arztes selbst beseitigt werden. Grundsätzlich soll jedoch der Arzt schweigen, wenn es ihm nicht ausnahmsweise gestattet ist, zu reden.

Ist ein Arzt durch den Geheimnisträger oder durch Gesetz von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden, so darf er im Prozeßverfahren das Zeugnis nicht verweigern. In allen übrigen Fällen ist es seinem Ermessen überlassen, ob er von seinem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen will.

Die für den Arzt als Zeugen geltenden Vorschriften finden auch Anwendung, wenn er als Sachverständiger in Anspruch genommen wird. Wird der Arzt vor Gericht nur als Zeuge vernommen, so hat er lediglich über seine Beobachtungen zu berichten. Das gleiche gilt für den als sachverständiger Zeuge vernommenen Arzt. Auch dieser hat nur Anspruch auf Entschädigung wie jeder andere Zeuge. Der als Sachverständige zugezogene Arzt hat außerdem Anspruch auf eine angemessene Vergütung für seine Mühewaltung. Soll der Arzt zu Fragen gutachtlicher, also nicht lediglich beobachtender Art Stellung nehmen, so ist er als Sachverständiger und nicht als Zeuge oder sachverständiger Zeuge zu vernehmen.

Falls ein Arzt dem gutachtlich zu Beurteilenden erstmals in der Eigenschaft als beauftragter Sachverständiger entgegentritt, bedarf er keiner Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht seitens des zu Begutachtenden, um über alles, was er bei dessen Untersuchung feststellt oder erfragt, der auftraggebenden Stelle zu berichten. Es ist ihm auch dringend zu empfehlen, die Entgegennahme von Mitteilungen seitens des zu Beurteilenden abzulehnen, die dieser ihm nur unter dem Siegel der Verschwiegenheit machen will.

Die Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes beschränkt sich in der Regel auf die Obsorge für das gesundheitliche Wohl des bei ihm Hilfesuchenden und die Wahrung des Ansehens des ärztlichen Berufsstandes. Sie erweitert sich, wenn er als ärztlicher Sachverständiger Krankheitsberichte, Zeugnisse oder Gutachten an nicht-ärztliche, zu deren Empfang berechnete Stellen abgibt. In solchen Fällen trägt er nicht nur die Verantwortung gegenüber dem Kranken und den ärztlichen Standesgenossen, sondern auch gegenüber dem Gesetzgeber oder auch einem Vertragspartner des zu Beurteilenden. Der zum Gutachter berufene ärztliche Sachverständige muß sich daher immer bewußt sein, daß sein Urteil von wesentlicher Bedeutung nicht nur für den zu Begutachtenden, sondern auch für sonstige Personen oder sogar die Allgemeinheit ist.

Der § 278 StGB, nach dem ein Arzt, der ein Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder einer Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellt, mit Gefängnis von einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft wird, kennzeichnet die besondere Verantwortlichkeit des Arztes schon bei der Ausstellung einfacher ärztlicher Zeugnisse. Die bereits erwähnte, geradezu uferlose Inanspruchnahme ärztlicher Zeugnisse als Vorbedingung einer Gewährung von Vergünstigungen verschiedenster Art mußte zu einer Entwertung des ärztlichen Zeugnisses und zur verbreiteten Hingabe von Gefälligkeitszeugnissen führen, deren Ausstellung auch die ärztliche Berufsordnung verbietet. Es wäre daher dringend angezeigt, das ärztliche Zeugnis nur dann zur Erleichterung des Gewissens behördlicher Stellen zu benützen, wenn dies unumgänglich geboten erscheint.

Ärztliche Berichte und Zeugnisse geben in der Regel nur Aufschluß über festgestellte abnorme oder krankhafte Erscheinungen und die darauf gestützte Krank-

heitsbezeichnung. Stellungnahmen zu darüber hinausgehende Fragestellungen sind, wenn sie ohne eingehende Begründung erfolgen, als gutachtliche Äußerungen, wenn sie mit einer ausführlichen wissenschaftlichen Begründung versehen sind, als Gutachten zu bezeichnen. So liegt z. B. eine gutachtliche Äußerung vor, wenn der Arzt auf Grund seines Untersuchungsbefundes Stellung zur Arbeitsfähigkeit des Behandelten nimmt. Ist hingegen die Frage eines etwaigen Zusammenhanges festgestellter krankhafter Erscheinungen mit einem Unfall oder dgl. unter Abwägung des Für und Wider und Verwertung der allgemeinen Erfahrungen zu entscheiden, so stellen die dazu notwendigen Darlegungen ein Gutachten dar.

Die Ausstellung ordnungsgemäßer ärztlicher Befundberichte oder einfacher ärztlicher Zeugnisse, meist auch die kurzer gutachtlicher Äußerungen kann von jedem approbierten Arzt erwartet werden, da dazu im wesentlichen nur eine sorgfältige eigene Untersuchung oder Beobachtung des zu Beurteilenden und eine wahrheitsgetreue Darstellung der Feststellungen gehört. Wird eine solche ärztliche Bekundung nicht unmittelbar vom Kranken selbst erholt, so muß sich der Arzt zunächst vergewissern, ob er zur Offenbarung des Krankheitsbefundes an die darum ersuchende Stelle befugt ist, andernfalls die vorherige Zustimmung des Kranken erholen. Erbittet dieser persönlich die ärztliche Bestätigung, so darf deren Aussteller nicht verabsäumen, auf ihr den Zweck und die Stelle, bei der das Zeugnis vorgelegt werden soll, zu vermerken, da er sonst gegen die ärztliche Berufsordnung verstoßen würde. Zu beachten ist außerdem die ebenfalls in ihr enthaltene Vorschrift, daß Zeugnisse und Gutachten, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist, innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben sind.

Wesentlich höhere Anforderungen stellt die eigentliche Gutachtertätigkeit an den sachverständigen Arzt, und zwar nicht nur hinsichtlich seiner Sachkunde, sondern auch einer besonderen Eignung. Daß vom ärztlichen Gutachter ein umfassendes und vertieftes Wissen sowie eine große Erfahrung vorauszusetzen sind, bedarf keiner weiteren Begründung. Er muß aber zudem die Gesetzesbestimmungen, ihre Voraussetzungen und Folgerungen kennen, zu denen er in seinen gutachtlichen Ausführungen Stellung zu nehmen hat. Auch bei Erfüllung dieser Grundbedingungen ist nicht jeder Arzt als vollwertiger Gutachter anzusehen. Er muß außerdem noch gewisse persönliche Eigenschaften besitzen, insbesondere die Fähigkeit einer unbeirrbar objektiven Betrachtung der Gegebenheiten, ein klares, streng logisches Darstellungsvermögen und das unbedingt notwendige Verständnis für die im Prozeßverfahren wichtigen psychologischen Momente. Der Gutachter muß vor allem imstande sein, dem rein menschlichen ärztlichen Mitgefühl mit dem Schicksal des zu Beurteilenden keinen maßgeblichen Einfluß einzuräumen. Der ärztliche Sachverständige ist keineswegs berufen, als beratender und heilender Arzt tätig zu sein, sondern als sachkundiger, objektiver Beurteiler.

Eine Verkennung dieser grundsätzlichen, unabdingbaren Aufgabe des Gutachters liegt besonders nahe, wenn er nicht von Amts wegen tätig, sondern von einer Partei aufgestellt ist. Es wird dann nur zu leicht von ihm erwartet, daß er sich in ähnlicher Weise wie der Rechtsvertreter einer Partei verpflichtet fühlen müsse, nur den Interessen seines Auftraggebers zu dienen. Der ärztliche Sachverständige hat als unparteiischer Berater des Rechtsprechenden zu fungieren. Er hat diesem zu helfen, durch eine klare unvoreingenommene Darstellung des Sachverhalts und der sich daraus ergebenden wissenschaftlich begründeten Schlußfolgerungen ein gerechtes Urteil zu fällen. Während der Gutachter an seine wis-

senschaftliche Erkenntnis und die daraus sich ergebenden Folgerungen gebunden ist, steht dem Richter das Recht der freien Beweiswürdigung zu. Er schöpft sein Urteil aus seiner eigenen Überzeugung. Aufgabe des Gutachters ist es daher, den Rechtsprechenden von der Berechtigung seiner gutachtlichen Darlegungen zu überzeugen.

Im Interesse einer möglichst objektiven Begutachtung sollte der behandelnde Arzt nicht als Gutachter in Prozeßangelegenheiten seines Klienten tätig sein. Jeder, der über eine genügende Erfahrung als Gutachter verfügt und der sich bei dieser Tätigkeit immer ehrlich Rechenschaft über sein Fühlen und Denken gab, weiß, wie schwer es oft ist, zu einem unparteiischen Urteil insbesondere dann zu gelangen, wenn sich Mitleidsgefühle mit dem zu Beurteilenden geltend machen. Wer möchte daher den ersten Stein auf einen Arzt werfen, der sich infolge seines persönlichen Verhältnisses zu dem bei ihm in Behandlung stehenden Kranken bei der Abgabe eines Gutachtens über diesen von den menschlich-ärztlichen Gefühlen nicht so weit löst, daß sein gutachtliches Urteil frei von jeglicher Parteinahme ist? Gelingt dies jedoch dem Arzt, so wird seine Stellungnahme, wenn er zu einem für den zu begutachtenden Kranken nicht günstigen Urteil kommt, von diesem nur zu leicht mißverstanden. Welche Folgen ein solches Mißverständnis für den Arzt erfahrungsgemäß hat, bedarf keiner Hervorhebung.

Der behandelnde Arzt sollte zur Abgabe eines Gutachtens nicht veranlaßt werden, obwohl seine Feststellungen und Beobachtungen von größter Bedeutung für die Gewinnung eines sicheren gutachtlichen Urteils sein können. Es empfiehlt sich weit mehr, ihn nur zur Berichterstattung aufzufordern und das Gutachten unter Mitverwertung dieses Berichtes von einem anderen mit Gutachtertätigkeit befaßten Sachverständigen erstellen zu lassen. Die grundsätzliche Einführung eines solchen Verfahrens würde den behandelnden Arzt nicht nur vor einem ihm im Einzelfall vielleicht kränkenden Übergehen bei der Gutachtenserholung bewahren, sondern auch davor schützen, sich selbst untreu zu werden. Durchaus verfehlt wäre die Abgabe einer gutachtlichen Stellungnahme lediglich auf die Angaben eines Kranken hin zu Fragen, deren Beantwortung die Kenntnis aktenmäßig festgestellter Tatbestände zur Voraussetzung hat. Ein solches Verfahren birgt derart schwere Gefahren für die Erhaltung des Ansehens der medizinischen Wissenschaft und des ärztlichen Berufsstandes in sich, daß es nicht vereinbar mit der ärztlichen Standessitte ist.

Man sollte den behandelnden Arzt überhaupt von der Belastung mit gutachtlichen Stellungnahmen soweit als nur irgend tunlich befreien. Diese Anschauung und Forderung kann hier nicht eingehend begründet werden. Es sei daher nur darauf hingewiesen, in welcher unzuträglicher Art allein schon die Ausstellung einfacher Zeugnisse, die der Kranke vom Arzt erbittet, um die eine oder andere Vergünstigung zu erlangen, die Stellungnahme zur Frage der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Erkrankten u. a. m. die an sich gebotene volle Freiheit des Arztes bei der Krankenbehandlung beeinträchtigt. Hinzu kommt noch die mit diesen Bestätigungen und Zeugnissen verbundene Ausschaltung der ärztlichen Schweigepflicht. Diesen bedenklichen Übelständen könnte

seitens der Stellen, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben fortlaufend derartige ärztliche Entscheidungen benötigen, wie z. B. die Krankenkassen durch die Anstellung genügend zahlreicher eigener entsprechend befähigter Ärzte abgeholfen werden. An Hand der diesen von den behandelnden Ärzten bei gegebenem Anlaß grundsätzlich zu übermittelnden ganz kurzen Krankheitsberichte — notfalls nach ergänzender eigener Untersuchung des Kranken — hätten diese Ärzte bei ihrer Dienststelle die erforderlichen Maßnahmen in die Wege zu leiten, ohne daß dabei eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht notwendig würde.

An dieser Stelle ist noch zu einer im Laufe der Zeit entstandenen verbreiteten Neigung von Arbeitgebern verschiedenster Art Stellung zu nehmen, die von zwangsversicherten Arbeitern und Angestellten im Krankheitsfalle die Vorlage ärztlicher Zeugnisse, manchmal sogar mit Angabe der Diagnose verlangen. Ein Recht des Arbeitgebers, den Beschäftigten zur Preisgabe seines Privatgeheimnisses zu zwingen, besteht nicht. Der Arzt würde sich strafbar machen, wenn er dem Arbeitgeber ein solches Zeugnis aushändigen würde, ohne vorher die Befreiung von der Schweigepflicht vom Kranken erholt zu haben. Hält ein Arbeitnehmer es in seinem eigenen Interesse für geboten, dem Ersuchen des Arbeitgebers nachzukommen, so mag er vom Arzt das verlangte Zeugnis gegen Erlegung der anfallenden Gebühr erholen. Vom Arbeitgeber mit schriftlicher Zustimmung des Arbeitnehmers unmittelbar vom Arzt erholte Zeugnisse sind selbstredend vom Arbeitgeber zu honorieren. Im übrigen sollte von der Erholung solcher Zeugnisse überhaupt Abstand genommen werden. Glaubt ein Arbeitgeber Zweifel an der Berechtigung eines Arbeitnehmers, der Arbeit wegen Krankheit fernzubleiben, haben zu dürfen, so steht es ihm frei, diesen Zweifel über die zuständige Krankenkasse klären zu lassen.

Bekanntlich obliegt die eigentliche ärztliche Gutachtertätigkeit bereits kaum mehr freiberuflich behandelnden Ärzten. Sie wird zumeist durch festangestellte, vielfach durch beamtete oder auch durch solche Ärzte besorgt, die sich freiberuflich weniger der Krankenbehandlung widmen als der Gutachtertätigkeit, ohne dabei zu den zu Beurteilenden in das Verhältnis eines behandelnden Arztes zu treten. Da weder die Anstellungsbehörde noch der zu Begutachtende einen Einfluß auf das Urteil des angestellten Arztes nehmen kann, ist die Objektivität der von ihm erstatteten Gutachten nicht durch Einwirkungen gefährdet, denen der freiberuflich behandelnde Arzt naturgemäß ausgesetzt ist. Verdächtigungen des angestellten Arztes der Parteinahme für die Interessen seiner Dienststelle müssen in Kauf genommen werden, ohne daß ihnen eine ernste Beachtung zu schenken wäre.

Die Bezahlung der ärztlichen Gutachtertätigkeit, deren weittragende Bedeutung nicht bezweifelt wird, steht meist in gar keinem angemessenen Verhältnis zu dem dabei notwendigen Arbeitsaufwand. Besonders kraß wirkt sich dieses Mißverhältnis dann aus, wenn die Mindestsätze der immer noch unverändert bestehenden, den neuzeitlichen Wirtschaftsverhältnissen nicht entfernt mehr entsprechenden ärztlichen Gebührenordnung Anwendung

Bei **Rheuma**
MACK

FORAPIN

HYPERÄMIE + BIENENGIFT

2 fache Wirkung
bei einfachem Preis

LINIMENT-SALBE-LÖSUNG

finden müssen. Auf diesem Gebiete tritt die unerhörte Unterschätzung der geistigen Arbeit des Arztes, gegenüber der mehr auf technischem Gebiet liegenden besonders stark zutage. Diese Verhältnisse gefährden die unbedingt erforderliche sorgfältige Durcharbeitung ärztlicher Gutachten ganz außerordentlich. Zudem führen sie zu unliebsamen Verzögerungen der Gutachtensabgabe.

Es ist daher höchste Zeit, daß die Gebührensätze für die Erstattung nicht nur der ärztlichen Gutachten, sondern auch der ärztlichen Berichte und Zeugnisse endlich einmal der allgemeinen Lohnentwicklung angepaßt wer-

den. Auch muß die Einstufung der im Angestellten- oder Beamtenverhältnis mit der Erstattung von Gutachten beauftragten Ärzte der besonderen Verantwortung ihrer Betätigung angepaßt werden. Es sollte nicht notwendig werden, die Ärzteschaft zu einer gemeinsamen Verweigerung jeder der hier behandelten Arbeitsleistungen aufzufordern, zu einem Vorgehen, das die Grundsätze ärztlicher Haltung bei der Krankenbehandlung und deshalb auch die Standessitte nicht berühren würde, da damit keine Einschränkung der notwendigen ärztlichen Hilfeleistung für den kranken Menschen verbunden wäre.

Muß der Hausarzt wirklich sterben?

Von Gustav Sondermann

Der augenblicklich laufende Roman einer Zeitschrift trägt den Titel: „Alle Blondes müssen sterben“; um nicht vieles geistreicher kommen mir alle jene Ausführungen vor, welche unter dem Titel: „Der Hausarzt muß sterben“ zusammengefaßt werden können; ja, wenn man gewissen Stimmen Gehör schenken will, so haben die Trauerglocken bereits über dem Grab des letzten Hausarztes ausgeläutet und ist jene Spielart des homo medicans von der Erde verschwunden.

Und so wären wir also, die wir noch zu Tausenden mit Willen und Bewußtsein die Tätigkeit des Hausarztes ausüben, überlebte Erscheinungen, Gespenster gewissermaßen, deren Dasein man nur frech und bieder zu leugnen braucht, um sie zu bannen und in lamentablen Nebel aufzulösen. Gewiß wäre solches die praktischste Art, mit uns umzuspringen und man versucht es ja auch, und so wird es Zeit, daß wir einmal mit aller Deutlichkeit erklären: Wir Hausärzte sind keineswegs Gespenster, wir leben und sind tätig, wir fühlen uns durchaus nicht überflüssig in dieser Welt, und der Acker, über den wir täglich gehen, ist noch nicht kleiner geworden. Und vor allem denken wir gar nicht daran, uns durch jene neumodischen Windbeutelmethoden Goebbellsscher Provenienz aus der Welt hinauseskamotieren zu lassen: Früher sah und bedachte man die Tatsachen, wie sie gegeben waren, respektierte sie und stellte danach seine Behauptungen auf; heute hat man es allerorts von dem kleinen Teufel gelernt, irgendwelche von einem Wunschbilde geformte Behauptungen aufzustellen, und dies in solch penetranter Unverfrorenheit (als „Propaganda“ gesellschaftsfähig gemacht!), daß sich bald die Tatsachen danach richten und alle Leute, die sich durch Presse, Radio, Film und Sport das Denken abgewöhnt haben, auf diese listig gestellten Geleise umschalten, ohne sich lange darum zu kümmern, wohin denn die Reise gehen soll. Also — nur immer kühn behaupten: Der Hausarzt ist tot — in allen Spiel- und Gangarten und bei allen Gelegenheiten dies behaupten, dann wird es schon einmal so weit sein, daß aus der Windbeutelerei eine Tatsache wird! Nur immer laut schreien: Der Hausarzt ist tot! Es lebe — ja, wer denn? Nun, davon schweigt man noch, die einen, weil sie es nicht wissen, was dann kommen soll, die anderen, weil sie es ganz genau wissen, aber die Katze noch nicht aus dem Sacke lassen wollen! So wollen wir es einmal tun — es lebe der kleine subalterne Erfüllungsgehilfe seiner Omnipotenz Sancti Bürokrati!

Eine der attraktivsten Darbietungen indischer Fakire ist der Seiltrick: sie werfen ein Tau in die Luft und — o Wunder — es steht fest wie ein Schiffsmast, an dem der Mann mit dem Turban auf- und abklettert. So werfen unsere Fakire jenes aus List und Lüge gewobene Gespinnst in die Luft und klettern lustig darauf herum — der Hausarzt ist tot, lasset uns Ambulatorien bauen und Gesundheitszentren und Karteiburgen mit Hollerithmaschinen

und schnurrenden und blinkenden Apparaten, und das Paradies wird euer sein! Und da staunen sie, die braven Zuschauer, das imponiert, das leuchtet ein und es ist doch auch einmal wieder etwas anderes! Rerum novarum cupidi — so nannte ein römischer Schriftsteller einst die Gallier, heute hat diese unheilvolle Sucht nach Neuem die ganze Welt erfaßt. Darauf spekulieren unsere Fakire, die sich auf allen Gebieten seit Jahrzehnten mit „bestem Erfolg“ betätigen. Mit täuschenden Parolen aus dem vorigen Jahrhundert treiben sie Schindluder mit der Sehnsucht des kleinen geplagten Menschen nach Freiheit, Gerechtigkeit und Sicherheit und locken ihn in die Laufgänge, die einmal in den Pferch der Kollektive münden sollen! Die Menschheit steht vor einer Form und Wesen ihrer Zukunft bestimmenden Frage: Kollektivum oder Individuum. Es geht hier nicht nur um uns Ärzte, aber an unseren Problemen entlarvt sich die heimliche Absicht der Treiber und so sind wir zu besonderer Vorsicht und Wachsamkeit verpflichtet. Alle tiefgreifenden Umwälzungen gehen von einer kleinen Minderheit aus; sie werden aber nur möglich, wenn die Massen — in sich stets ohne Initiativbestreben — in einer Vorbereitungszeit zur wohlwollenden Neutralität überredet werden, in welcher verharrend sie dann jene Umwälzungen an sich dulden. Täuschen wir uns nicht: wir stehen heute wieder in einer solchen Vorbereitungszeit im Hinblick auf die uns Ärzte besonders berührenden Probleme! Und gerade zu jenen Vorbereitungsmanövern gehört eben auch der Ruf: Der Hausarzt ist tot!

2.

Diese Manöver zu stören ist unsere Pflicht — nicht einmal so sehr um unserer eigenen Existenz willen, als vielmehr um der Menschen, die uns anvertraut sind, um der Kranken willen. Und wir wollen sie stören mit all der Kraft und Entschlossenheit, die uns die Kenntnis der wirklichen Verhältnisse und ein gutes Gewissen zu geben vermögen.

Wie sind denn die wirklichen Verhältnisse? Gibt es denn wirklich keine Hausärzte mehr, sind sie denn wirklich nur noch eine fossile Erscheinung, reif zur musealen Einordnung?

So muß man doch glauben, wenn man jene Stimme hört, und dabei stehen Tausende erfahrener Frauen und Männer in eben jener totesagten Tätigkeit, rastlos von früh bis abends und in manchen sorgenvoll verbrachten Nächten! Sie sind so erfüllt von ihrem Tun, daß sie von jenem Geschwätz kaum Notiz nehmen; aber — ich denke, der Gründe sind genug genannt, um sie zur Wachsamkeit, zur Besinnung über sich und ihre Arbeit zu bringen.

Was ist denn das Charakteristikum dieses Hausarztes?

Kurz umrissen stellt der Hausarzt einen gut ausgebildeten, in allen Sätteln gerechten Allgemeinarzt in freier Praxis dar, der, eingestellt auf den ganzen Menschen, mit

offenem Blick für den weiten Lebensbereich seiner Kranken und für deren Lebensnotwendigkeiten — gewillt ist, Sorge und Not der sich ihm Anvertrauenden mitzutragen, selbst ein Mensch, ein „Kerl“, eine Persönlichkeit, Autorität ausstrahlend, aber stets auch seiner Grenzen bewußt und bereit, sie anzuerkennen und zu achten; so wirkt er — oft über Jahrzehnte — im Haus, d. h. in der Familie seiner Patienten als Berater und Helfer, getragen und gestärkt von dem ihm entgegengebrachten Vertrauen, das auch über manche Spannung und manches Mißverständnis hinweghilft.

Jener junge Arzt, der einst als Anfänger bei einem vielvermögenden Manne der bäuerlichen Gemeinde seinen Antrittsbesuch machte, bekam zu seiner heilsamen Enttäuschung eine gute Lehre über das Wesen des Hausarztes. „Sehen Sie her, Herr Doktor“ — so ungefähr sagte der Mann —, „hier an der Wand die Bilder meiner Eltern und Geschwister, und auch dieses und jenes Kindes — alle hat Ihr Kollege hier behandelt und auch über die letzte Not hinweggebracht — ich meine, Sie werden verstehen — wir bleiben bei unserem alten Hausarzt“, ja — so sagte der Mann — er sagte nicht, „wie es sicher der Junge in einer schwarzen Falte seines Herzens erhoffte: nun, der alte Herr hat denen da allen doch nicht vom Tode helfen können, so probieren wir es einmal mit Ihnen — nein —, „wir bleiben —“.

3.

Es ist gewiß nun keine Widerlegung unser selbst, wenn wir davon sprechen, daß die heutige Zeit Gefahren und Schwierigkeiten für den Hausarzt und sein Wirken gebracht hat. Was ist aber heute nicht in Gefahr? Unsere Kultur, unsere Heimat, unser Volk, unser Planet — es ist die große Unsicherheit über uns gekommen, die uns aber nicht dazu verlocken soll, das Gefährdete schon für tot zu erklären, sondern die uns zur Wachheit und zur Verteidigung der wirklichen Werte aufruft. Gefahr und Gefährdung wirklich aufweisen, bedeutet häufig schon das drohende Gespenst zu bannen oder doch zum mindesten den Ort des notwendigen Widerstandes aufzuzeigen. Und in diesem Sinne sei eine Reihe von Gefahren benannt, welche diese Zeit wider den Hausarzt heraufbeschworen hat.

Der Hausarzt bedarf in Gestalt und Wirken des Elementes der Bewahrung, der Stete, so daß dieser Typus des heilenden Menschen in Zeiten politischer Hysterie und labilen Gleichgewichts an der Börse der öffentlichen Meinung nicht hoch im Kurse steht. Zu dieser Labilität aller öffentlichen Zustände kommt das Schicksal der Vertriebenen, ihre Entwurzelung, die Zerreißen ihrer Lebenszusammenhänge, in die eben auch der Hausarzt hineinverflochten war; über ihrem wie über unser aller Tun und Sein liegt das fahle Licht des Vorläufigen, des Auf-Abbruf-Verharrens, so daß der Mut zu wuchshaftem Neubeginn fehlt! Das „Haus“ besteht weitgehend nicht mehr, in dem der Arzt zu wirken vermöchte — d. h. die Familie, ihr wuchshaft-organischer Zusammenhalt hat Schaden gelitten und damit die Voraussetzung für die Tätigkeit des Hausarztes. Die Menschen sind vielfach zu Treibholz geworden, welchen keine feste Ordnung und Planung ihres Lebens mehr gerät und welche auch die Gestaltung ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen wie die Wahl ihres Arztes dem Augenblick und Zufall überlassen.

Auch der allgemeine Schwund des Vertrauens, die frevelhafte Zerstörung und Verschleuderung dieses edelsten Wertes gehört zu den psychologischen Schwierigkeiten allgemeiner Natur, welche uns Hausärzten zu schaffen machen.

Dazu kommen aber nun noch ganz spezifische Fehlentwicklungen auf eigenstem Gebiete, die uns Sorge machen und die jedem Hausarzt wohl bekannt sind. Unser Stand hat an Ansehen und Vertrauen verloren — ganz gleich, aus welchen Gründen sonst noch —, aber wenn in unserer Welt das Gefühl für Autorität und die Fähigkeit und Bereitschaft zum Vertrauen Schaden gelitten haben, so muß ein Beruf, welcher so weitgehend auf diesen geistig-seelischen Werten basiert, besonders verlieren, zumal in dem Typ des Hausarztes. Das Korrelat zu dieser Entwicklung ist das freche Viertelswissen, welches durch die Presse in dem Publikum gezüchtet wird und mit welchem man nun dem Arzt mit albernen Vorstellungen und Forderungen gegenübertritt. Wenn dieser Entartung nun auch noch Nachgiebigkeit, Unsicherheit, mangelnde Persönlichkeitskraft des Arztes begegnet, so entsteht eine Atmosphäre, in welcher überhaupt kein Arzttum gedeihen kann, geschweige denn ein Hausarztverhältnis. Damit stehen wir aber vor der Tatsache, daß hier nicht nur der Hausarzt, sondern der Arzt im wahren Sinne des Wortes in Gefahr ist, sein Wesen und seine Würde zu verlieren. Man hat weithin kein Verständnis mehr für die Aufgabe des Arztes, für das wahre Ziel seiner Tätigkeit, die Gesundheit. Man betrachtet ihn als eine Art Klempner oder Mechaniker innerhalb einer Apparatur, von welcher die Erhaltung oder möglichst rasche Reparatur der Arbeits- und Genußfähigkeit gefordert wird; und innerhalb dieser Apparatur — so meint man — tritt immer mehr die Persönlichkeit des Arztes zurück und die technische Ausrüstung in den Vordergrund; das muß heute blitzen und blinken, schnurren und Funken geben — dazwischen Häubchen und Nylonstrümpfe — ein billiges Kinoklischee, der Filmstar im weißen Mantel zwischen Nickel und Glas hat sich dieser armen Gehirne bemächtigt, und dabei merken wir nicht, wie wir alle — Patienten und Ärzte — in dieser Apparatur an menschlicher Substanz verlieren!

4.

Es ist angesichts dieser gefahrvollen Entwicklung und dieser Schwierigkeiten ein Wunder, daß es auch heute noch echte Hausarztstätigkeit allerorten gibt, daß auch heute noch überall in Deutschland Ärzte leben, welche erst dann sich in ihrem wahren Elemente auf der Höhe ihrer Leistung fühlen, wenn sie als Hausärzte wirken können. Überall beobachten wir das Hineinwachsen junger Kollegen in solche Familienpraxis — es besteht keine Sorge, daß mit uns Alten das Ideal dieses Arzttypus aussterben wird! Man muß sie nur, die Jungen, dazu ermutigen, ihren Willen stärken und sie ihrer Bedeutung bewußt machen, daß sie nicht durch das Geschwätz vom „sterbenden Hausarzt“ entmutigt werden! Halten wir an der Tatsache fest: der Hausarzt ist keine von ökonomisch-gesellschaftlichen Entwicklungen abhängige historische Erscheinung, welche vom Strome geschichtlicher Entwicklung hinweggespült werden kann wie Dynastien oder sonstige historische Formen und Institutionen. Die Gestalt des Hausarztes ist vielmehr eine Grundgegebenheit,



Mallebrin

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

die mit dem Wesen des Menschen, wie er in unserem Abendlande geworden, gesetzt ist; sein Kleid wird er ändern, sein Herz wird bleiben. In einer Welt, in der das Vertrauen geschwunden ist, bildet der Hausarzt und seine Beziehung zu dem Kreise seiner Patienten immer noch einen Ort des Vertrauens, eine Möglichkeit, Vertrauen zu erleben, wieder Mut zu dieser Möglichkeit zu gewinnen. Wer weiß, was das Vertrauen für die zwischenmenschlichen Beziehungen bedeutet, daß ein Zusammenleben zwischen den Menschen ohne dieses Element gar nicht möglich ist, der wird schon aus dieser Vertrauensfunktion der hausärztlichen Tätigkeit allein den Hausarzt und seine lebensnotwendige Existenz bejahen. Sein Vorhandensein bedeutet für den Menschen als Wesen, welches der Möglichkeit, krank zu werden, ausgesetzt ist, Trost und Kraftquelle. In einer Stadt, in welcher viele Menschen neu zuziehen, kennt man die bange Frage: zu welchem Arzt geht man nun? Das Anwachsen neuen Vertrauens ist vielfach nicht leicht und führt über manche Enttäuschung, es wird aber doch dort als notwendig empfunden, wo Familie besteht, wo der Mensch noch nicht völlig dem Zigeunerischen dieser Zeit verfallen ist. Solange nur ein Minimum an Freiheit besteht, strebt der Mensch nach dem Arzte seines Vertrauens, solange noch ein Minimum an Fürsorge und Verantwortung in diesem Menschen lebt, wird er wollen, daß der Arzt seines Vertrauens auch seine Familie behandelt. — Es gibt keinen echten Grund vom Kranken her, der gegen den Hausarzt spräche, es gibt auch keinen echten Grund vom Medizinischen her, der das täte; denn es kann auch vom ärztlichen Standpunkt aus nicht gut sein, wenn der Kranke von Facharzt zu Facharzt wandert — ein zusammenfassendes Band muß vorhanden sein, aber nicht in Form eines Karteiblattes, sondern in der Gestalt eines Menschen, dem auf Grund seiner Ausbildung und seiner Persönlichkeit die Zusammenschau der Teilergebnisse und ihre Rückbeziehung auf die Gesamtpersönlichkeit des Kranken möglich ist. Je notwendiger und zahlreicher Untersuchungen und Einzelbehandlungen von einem technischen Apparat abhängig sind, desto notwendiger wird der Hausarzt sein in seiner Funktion der Zusammenschau und Rückbeziehung, ja man könnte sagen (nur um einmal die Funktion scharf zu beleuchten): Diese Funktion sei seine ebenfalls spezifische, also fachärztliche Tätigkeit.

Es lebt in einem Teile unseres Volkes das Wort: Der Arzt muß eine Mutter und ein Beichtvater sein. Wo dieses Wort und dieses Wissen noch lebendig ist, da ist auch der Hausarzt lebendig, da ist er noch in voller Kraft tätig und er denkt gar nicht daran, sich von den Fakiren totschwätzen zu lassen.

5.

Überdenkt man einmal die Familien, in denen wir als Hausärzte tätig sind, so findet man bei aller Unterschiedlichkeit des sozialen, gesellschaftlichen und geistigen Milieus einen gemeinsamen Zug: in diesen Familien ist noch wenigstens ein Rest von Kultur, bewahrter und bewahrender Ordnung vorhanden, sie sind Widerstandsnester gegen das Zigeunerische und Proletenhafte dieser Zeit; der Typ des Hausarztes entspricht ihrem Stil und ihrem Stilwillen. Wer dem Hausarzt die Existenz absagen

will, richtet seinen Angriff wider solche Art des Lebensstiles.

Und wenn wir ganz nüchtern Wesen und Bild des Arztes überdenken, so stellt der Hausarzt mit seiner Nähe am Gesamtschicksal des Patienten den Idealtyp des Arztes dar. Und wer dem Hausarzt die Existenz absagen will, der richtet seinen Angriff somit wider das Wesen des Arztes schlechthin, wie er sich seit Hippokrates herausgebildet hat. So besehen, greift die Frage des Hausarztes weit hinaus über den Kreis der Hausärzte — sie darf das Interesse der gesamten Ärzteschaft, ja aller der Kultur unseres Volkes Verantwortlichen beanspruchen.

Die Gründe, die wir für eine Gefährdung der hausärztlichen Tätigkeit anführten, gehen alle auf Entartungserscheinungen und Fehlentwicklungen unserer Zeit zurück — wer den Hausarzt beseitigen will, gerät in den Verdacht, diese Entartungserscheinungen und Fehlentwicklungen stabilisieren zu wollen. Unser Kampf um die Erhaltung des Hausarztes geht weit über ein begrenztes Standesinteresse hinaus, er bezieht seinen Impuls aus dem Willen, den Menschen als Persönlichkeit, als Geschöpf Gottes zu erhalten. Seien wir uns aber darüber klar, daß dieses das Generalthema unserer Zeit ist: ob der Mensch eine freie Persönlichkeit bleiben kann oder ob er Teilchen eines Termitenstaates werden soll. Alle Auseinandersetzungen dieser Zeit erhalten erst ihre wahre Bedeutung und sind erst richtig zu verstehen von diesem Generalthema her, auch die Auseinandersetzung um die Fragen des Arztiums. Lenins Wort: „Der Schlußstein des sozialistischen Staates ist die sozialisierte Medizin“ ist von der Höhe dieser Sicht gesprochen. Die sozialisierte, d. h. bürokratisierte Medizin ist freilich der Leichenstein des Hausarztes, aber wir wehren uns gegen solche Medizin, weil der kranke Mensch darunter leiden wird, wir wehren uns gegen dieses aus dem einseitigen Rationalen, Rechnerischen kommende Denken, da die Natur damit zerstört wird und sich in schrecklicher Weise rächt. Ein Beispiel für diesen Vorgang hat Amerika uns gegeben mit seiner rein auf das Rationale eingestellten Landwirtschaft: man hat seit Generationen den Boden ausgelaugt durch den Raubbau der „Getreidefabriken“, man glaubte des Bauern entraten zu können, welcher der Erde dient und sie als den nährenden Organismus pflegt — heute rächt sich die Erde, die Wüste frißt täglich einen großen Bauernhof, und Amerika gibt jährlich eine Milliarde Dollar für die Bekämpfung dieser fressenden Wüste aus, es fördert wieder den Bauern, weil auch er — wie der Hausarzt — eine Grundgegebenheit des Menschentums ist, die nicht ohne bleibenden tödlichen Schaden beseitigt werden kann.

Soll denn auch auf unserem Gebiete der gleiche Wahnsinn getrieben werden — nur damit wir auch hier einstens mit Schrecken einsehen, daß eine Wüste entstanden ist? Aber vielleicht haben wir dann schon so viel an menschlicher Substanz durch den Termitenwahn verloren, daß wir die Trostlosigkeit dieser Wüste nicht mehr empfinden und die Menschen zu Funktionseinheiten einer insektenhaften Existenz herabgesunken sind.

Wir Hausärzte wollen uns dieses düsteren Aspektes in unserem Kampfe um unser Wesen erinnern, wir werden die Bundesgenossenschaft aller Verantwortungsbewußten finden. (Anschr. d. Verf.: Erlangen, Ob. Karlstr. 34.)

Oxymors
bei Oxyuriasis

Kinderpackung
klinisch erprobt

Inhalt: 24 Täfelchen à 2 g zum Lutschen
1 Streudose, 10 g Analpuder

Bestell-Nr. 202 Vollkommen ungiftig! DM 2.85

RICHTER & CIE G.m.b.H. · ELTVILLE / Rhein

Nr. 201
Oxymors
Doppelpackung
Nr. 203
Oxymors
KP. Packung

MITTEILUNGEN

Sitzung der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer

Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer befaßte sich in ihrer Sitzung vom 4. April 1952 u. a. mit einigen die Ärzteschaft berührenden und vom Bayer. Landtag oder vom Bundestag z. Z. behandelten Gesetzesentwürfen, wobei sie insbesondere zu den nachstehenden Gesetzen Stellung nahm:

Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten:

Der Entwurf eines solchen Gesetzes wird zur Zeit in den zuständigen Ausschüssen des Bundestages beraten. Der Vorstand wandte sich bei der Erörterung des Gesetzesentwurfes einstimmig insbesondere gegen die Bestimmung des § 10, durch die von jedem Arzt eine besondere Befähigung zur Untersuchung und Behandlung Geschlechtskranker verlangt wird. Der Vorstand war sich darüber hinaus einig in der grundsätzlichen Ablehnung jeglicher Versuche, über die Approbation hinaus von einem Arzt für die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden den Nachweis entsprechender Erfahrungen oder einer Anerkennung zu verlangen.

Gesetz über das Blutspendewesen (Blutspendegesetz):

Der Entwurf eines solchen Gesetzes liegt dem Bundestag zur Beratung vor. Der Präsident nahm bei der Behandlung des Gesetzesentwurfes und der dazu bereits vorbereiteten Verordnungen unter einhelliger Zustimmung des Vorstandes mit aller Entschiedenheit gegen den Versuch des Bundesinnenministeriums Stellung, ohne Hinzuziehung oder beratende Mitwirkung von Vertretern der westdeutschen Ärzteschaft dem Arzt auf dem Verordnungswege vorzuschreiben, wie er bei der Vornahme von Blutübertragungen zu verfahren hat. Er vertrat nachdrücklichst den Standpunkt, daß die Regelung des Blutspendewesens unbedingt in den Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung gehört.

In diesem Zusammenhang wandte sich der Vorstand gegen die Bestrebungen insbesondere caritativer Vereinigungen, das Blutspendewesen mit Hilfe von unbezahlten Blutspendern aufzubauen und sprach sich für eine grundsätzliche Bezahlung der Blutspender aus.

Heilpraktikergesetz:

Im Zusammenhang mit der Behandlung eines neuen Heilpraktikergesetzes und der dazu von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in Form von Leitsätzen beschlossenen Stellungnahme, stellte sich der Vorstand zur Angelegenheit der Berufung von vier Ärzten in den Gutachterausschuß für Heilpraktiker — die Amtszeit der derzeitigen Mitglieder bzw. Stellvertreter läuft im April 1952 ab — mit folgendem einstimmig gefaßten Beschluß:

„Die Vorstandschaft der Bayerischen Landesärztekammer sieht sich nicht in der Lage, dem Ersuchen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 17. März 1952,

vier Ärzte für den Gutachterausschuß für Heilpraktiker vorzuschlagen, nachzukommen. Sie lehnt es im Namen der bayerischen Ärzteschaft grundsätzlich ab, bei der Durchführung des bestehenden oder eines etwaigen neuen Heilpraktikergesetzes in irgendeiner Weise mitzuwirken.“

Gesetz über die Verwahrung Geisteskranker, Geisteseschwacher, rausebgift- und alkoholsüchtiger Personen (Verwahrungsgesetz):

Der Entwurf dieses Gesetzes, das wegen der seinerzeit erfolgten Aufhebung des Artikel 8, Abs. II des PSTGB für Bayern vom 26. 12. 1871 durch die amerikanische Militärregierung notwendig wurde, liegt nach seiner Beratung im Bayer. Landtag nunmehr dem Senat vor.

Der Präsident lehnte insbesondere den Begriff „Verwahrung“ als nicht dem tatsächlichen überwiegenden Zweck der Verbringung solcher Personen in Heil- und Pflegeanstalten ab, der besser durch das Wort „Zwangsbehandlung“ ersetzt werden sollte, wie sie auch für gewisse ansteckende Krankheiten gesetzlich festgelegt ist. Dabei wurde auf den Widerspruch der Bezeichnung Verwahrung einerseits und einem dem Bayerischen Landtag und Senat zur Behandlung vorliegenden Antrag von Heil- und Pflegeanstalten auf Vermehrung der Planstellen für das ärztliche Personal andererseits hingewiesen.

Gesetz über die Schweigepflicht des Arztes:

Der vorliegende, vom Bund für Bürgerrechte ausgearbeitete Entwurf eines solchen Gesetzes wurde vom Präsidenten als zu umfangreicher Laienentwurf gekennzeichnet, da er zahlreiche Bestimmungen enthält, die den Durchführungsbestimmungen vorzubehalten sind. Der Vorstand trat einstimmig dem Vorschlag des Präsidenten bei, daß die Mitglieder der Vorstandschaft angesichts der Bedeutung eines solchen Gesetzes wie auch im Hinblick auf die Behandlung dieses Themas auf dem Deutschen Ärztetag 1952 innerhalb von vier Wochen ihre etwaigen Einwände gegen diesen Entwurf der Kammer bekanntgeben sollen.

Ärztliche Versorgung der Krankenhausinsassen:

Des weiteren wurde die Angelegenheit der Anstellung der zur ordnungsgemäßen Betreuung stationär Kranker an den Krankenanstalten Bayerns erforderlichen Anzahl ärztlicher Hilfskräfte eingehend behandelt. Präsident Dr. Weiler berichtete über das Ergebnis der dazu angestellten Erhebungen der Landesärztekammer. Die Vorstandschaft stimmte einmütig seinem Vorschlag zu, die Auswertung dieser Erhebungen der Öffentlichkeit in geeigneter Weise durch Presse und Rundfunk bekanntzugeben. Es konnte festgestellt werden, daß die bisher auf Grund der Erhebungen der Kammer mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus geführten Verhandlungen die ersten Erfolge hinsichtlich der Errich-



Bronchicum - Nattermann -

Reich an seltenen und edlen Wirkstoffen. Hochkonzentriert.

— ELIXIR DM 1.55
— TROPFEN DM 1.15
— VEGETABLE DM 1.55



tung weiterer Planstellen für ärztliche Hilfskräfte an Kliniken zu zeitigen beginnen.

Bayer. Ärztetag 1952:

Der Vorstand beschloß ferner einstimmig, den 7. Bayer. Ärztetag im Oktober d. J. in München abzuhalten. Als Tagungsort für den 8. Bayer. Ärztetag 1953 wurde Augsburg in Aussicht genommen. Die Vorstandschaft hält es für geboten, jeden 2. Ärztetag in München und die dazwischenliegenden Ärztetage in anderen und geeigneten Städten Bayerns stattfinden zu lassen.

Als Verhandlungsgegenstände des 7. Bayer. Ärztetages wurden vorgesehen: Die unumgänglich notwendige Änderung einiger Bestimmungen des Bayer. Ärztegesetzes, die ärztliche Fortbildung und das Problem der Krankenhausärzte.

Ärztckammergesetz in Nordrhein-Westfalen

Die Reichsärzteordnung vom Jahr 1935 hat sich als Rechtsgrundlage für das ärztliche Organisationswesen als so reformbedürftig erwiesen, daß eine Reihe deutscher Länder sich ein eigenes Ärztegesetz geschaffen hat. Als jüngstes wurde das „Gesetz über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte und Dentisten“ am 22. 1. 1952 vom Landtag des größten deutschen Landes, Nordrhein-Westfalen, verabschiedet und mit seiner Veröffentlichung am 5. 2. 1952 in Kraft gesetzt. In seinen Grundzügen stimmt es überein mit den entsprechenden Gesetzen der übrigen Länder: die Kammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, sie besitzen Pflichtmitgliedschaft und Berufsgerichtsbarkeit und regeln ihre Angelegenheiten durch eine für alle Angehörigen bindende Berufsordnung, die von der Aufsichtsbehörde zu genehmigen ist. Die Unabhängigkeit der Berufsgerichte wird gewährleistet durch die Bestimmung, daß Vorstandsmitglieder oder Angestellte der Kammer nicht Mitglieder der Berufsgerichte sein können.

Wahl der Vertreter der KV-Bez.Stelle München

Nachdem die Wahl der Vertreter der KV-Bez.Stelle München-Stadt und -Land vom 16. 12. 51 vom Landeswahlleiter wegen formeller Fehler für ungültig erklärt worden ist, wurde die Wiederholung der Wahl auf den 26. 4. 52 festgesetzt. Im Gegensatz zur letzten Wahl, wo nicht weniger als vier verschiedene Gruppen eine eigene Kandidatenliste aufgestellt hatten, bestand bei den Vorbereitungen für die nächste KV-Wahl eine gewisse Geneigtheit zur Einigung. In einer von der Vereinigung Prakt. Ärzte am 1. 4. 52 einberufenen Versammlung, auf der die Vertreter sämtlicher Gruppen anwesend waren, wurde die Aufstellung einer Einheitsliste beschlossen. Am 26. 3. 52 war eine Versammlung des Hartmannbundes vorausgegangen, in der auf die Aufstellung einer eigenen Liste verzichtet und beschlossen wurde, das Zustandekommen einer Einheitsliste mit allen Kräften zu unterstützen. Zum fristgerechten Termin, dem 6. 4. 52, wurde denn auch nur eine Liste eingereicht, in der alle Gruppen vertreten sind.

Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf über das Blutspendewesen

Der vom Bundesinnenministerium federführend bearbeitete Entwurf eines Gesetzes über das Blutspendewesen sieht in der Form von Rechtsverordnungen, deren Erlaß dem Bundesminister des Innern übertragen wird, Eingriffe in die ärztliche Entscheidungsfreiheit vor, die nicht zum Nutzen des Kranken sind. Die Fülle der formalen Bestimmungen, die bereits im Gesetz niedergelegt sind, muß Situationen schaffen, die den Arzt zwingen, auf le-

bensrettende Bluttransfusionen lediglich deshalb zu verzichten, weil in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht alle Bestimmungen erfüllt werden können. Welch schwere Gefahren hierdurch den Kranken drohen, bedarf keiner weiteren Begründung.

Die Ärzteschaft lehnt daher nach wie vor das Blutspendegesetz, insbesondere aber dessen § 7 ab. Gegen die Bestimmung des § 7 hatte sich auch der Bundesrat gewandt, die Bundesregierung hat jedoch den Abänderungsvorschlägen des Bundesrates nicht zugestimmt.

Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern wandte sich scharf dagegen, daß es das Bundesinnenministerium unterlassen hat, rechtzeitig mit der Ärzteschaft Fühlung herzustellen und eingehende Äußerungen der Ärzteschaft einzuholen. Auch den durch das Gesetz besonders stark betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Serologie wurde der Entwurf erstmalig erst nach seiner Verabschiedung durch das Bundeskabinett zur Kenntnis gegeben. Ein Vertreter der Gesamtärzteschaft war zu dieser Sitzung nicht geladen. Obwohl sich alle maßgeblichen Fachgesellschaften gegen die Bestimmungen des Gesetzes schärfstens ausgesprochen haben, hat die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums ihren Standpunkt unverändert aufrechterhalten. Man versucht mit Polizeimaßnahmen Dinge zu regeln, die nur durch ständige Belehrung, Unterrichtung und Hinweise in einem für alle Beteiligten annehmbaren Sinne erledigt werden können. Der Geschäftsführende Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern beschloß einstimmig, die Grundtendenz des Blutspendegesetzes und insbesondere die Bestimmungen des § 7 dieses Gesetzentwurfes abzulehnen. Er empfiehlt eine Regelung, die Richtlinien an die Stelle der vom Bundesinnenministerium geplanten Rechtsverordnungen setzt. (MED PRESS Nr. 6/52)

Die Notlage der bayerischen Krankenhäuser

Auf Antrag des Landtagsabgeordneten Dr. Soening hatte der Bayerische Landtag am 22. 11. 1951 durch einen Beschluß an das Bayerische Staatsministerium des Innern zur Beantwortung eine Reihe von Fragen gerichtet, welche den Stand der bayerischen Krankenanstalten betreffen. Aus dem am 9. 1. 1952 gegebenen Bericht des bayerischen Staatsministers des Innern, Dr. Hoegner, geht hervor, daß eine große Reihe von Mängeln bestehen, welche die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und damit die ordnungsgemäße stationäre Betreuung der Kranken schwer gefährden. Die schlechte finanzielle Lage hat zu einem personellen und materiellen Notstand geführt, für dessen Behebung nach Feststellungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft rund 20 Millionen Mark notwendig wären.

Schon die Zahl der Betten (8,6 auf je 1000 Einwohner), die in normalen Zeiten ausreichend wäre, muß unter dem heutigen Wohnraumangel, der erhöhten Morbidität und angesichts des Standes der Infektionskrankheiten (Tuberkulose) als zu niedrig bezeichnet werden. Wir geben nachstehend einige Zahlen, welche die Verhältnisse illustrieren:

Krankenanstalten in Bayern	695
Bettenzahl	79 226
Betten auf 1000 Einwohner	8,6
Anstalten unter 50 Betten	136 = 26,2%
Anstalten ohne 2. Operationssaal	187 = 36,0%
Anstalten ohne Labor	143 = 27,5%
Anstalten ohne Röntgeneinrichtungen	83 = 16,0%
Anstalten ohne Desinfektionsanlage	248 = 47,7%



gallo
sanol

entlastet schnell
von Gallenbeschwerden
O. P. 30 Silberdragées DM 1.65

DR. SCHWARZ KG.
MONHEIM
BEI DÜSSELDORF

Krankenanstalten in Westdeutschland

Ein großer Teil der Krankenanstalten in Westdeutschland befindet sich gegenwärtig in einer schweren Krise, die zum Teil bereits zu einer starken Verschuldung der Anstalten geführt hat. Die hessischen Krankenhäuser haben z. B. heute bereits eine Schuld von rd. 30 Mill. DM. Die Notlage wurde hervorgerufen durch die Kriegszerstörungen, den Verlust der eigenen finanziellen Mittel durch die Währungsreform, die allgemeine Verteuerung der Lebensmittel und Medikamente und die Erhöhung der Löhne und Gehälter des Personals. In den meisten Ländern und in fast allen größeren Städten fehlen aber heute nicht nur Krankenbetten, sondern vor allem auch Krankenschwestern und sonstiges Pflegepersonal.

(Med. Kl. Nr. 13)

Wirtschaftliche Verordnungsweise — Vereinbarung

Bezüglich der Vereinbarung zu Ziffer 25 u. 26 der Bestimmungen über wirtschaftliche Verordnungsweise in der Krankenversicherung vom 4. 1. 1949 wurde zwischen der KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen in Bayern folgendes vereinbart:

Die ergänzende Vereinbarung vom 4. Januar 1949 zu Ziffer 25 und 26 der Bestimmungen über wirtschaftliche Verordnungsweise in der Krankenversicherung vom 4. 1. 1949 wird ab 1. 1. 1952 aufgehoben*). Zu Ziffer I B 26 der Bestimmungen über wirtschaftliche Verordnungsweise in der Krankenversicherung vom 24. 8. 1935 (AN. 1935 S. IV 331) wird folgender Schlusssatz vereinbart:

„Verordnungen von Nähr- und Stärkungsmitteln auf Kosten der bayerischen Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen auf dem Rezept den Vermerk „necesse“ tragen. Die Begründung für die Notwendigkeit der Verordnung ist auf dem Abrechnungsblatt für die KVB (Formblatt 14 oder Abrechnungsbogen) einzutragen**).

München den 6. 3. 1952

Gezeichnet: Unterschriften

*) Damit entfällt die namentliche Aufführung einzelner Präparate.

**) Die Begründung ergibt sich in den meisten Fällen aus der angegebenen Diagnose.

Augenarztverfahren bei Arbeitsunfällen

Zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem Gesamtverband der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften einerseits und dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. andererseits ist unter dem 12. Dezember 1951 eine Vereinbarung getroffen worden, in der festgelegt wird, daß bei bestimmten Augenverletzungen stets berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung stattfindet, genau wie dies bezüglich bestimmter Verletzungen, im wesentlichen hinsichtlich schwerer Brüche, Quetschungen und Verbrennungen, schon stets im Verletzungsverfahren der Fall war. Durch die Vereinbarung sollte eine einheitliche Regelung für das gesamte Bundesgebiet getroffen und einwandfrei klaggestellt werden, bei welchen Augenverletzungen die Behandlung zu Lasten der Berufsgenossenschaft durchzuführen ist. Der Text des Abkommens wurde in den meisten westdeutschen Ärzteblättern veröffentlicht.

Nun kommen gerade aus den Reihen der Augenärzte Einsprüche mit der Anfrage, inwieweit der Vertrag auch für alle Augenärzte rechtsverbindlich sei. Zweifellos besteht diese Rechtsverbindlichkeit nicht für diejenigen Augenärzte, die dem Berufsverband der Augenärzte nicht angehören. Ob er für die Angehörigen des Verbandes Rechtskraft besitzt, wird davon abhängen, inwieweit die Mitglieder sich verpflichtet haben, alle Vereinbarungen des Vorstandes anzuerkennen und innezuhalten.

Zur Aufhebung des Mieterschutzes für Praxisräume

Über die Gültigkeit der Mieterschutz-Ausnahmen-Verordnung vom 27. 11. 1951 wird demnächst das Bundesverfassungsgericht entscheiden. Um bis dahin Zeit zu gewinnen, ist am 21. März 1952 eine Verordnung zur Änderung der Verordnung über Ausnahmen vom Mieterschutz erlassen, die als Stichtag für die Freigabe des Mieter-

schutzes für Geschäftsräume (Praxisräume) an Stelle des 1. April den 1. Juli 1952 bestimmt. Aus inzwischen ergangenen Urteilen, durch die ein Mieter oder Pächter auf Grund der Verordnung über Ausnahmen vom Mieterschutz zur Räumung oder Zurückgabe des Miet- oder Pachtgegenstandes verurteilt ist, ist nach der neuen Verordnung die Zwangsvollstreckung nicht vor dem 1. Juli 1952 zulässig. Verschiedene Gerichte haben bereits Verfahren, in denen es auf Gültigkeit der Mieterschutz-Ausnahmen-Verordnung ankam, bis zu einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ausgesetzt.

Im übrigen hat die Bundesregierung inzwischen den Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Mieterschutz-Ausnahmen-Verordnung eingebracht. Nach dem Entwurf soll den betroffenen Geschäftsräummieter die Möglichkeit einer Kündigungswiderrufungsklage gegeben werden mit dem Antrag, die Kündigung für ungültig zu erklären, wenn für den Mieter durch die Kündigung erhebliche Nachteile entstehen würden und dem Vermieter die Fortsetzung des Mietverhältnisses zugemutet werden kann. Dabei sollen die gesamten Verhältnisse des Mieters sowohl als auch des Vermieters in Betracht gezogen und die beiderseitigen Interessen gegeneinander abgewogen werden. Eine Fortsetzung des Mietverhältnisses soll dem Vermieter nach dem Entwurf nicht zuzumuten sein, wenn eine fristlose Kündigung gerechtfertigt ist, ferner bei bedeutendem Eigenbedarf des Vermieters.

Verlangt der Vermieter eine Mieterhöhung, so ist eine solche nach dem Entwurf vom Mieter zu bewilligen, wenn der Vermieter bei einer anderweitigen Vermietung eine höhere Miete erhalten könnte und die erhöhte Miete nicht über die ortsübliche Miete hinausgeht. Die Tatsache, daß der Vermieter bei anderweitiger Vermietung einen höheren Mietpreis erzielen würde, genügt demnach allein nicht, die Fortsetzung des Mietverhältnisses abzulehnen, nämlich dann nicht, wenn der neue Mietpreis sich nicht mehr im Rahmen der ortsüblichen Miete hält.

Eine wesentliche Vergünstigung sieht der Entwurf für solche Mieter vor, deren Mietverhältnis sich einheitlich auf Wohn- und gewerbliche Räume erstreckt, da deren Mieter nur den in der Verordnung über Maßnahmen auf dem Gebiete des Mietpreisrechts vom 29. 11. 1951 vorgesehenen Gewerbezuschlag zahlen sollen.

Bei Zahlung eines Baukostenzuschusses durch den Mieter hat der Vermieter nicht das Recht, sich auf Eigenbedarf zu berufen. Der gezahlte Zuschuß ist überdies bei der Bewertung der gezahlten Miete angemessen zu berücksichtigen.

Abschließend ist zu sagen, daß nach dem Entwurf, der in seinen wesentlichen Bestimmungen Gesetzeskraft erlangen dürfte, die Belange der Mieter weitgehende Berücksichtigung gefunden haben.

(Dr. jur. Cordes, Vechta)

Zusatz der Schriftleitung:

Es ist nicht anzunehmen, daß das Kündigungsrecht, das unter den oben angegebenen Voraussetzungen dem Vermieter zusteht, sich auch auf die Räume einer ärztlichen Praxis erstreckt, da diese in keiner Weise den Charakter von „gewerblichen Räumen“ tragen. Die Tätigkeit eines Arztes ist keine gewerbliche; sie stellt vielmehr die Ausübung eines freien Berufes dar.

Abschluß und Ergebnis der Internationalen Universitätskonferenz in Königswinter

Am 3. 4. 52 fand die viertägige Internationale Universitätskonferenz in Königswinter ihren Abschluß. Die ärztliche Sektion dieser Konferenz, zu der unter Leitung von Prof. Dr. Neuffer führende ausländische Ärzte gehörten (Prof. Barnard, Dekan der Medizin. Fakultät von London, Chefarzt des St.-Thomas-Hospitals, Prof. Pickering, Chefarzt des Universitätskrankenhauses St. Mary, London, Prof. Guéniot, Universitätsklinikchef der Fakultät von Paris, Dr. Harris, Public Health, USA), dann Prof. Dr. Neusel, Bonn, Dekan; Prof. Siegmund, Münster; Prof. Schulten, Köln etc., nahm in zweitägiger, gründlicher Diskussion zu folgenden vier Fragen Stellung:

1. Aus welchen sozialen Schichten kommt der Nachwuchs? Welche Auswahlprinzipien sollen

angewandt werden? Herrscht Mangel oder Überangebot an Bewerbern?

2. Entspricht die Universitätsausbildung den Anforderungen des Berufes? Sind Fortbildungskurse erwünscht?
3. Ist es notwendig oder wünschenswert, daß die Fachausbildung durch eine überfachliche Ausbildung ergänzt wird, die eine möglichst umfassende geistige und politische Orientierung zum Ziel hat? Kann die Universität diese Aufgabe leisten?
4. Gibt es ein über die bloße sachliche Leistung hinaus verpflichtendes Berufsethos? Soll es, falls nicht vorhanden, erstrebt werden?

In allen Ländern kommen die Medizinstudenten zu nahezu 60% aus den mittleren Bevölkerungsschichten. In USA herrscht ein solcher Überfluß an Bewerbern bei sehr begrenzter Zulassung zum Studium seitens der 72 Medizinhochschulen, daß jährlich von 20 000 Bewerbern nur 7000 zugelassen werden. Auch in England ist die Zulassung sehr beschränkt. Die Auswahlprinzipien sind sehr verschieden. In England z. B. entscheidet fast ausschließlich die Anzahl der verfügbaren Lehrbetten. In Deutschland steht der numerus clausus im Widerspruch zum Grundgesetz, mußte aber wegen Hörsaalüberfüllung an mehreren Universitäten eingeführt werden. In Deutschland geht zur Zeit die Zahl der Medizinstudierenden zurück, in Frankreich und der Schweiz nimmt sie laufend zu.

Die Universitätsausbildung in England und USA, die vorwiegend eine praktische Ausbildung am Krankenbett ist, entspricht den Bedürfnissen des Berufs, für andere Länder werden Reformen angestrebt (in Deutschland sollen bekanntlich 2 praktische Jahre dem Medizinstudium angefügt werden). Die Vertreter aller Nationen erachteten es für dringend notwendig, daß der Medizinstudent sich besonders in den ersten Jahren auch mit allgemeinen Fächern, vor allem mit Anthropologie beschäftigt, um das nötige Verständnis für die Ganzheit des Menschen zu gewinnen. Die Überfüllung des Studienplanes steht dem leider bisher entgegen. Mit allem Nachdruck wurde daher gefordert, daß die Belehrung auf der Universität sich auf das beschränkt, was der Allgemeinpraktiker später wissen muß. Die Ausbildung zum Facharzt ist auf die Zeit nach dem Studium zu verlegen. Daher haben die Examinatoren bei der Prüfung auch nicht das Recht, zu sehr ins einzelne gehendes Wissen zu verlangen. Es wird vorgeschlagen, nach dem Schweizer Muster die Kandidaten durch 2 Examinatoren prüfen zu lassen, unter Vorsitz eines Vertreters der Ärzteschaft. Diese Methode hat sich besonders bei der Ablehnung eines Bewerbers bewährt, der sich dann einem dreifachen Urteil gegenüber sieht.

Allgemein wurde eine Verkürzung der Prüfungszeit verlangt. In England kann z. B. das Examen in 2—3 Wochen abgelegt werden. Der deutsche Vorschlag geht dahin, daß das medizinische Staatsexamen in spätestens 6—8 Wochen abgeleistet sein muß.

Fortbildungskurse sind in allen Ländern erwünscht und werden überall bereits teils durch die Berufsorganisationen, teils durch die Fakultäten durchgeführt. Zur Vermeidung finanzieller Schwierigkeiten soll der Staat um Mittel gebeten werden, den Ärzten die Teilnahme zu erleichtern. Es ist ein größerer Wert darauf zu legen, daß die vorhandenen Ärzte gut fortgebildet werden, als daß eine Überzahl neuer Medizinstudierender zum Studium zugelassen wird. Man war übereinstimmend der Ansicht, daß die überfachliche Ausbildung schon Sache der höheren Schule sein muß. Die humanistische Schulbildung ist gerade für den Arzt die wünschenswerteste, kann aber im Hinblick auf heutige Verhältnisse nicht mehr gefördert werden. In England pflegt man die Allgemeinbildung durch Vorträge, Diskussionen etc. in den studentischen Klubs. In Deutschland werden zusätzlich noch Studien- und Reisespenden gefordert.

Im Zusammenhang mit dem Berufsethos wird die Frage der Schweigepflicht gründlich besprochen. In diesem Zusammenhang hat der Ausschuß die Internationale Universitätskonferenz darum, im Interesse der Achtung der menschlichen Persönlichkeit das Verlangen der medizinischen Sektion zu unterstützen, daß die ärztliche Schweige-

pflicht von staatlichen und Versicherungsbehörden so streng als überhaupt möglich beachtet werden muß.

Die Forderung nach einer akademischen Haltung wurde allgemein bejaht. Es muß aber dabei streng vermieden werden, soziale Gegensätze aufzureißen, sondern ausdrücklich darf unter akademischer Haltung nur die allgemein-menschliche Haltung verstanden werden. (Eigenmeldung, Ä.Pr.Mü.)

Tuberkulostaticum „Neoteben“

Die pharm.-wissenschaftl. Abteilung der Firma Bayer, Leverkusen, teilt uns mit:

Isonicotinsäurehydrazid, das von den amerikanischen Firmen Hoffmann La Roche und Squibb unter dem Namen Rimifon und Nydrazid zur Behandlung der Tuberkulose in den Verkehr gebracht wird, ist chemisch identisch mit dem von den Farbenfabriken Bayer, Leverkusen, unter der Bezeichnung „Neoteben“ in klinische Prüfung abgegebenen Tuberkulostaticum. Neoteben wurde bereits 1950 von Herrn Dr. Offe in dem unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Bayer stehenden wissenschaftlichen Hauptlaboratorium der Farbenfabriken Bayer, Leverkusen, aufgefunden und von dem Nobelpreisträger Prof. Domagk in den Elberfelder Laboratorien der Farbenfabriken Bayer in seiner sehr guten tuberkulostatischen Wirkung erkannt. Schon Mitte 1951 wurde das Präparat an Herrn Prof. Klee, Inn. Klinik der Städt. Krankenanstalten Wuppertal-Elberfeld, zur klinischen Erprobung abgegeben, und es hat sich dort bis jetzt sehr gut bewährt. Hierüber hinaus liegt das Präparat bereits seit Monaten einigen weiteren deutschen Klinikern zur Erprobung vor und wird innerhalb der nächsten Wochen, wie die Werksleitung der Farbenfabriken Bayer angibt, weiteren 30—50 Kliniken und Heilstätten zur Verfügung gestellt werden. In Kürze ist mit dem Erscheinen der ersten wissenschaftlichen Publikationen über Neoteben aus den Laboratorien der Farbenfabriken Bayer zu rechnen. Bereits 1943 haben Domagk, Behnisch, Mietzsch und Schmidt die grundlegende Bedeutung der Hydrazin-Derivate, zu denen auch Conteben und dessen Derivate gehören, für die Chemotherapie der Tuberkulose beschrieben und somit den Anstoß zu einer umfassenden Bearbeitung dieses Gebietes in aller Welt gegeben. Neoteben und die mit ihm identischen ausländischen Präparate der Firmen Hoffmann, La Roche und Squibb, USA, stellen somit eine Weiterentwicklung des Conteben dar.

Australischer Gesundheitsdienst

Ganz im Gegensatz zu seinem Mutterland England hat sich Australien in der Regelung seines Gesundheitsdienstes völlig von dem Kollektiv-Prinzip des „Wohlfahrtsstaates“ abgewandt und ein äußerst freiheitliches System seines Gesundheitswesens aufgebaut, das die freudige Mitarbeit der Ärzteschaft genießt.

In einer Sitzung der kanadischen Ärztesgesellschaft in Toronto am 14. 8. 51 hat der australische Gesundheitsminister, Sir Earl Page, ausführlich das Programm seiner Regierung dargelegt. Soweit sich nicht die Regierung die besonderen Aufgaben der Koordinierung, der teilweisen Finanzierung und der allgemeinen hygienischen Prophylaxe vorbehält, basiert das System auf völliger Freiwilligkeit. Träger sind private, gemeinnützige Versicherungsinstitute, die vom Staat gefördert werden. Streng gewahrt bleibt das Verhältnis zwischen Patient und Arzt, der mit der Versicherung keinerlei direkte Beziehungen hat, die Kostenbeteiligung des Patienten wird als das beste Mittel betrachtet, diesen zu einer weisen Mäßigung anzuhalten. Im übrigen werden vom Staat gestaffelte Beträge zu den Kosten geleistet.

Auf diese Weise hofft der Gesundheitsminister, daß in kurzem ca. 85% der Bevölkerung einen freiwilligen Versicherungsschutz genießen wird. Die restlichen 15%, die aus wirtschaftlicher Schwäche die Prämienzahlung nicht leisten können oder die infolge von Alter oder Krankheit außerhalb des Rahmens der Versicherungsbedingungen fallen, übernimmt der Staat in voller Höhe die Behandlungskosten. Zu den Aufgaben des Staates rechnen ferner noch allgemein-prophylaktische Maßnahmen sowie die Sorge für ärztliche Ausbildung und Forschung. (Auszugsweise entnommen a. „Schweiz. Ärztezeitung“ Nr. 15/52.)

Angebliches Krebsheilmittel „Endobiont Chondritin“

Seit Anfang dieses Jahres ist in Presse und Rundfunk eine erhebliche Diskussion über das angebliche Krebsheilmittel „Endobiont Chondritin“ im Gange, das der Berliner Zoologe Prof. Günther Enderlein entwickelt hat. Außer der Wirksamkeit bei Krebs, wird von Prof. Enderlein das Mittel auch zur Behandlung anderer Krankheiten (Hodgkinsche Krankheit, Zuckerkrankheit, Rheumatismus usw.) angepriesen.

Es muß in diesem Zusammenhange darauf hingewiesen werden, daß die Theorie Prof. Enderleins über die Bakteriencytologie, auf der auch sein angebliches Heilmittel beruht, bereits seit 25—30 Jahren vor ihm vertreten wird und bisher keiner wissenschaftlichen Nachprüfung standgehalten hat. Ebenso konnte sein Präparat, das früher den Namen „Mutalin“ trug und jetzt den Namen „Endobiont Chondritin“ von ihm erhalten hat, bisher nicht klinisch nachgeprüft werden, da sich Prof. Enderlein geweigert hatte, das Präparat zu diesem Zweck zur Verfügung zu stellen. Das Landesgesundheitsamt Berlin hat nun den Vertrieb des Präparats untersagt, bis eine wissenschaftliche und klinische Nachprüfung über seine Wirksamkeit erfolgt ist. Hierzu hat sich Prof. Enderlein nun bereit erklärt, nachdem er eine Überprüfung seines Mittels durch das Robert-Koch-Institut, Berlin, und durch das Paul-Ehrlich-Institut in Frankfurt am Main, aus unverständlichen Gründen abgelehnt hatte. Es muß davor gewarnt werden, das Enderleinsche Mittel anzuwenden, bevor eine Überprüfung erfolgt ist, wie sie bei jedem Arzneimittel vor seiner Freigabe vorzunehmen ist.

(Ä.Pr. Stgt.)

Freispruch Grönings

Bruno Grönling wurde von einem Münchener Schöffengericht von der Anklage des Verstoßes gegen das Heilpraktikergesetz freigesprochen, da es zweifelhaft sei, ob objektiv ein Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz vorliege. Es sei auch nicht nachweisbar, daß Grönling sich subjektiv einer Schuld bewußt gewesen sei. Die Tätigkeit als Psychotherapeut falle nicht unter das Heilpraktikergesetz. Die bei mehreren Massenheilungen eingenommenen 104 000.— DM bezeichnete er als Spenden. Er selbst habe niemals Honorare verlangt und sei niemals anwesend gewesen, wenn Angehörige seines Stabes „Freiwillige Spenden“ eingesammelt hätten. Er habe sich nicht darum kümmern können, da er seinen Patienten Tag und Nacht zur Verfügung stand. Ein Münchener Heilpraktiker, in dessen Praxis Grönling Heilbehandlungen durchgeführt hat, erhöhte während der Anwesenheit seine Honorare von 5 DM auf 10 DM und begründete dies mit den durch den Stab Grönings (einem Privatsekretär und mehreren Schreibern und Schreiberinnen) bedingten erhöhten Kosten.

Grönling habe sich wiederholt um eine behördliche Genehmigung seiner Heiltätigkeit bemüht. Von den maßgebenden Stellen sei bisher keine endgültige Stellungnahme erfolgt, jedoch hätten sich höchste Stellen in Bayern Grönling gegenüber „sehr wohlwollend“ verhalten. Das freisprechende Urteil wurde mit lebhaftem Beifallklatschen aufgenommen. Eine dichte Menschenmenge umringte Grönling und jeder einzelne versuchte, ihm die Hand zu schütteln und ihn zu beglückwünschen. Grönling erklärte, für ihn gäbe es bei der Ausübung seiner Heiltätigkeit keine Grenzen, er könne sich dabei nicht auf seinen derzeitigen Aufenthaltsort, Gräfelfing bei München, beschränken und sich so den Heilungssuchenden im In- und Ausland entziehen.

(Ein recht eigenartiges Urteil! Nach dem derzeit gültigen Heilpraktikergesetz § 1, Abs. 2 ist die Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes jede berufs- oder ge-

werbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird. Nach § 3 berechtigt die nach § 1 erteilte Erlaubnis nicht zur Ausübung der Heilkunde im Umherziehen.) (Ä.Pr.Mü.)

Ausbildungsbeihilfe

Durch die vom Präsidenten des Hauptamtes für Soforthilfe Bad Homburg ergangene Weisung vom 29. 2. 1952 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 13 v. 29. 3. 1952) wurden die bisher für die verschiedenen Berufsgruppen erlassenen Weisungen zu einer einheitlichen zusammengefaßt. Diese enthält folgende wichtige, zum Teil abgeänderte Vorschriften:

Die Gewährung von Ausbildungsbeihilfen an Ärzte ist nach wie vor auf die Weiterbildung zum Facharzt und auf die Vorbereitung zum Kassenarzt beschränkt.

Antragsberechtigt sind Ärzte, die folgenden Geschädigten angehören:

1. Flüchtlinge im Sinne des § 31 Ziff. 1 SHG, die am Währungsstichtag (21. 6. 1948) Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt im Währungsgebiet hatten, und Flüchtlinge im Sinne des § 1 der Anordnung nach § 73 SHG vom 8. 8. 1949;

2. Sachgeschädigte im Sinne des § 31 Ziff. 2 SHG;

3. Pol. Verfolgte im Sinne des § 31 Ziffer 4 SHG; hierbei ist § 76 SHG zu beachten;

4. Spätheimkehrer im Sinne des § 2 der Anordnung nach § 73 SHG v. 8. 8. 1949.

Der Antragsteller muß das Unvermögen, die Kosten der Ausbildung aus eigenen Mitteln in vollem Umfange aufzubringen, nachweisen.

Die Höhe der Ausbildungshilfe beträgt für ledige Ärzte mindestens 30 DM und höchstens 70 DM. Für Verheiratete können diese Beträge um jeweils bis zu 30 DM erhöht werden. Verheiratete Antragsberechtigte können als ledige behandelt werden.

Fallen Wohnung und Ausbildungsort nicht zusammen, so kann zu der zu bewilligenden Beihilfe ein zusätzlicher Betrag bis zu 30 DM für Unterkunft und Verpflegung gewährt werden.

Die Beihilfe ist grundsätzlich längstens für 6 Monate zu gewähren. Die Bewilligungszeiträume sind: 1. April bis 30. September und 1. Oktober bis 31. März.

Nach Ablauf des ersten halben Jahres kann eine Weitergewährung der Beihilfe nach Überprüfung der Voraussetzungen durch den Leiter des Amtes für Soforthilfe am Ausbildungsort im Benehmen mit dem Leiter der Ausbildungsstätte ohne neuerliche Einschaltung des Soforthilfeausschusses stattfinden.

Anträge auf Ausbildungshilfe sind auf vorgeschriebenen Vordrucken an die für die Ausbildungsorte jeweils zuständigen Ämter für Soforthilfe zu richten. Sie sind von Ärzten beim Chefarzt der Krankenanstalt oder beim Leiter der Ausbildung einzureichen. Den Anträgen ist vom Ausbildungsleiter eine Bescheinigung über das Datum der Approbation, den gegenwärtigen Stand der Ausbildung mit dem Datum der voraussichtlichen Beendigung sowie über das gegenwärtige Arbeitsentgelt einschließlich Verpflegung beizufügen.

Über die vorliegenden Anträge entscheidet nunmehr der für den Ausbildungsort zuständige Soforthilfeausschuß. Zu den Sitzungen des Soforthilfeausschusses sind mit beratender Stimme je ein Geschädigter aus dem Kreis der Antragsteller sowie der Leiter einer der Ausbildungsstätten, die für die Antragsteller in Betracht kommen, zuzuziehen.

Dr. Meissners ANTI-RHEUMA

THERMULSION

Die zuverlässige Einreibung

Jetzt DM 1.25 o. U.

MEISSNER & Co. (13b) Bayer, Gmain

Durch eine vom Bayerischen Staatsministerium des Innern zur Weisung des Hauptamtes für Soforthilfe am 29. Febr. 1952 ergangene Vollzugsentschließung wird bestimmt, daß die Vordrucke für Anträge auf Ausbildungshilfe von den Ämtern für Soforthilfe abgegeben werden.

Zur Durchführung der weiteren Anordnung, daß alle zunächst bis zum 31. 3. 1952 bewilligten Ausbildungshilfen in der festgesetzten Höhe bis zum 31. 7. 1952 bzw. bis zur etwaigen früheren Beendigung der Ausbildung weiterzuzahlen sind, ergehen noch nähere Weisungen.

Anträge auf Ausbildungshilfe sind auch bei vorläufiger Weitergewährung der Ausbildungshilfe bis zum 31. 7. 1952 spätestens bis zum 3. 5. 1952 über den Leiter der Ausbildung an das für den Ausbildungsort zuständige Amt für Soforthilfe einzureichen. Auch über diese Anträge entscheiden nicht mehr Bewilligungsausschüsse, sondern die Soforthilfeausschüsse der für die Ausbildungsorte zuständigen Ämter für Soforthilfe.

6. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“

Die Vorträge der 6. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ mit dem Thema: „Krankheiten des Blutes“ (einschl. Thrombose und Embolie) sind erschienen und können gegen Vorweisung von 3 DM vom Ärtzl. Bezirksverein Augsburg bezogen werden. Konto des ÄBV Augsburg: Postscheckamt München Nr. 65 30.

Kreisärztekammer Lindau

Durch die Rückgliederung Lindaus nach Bayern am 1. 4. 1952 wird auch die dortige Ärztekammer dem Ärztlichen Kreisverband Schwaben eingegliedert.

Mitarbeit an der Ärztlichen Pressestelle

Einzelne Ärztliche Bezirksvereine haben in der letzten Zeit die Ärztliche Pressestelle durch Übersendung von Ausschnitten aus Zeitungen und Zeitschriften unterstützt. Die Ärztliche Pressestelle ist für jede derartige Förderung dankbar.

Die Benachrichtigung an die Ärztliche Pressestelle über die Ärzteschaft allgemein interessierende örtliche Vorkommnisse ist jederzeit erwünscht.

Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns

Um Unklarheiten zu beseitigen, wird nochmals mitgeteilt (vgl. Bayer. Ärzteblatt Nr. 12/50, Seite 306), daß durch Beschluß der Vollversammlung vom 28. 4. 1950 die Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin auf das Land Bayern ausgedehnt und im Vereinsregister eingetragen wurde. Der derzeitige Vorsitzende ist Herr Dr. Fritz Valentin, München 23, Kaiserpl. 12. Beitrittsanmeldungen wollen an ihn gerichtet werden.

AUS DER FAKULTÄT

München: Dozent Dr. Hermann Ernst Grobig (Nervenfacharzt in Ravensburg) wurde mit M.E. Nr. V 7354 vom 14. 2. 1952 wiederum als Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie in der Med. Fakultät der Univ. München bestätigt.

Dr. med. Heinrich Lüddecke (Assistent an der Chirurg. Univ.-Klinik München) wurde mit M.E. Nr. V 87643 vom 29. 2. 1952 zum Privatdozenten für Chirurgie ernannt.

Dr. med. Dr. phil. Paul Matusek (Assistent am Klin. Institut d. Dtsch. Forschungsanstalt für Psychiatrie — Max-Planck-Institut — München) wurde mit M.E. Nr. V 87644 vom 29. 2. 1952 zum Privatdozenten für Neurologie und Psychiatrie ernannt.

Prof. Dr. Anton Oberriedermayr (Chefarzt am Chirurg. Kinderkrankenhaus in Oberammergau) wurde mit M.E. Nr. V 1045 vom 29. 2. 1952 wiederum als apl. Professor für Chirurgie in der Med. Fakultät der Univ. München bestätigt.

Der bisherige Privatdozent für Physiologie und Assistent am Physiolog. Institut d. Univ. München, Dr. med. Hans Reichel, wurde mit M.E. Nr. V 86501 vom 21. 2. 1952 zum apl. Professor ernannt.

Prof. Dr. Georg August Weltz, Röntgenfacharzt, wurde mit M.E. Nr. V 83653 vom 28. 2. 1952 wiederum als apl. Professor für Röntgen-Physiologie in der Med. Fakultät der Univ. München bestätigt.

Der bisherige Privatdozent für Physiologie und Konservator am Physiolog. Institut d. Univ. München, Dr. med. Erich Wetterer, wurde mit M.E. Nr. V 86411 vom 28. 2. 1952 zum apl. Professor ernannt.

PERSONALIA

Professor Dr. Albert Hasselwander, früher Anatom an der Universität Erlangen, feierte am 2. 4. 1952 in guter Gesundheit in Arlaching a. Chiemsee seinen 75. Geburtstag.

Prof. Dr. med. Edwin Hauberrisser, Kiefer- und Gesichtschirurg an der Kiefer-Klinik des Städt. Krankenhauses in Regensburg, feiert am 30. 4. 1952 seinen 70. Geburtstag.

Professor Dr. Ludwig Haymann, a.o. Professor für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten an der Universität München, feierte am 10. 4. 1952 seinen 75. Geburtstag.

Ordentl. Prof. Dr. Werner Hueck (Direktor d. Patholog. Instituts d. Univ. München) beging am 18. 4. 1952 seinen 70. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Sanitätsrat Dr. Julius Doerfler, ehemal. Krankenhausdirektor in Amberg und Ehrenbürger der Stadt Amberg, ist nach kurzer Krankheit am 14. 3. 1952 im 81. Lebensjahr gestorben.

Unter den Opfern der Frankfurter Flugzeugkatastrophe am 22. 3. 1952 befand sich auch der Kollege Dr. Paul Schaumberg, prakt. Arzt in Weissenburg i. B., der am 26. 3. 1952 seinen schweren Verletzungen erlegen ist. Dr. Schaumberg, der als Sohn eines deutschen Arztes und Zahnarztes 1900 in Windhuk geboren war, befand sich auf dem Rückflug von Windhuk, wo er seine dort lebende Mutter besuchte und Vorbereitungen für seine Übersiedlung dahin getroffen hatte.

Am 30. März 1952 starb in Kaufbeuren der praktische Arzt Dr. Hans Wüstendörfer im Alter von 57 Jahren.

AMTLICHES

Zulassungen im Arztregisterbezirk Oberfranken

Der Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken hat gemäß § 28 des Gesetzes über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen die Ausschreibung folgender Kassenarztstellen beschlossen:

Ldkr. Lichtenfels: Fesselsdorf 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe

Ldkr. Forchheim: Kirchehrenbach 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken, Bayreuth, Bahnhofstraße 16/III zu richten.

Dort sind auch Bewerbungsformulare erhältlich.

Letzter Termin für die Bewerbung: 10. 5. 1952.

Die Bewerbungsgebühr von 5.— DM ist auf das Konto der Städt. Sparkasse Bayreuth 1801 zu überweisen oder dem Antrag beizulegen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Bezirksstelle Oberfranken
gez. Dr. Hering, Vorsitzender.

Zulassungen im Arztregisterbezirk München-Stadt und -Land

Gemäß § 28 des Gesetzes über die Zulassung hat der Zulassungsausschuß des Arztregisterbezirks München Stadt und Land die Ausschreibung folgender freier Kassenarztstellen beschlossen:

**1 Facharzt f. Kinderkrankheiten im Ortsteil 42 (Pasing)
**1 Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten im Ortsteil 42 (Pasing)

**1 Facharzt für Orthopädie im Ortsteil 42 und 34 (Pasing und Laim westlich der Fürstenrieder Straße).

** = An den ausgeschriebenen Stellen sind ortsansässige Bewerber vorhanden.

Die Ortseinteilung für München wurde im „Bayer. Staatsanzeiger“ Nr. 49 vom 10. 12. 49 veröffentlicht.

Die Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß des Arztregisterbezirks München-Stadt und -Land, München, Briener Straße 11 (Kassenärztliche Vereinigung Bayern, München), zu richten.

Letzter Termin der Einreichung: 17. Mai 1952.

Die Bewerbungsgebühr von 5 DM ist mit dem Vermerk „Zulassungsbewerbung“ auf das Konto Bayer. Hypotheken- und Wechsel-Bank Nr. 338 800 zu überweisen oder dem Antrag beizugeben.

Kassenärztliche Vereinigung

Bezirksstelle München-Stadt und -Land

i. A.: Dr. Rippel

Geschäftsführender Arzt.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Ärztliche Fortbildung in Bayern im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer

Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin,
28./29. Juni 1952, 8. Vortragsreihe.

Thema: Neurologie und Neurochirurgie

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

PROGRAMM:

Samstag, den 28. Juni 1952, 8.00 bis 13.30 Uhr:

Prof. Husler, München; Prof. Kreuz, Tübingen:

Poliomyelitis

a) Klinik und Therapie;

b) Operative und technische Maßnahmen zum Ersatz verlorener Muskelfunktion.

Prof. Bannwarth, München:

Die entzündlichen Krankheiten des Nervensystems (Multiple Sklerose, Encephalomyelitis, Neuritis und Polyneuritis).

Prof. de Rudder, Frankfurt:

Das nervöse Kind.

Prof. von Bogert, Antwerpen:

Der funktionelle und der organische Kopfschmerz.

Prof. Scheidt, Köln:

Kreislaufabhängige Krankheiten des ZNS.

Sonntag, den 29. Juni 1952, 8.30 bis 17.30 Uhr:

Prof. W. R. Hess, Zürich:

Das vegetative Funktionssystem im Lichte der experimentellen Forschung.

Prof. Slegmund, Münster:

Vegetatives Nervensystem und Pathologie.

Dozent Dr. Mikorey, München:

Die neurovegetativen Regulationen im Krankheitsgeschehen (Der nervöse Mensch unserer Zeit).

Prof. Murait, Zürich:

Die Signalübermittlung im Nervensystem.

Dr. Huneke, Düsseldorf:

Neural-Therapie und Sekundenphänomene.

Prof. Kessei, Genf:

Tumoren des Gehirns und Rückenmarks (Moderne Diagnostik und Therapie).

Prof. Riechert, Freiburg:

Psychochirurgie.

Prof. Fontaine, Straßburg:

Die Chirurgie des Schmerzes (Sympathicus-Chirurgie).

Prof. Jäger, Ludwigshafen:

Bandschelbenschaden und Ischiasproblem.

Samstag, den 28. Juni 1952, 20 Uhr:

Öffentlicher Vortrag

Prof. von Euler, Stockholm:

Erfahrungen über die täglichen Variationen der körperlichen und intellektuellen Leistungsfähigkeit.

Kursgebühr: Nach Selbsteinschätzung DM 15.—, DM 10.— und DM 5.—.

Von Jungärzten mit Einkommen bis DM 200.— wird auf vorherigen Antrag keine Kursgebühr erhoben.

Versendung des ausführlichen Programms mit Angabe über klinische Visiten und Colloquien sowie mit organisatorischen Hinweisen erfolgt Ende Mai.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an Professor Schretzenmayr, Augsburg, Schälzlerstr. 19.

Nächste Augsburger Veranstaltung:

27./28. September 1952. Thema: Nierenerkrankungen einschl. Urologie.

Treffen der sudetendeutschen Ärzte

In Verbindung mit dem Augsburger Fortbildungskurs für praktische Medizin am 28./29. Juni 1952 findet am 28. Juni 1952, 18 Uhr, ein Treffen der sudetendeutschen Ärzte im Café Elkman, Schälzlerstraße, statt.

Oberbayerischer Ärztetag

Ein Oberbayerischer Ärztetag findet am 4. Mai 1952 in Bad Reichenhall statt. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Senator Dr. Kari Weiler, hält einen Vortrag über „Selbstverwaltung“, Dr. Koerting spricht über „Arzt und Presse“ und Dr. med. Schreiner über „Badebelange, Kurmittel, Indikation sowie Therapie in Bad Reichenhall“. Der Nachmittag ist der Besprechung von Kassenarztfragen gewidmet. Die Vortragenden sind: Staatssekretär Dr. Sauerborn bzw. Ministerialdirigent Eckert, Dr. med. Völlinger und Dr. med. Sewering. Der Tagung geht am Vorabend ein geselliger Abend im Terrassen-Café voran. Für die Damen der Teilnehmer sind Ausflüge mit Omnibussen nach Salzburg, Berchtesgaden—St. Bartholomä vorgesehen. Für die Fahrt nach Salzburg genügt als Ausweis die Kennkarte. (Ä.Pr.Mü.)

3. Lindauer Psychotherapiewoche vom 5. mit 10. Mai 1952

An den Vormittagen werden jeweils drei Referenten mit Vorträgen von 45 Minuten Dauer sprechen. Diese Referenten wurden in der Absicht gebeten, die psychotherapeutisch interessierten Ärzte mit den Trägern der meist schon bekannten Nachwuchs-Namen bekannt zu machen. Dabei wurde (Tübingen, Heidelberg) der Versuch gemacht, die Vortragenden schulmäßig zusammenzufassen oder (München, Jena) wenigstens nach örtlicher Zusammengehörigkeit, um einen Begriff von der Entwicklung der Psychotherapie an ihren verschiedenen Pflegestätten zu geben. Ein Vormittag ist wieder dem Studium des Gestaltens als therapeutischer Methode (mit Bildvorwei-

sungen) gewidmet. Zwei Vormittage sind thematisch insofern zusammengefaßt, als bewährte Internisten ihre praktischen psychotherapeutischen Erfahrungen mitteilen. Insbesondere wird Herr Professor Christian (Heidelberg) die experimentellen Grundlagen und Erfahrungen der von Weizsäcker'schen Arbeitsrichtung darstellen. Von der Erfahrung des Frauenarztes aus spricht Dr. Schaezting (Berlin). Überall wird der praktischen Erfahrung breiter Raum gegeben. Täglich findet nach den Referaten des Vormittags eine Diskussion statt. Nachmittags liest jeden Tag zweistündig Herr Prof. Walter Scheidt (Hamburg) eine Einführung in die Anthropologie und anschließend Herr Professor J. H. Schultz (Berlin) täglich einstudig über psychotherapeutische Explorationsmethoden.

4. Sudetendeutscher Ärztetag

(veranstaltet vom „Verband der sudetendeutschen Ärzte e. V.“) am 22. Mai 1952 in Regensburg.

Ort: Rot-Kreuz-Saal.

Beginn: 13 Uhr.

Tagesordnung

1. Eröffnung, Begrüßung der Gäste.
2. Rudolf Storch, Präsident des Anglo-Sudeten-Clubs (London), Die Sudetendeutschen und das Ausland.
3. Professor Dr. Friedrich Burgdörfer, Wandlungen der Bevölkerungsstruktur (Überalterung des Volkskörpers.) (Mit Lichtbildern.)
4. Dr. Walther Koerting, Die Auswirkung der veränderten Bevölkerungsstruktur auf den Aufgabenkreis der Heilberufe.
5. Direktor Emil Breuer, Der derzeitige Stand des Lastenausgleichs.
6. Direktor Reinhard Pozorny, Das unvergeßliche Prag. (Lichtbildvortrag.) Die Teilnahme ist nicht auf Sudetendeutsche beschränkt, Gäste willkommen.

Anmeldungen und Quartierwünsche an das Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse in Regensburg, Altes Rathaus. Telefon 3851.

Fortbildungskurs in Gießen

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet vom 22. bis 28. Juni 1952 einen Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Thema „Alters- und Aufbrauchkrankheiten“. Gleichzeitig wird Gelegenheit gegeben zu praktischer Tätigkeit in den Kliniken. Unterbringung und Verpflegung kann in beschränktem Ausmaße in den Kliniken erfolgen. Kursgebühr 20 DM, für Jungärzte und Ärzte ohne entsprechendes Einkommen 10 DM.

Anmeldung, Prospekte und Auskunft durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32g.

Fortbildungskurs für medizinisch-technische Assistentinnen

Vom 28. Juli bis 2. August finden an der Staatlichen Lehranstalt für medizinisch-technische Assistentinnen in München, in Gemeinschaft mit dem Verband der med.-techn. Assistentinnen, 2 Fortbildungskurse für med.-techn. Assistentinnen und Gehilfinnen statt.

Der eine Kurs wird veranstaltet vom Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München in Gemeinschaft mit der Bayerischen Röntgen-Vereinigung; er erstreckt sich auf das Gebiet der Technik der Röntgendiagnostik, Röntgentherapie und physikalischen Therapie.

Nähere Auskunft und Anmeldung beim Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München, Ziemssenstraße.

Der andere Kurs behandelt Themen der allgemeinen Labor-Diagnostik (klin. Chemie, Bakteriologie und Serologie, Histologie, Mikrophotographie und dgl.).

Nähere Auskunft und Anmeldung bei der Staatlichen Lehranstalt für medizinisch-technische Assistentinnen, München, Pettenkoflerstraße 11.

Dermatologen-Tagung

Aus Anlaß des 75. Geburtstages von Prof. Dr. H. Löhe am 26. August d. J. findet am 23./24. August 1952 in Regensburg unter Leitung von Prof. Dr. C. F. Funk die 3. Ostbayer. Wissenschaftliche Dermatologen-Tagung mit einer Festsitzung und Ehrung des verdienten und hochangesehenen Fachkollegen statt. Nachfragen und Anmeldungen werden an die folgende Anschrift erbeten: Dr. Heinz Walther, Oberarzt d. Städt. Hautabteilung, Regensburg, Greifingerstraße 4.

Kongresse

Mal:

- 5. in Genf: 5. Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation
- 5.—10. in Lindau: 3. Lindauer Psychotherapiewoche
- 16.—18. in Bad Wildbad: 19. Tagung der Südwestdeutschen Tuberkuloseärzte
- 17.—18. in Würzburg: 1. Nachkriegstagung d. Bayer. Gesellschaft f. Geburtshilfe und Frauenheilkunde
- 28.—31. in Bad Reichenhall: Kongreß d. Dtsch. Gesellschaft d. Hals-Nasen-Ohrenärzte

Juni:

- 3.—7. in Freiburg: 36. Tagung d. Dtsch. Gesellschaft f. Pathologie
 - 17.—19. in Wien: 4. Österreich. Krebsstagung
 - 19. in Wien: 5. Tagung d. Österreich. Röntgengesellschaft
 - 23.—27. in Lindau: Europa-Tagung der Nobelpreisträger
- Juli:
- 7.—21. in Leyden: Internat. Kongreß d. Diabetes-Föderation.

RUNDSCHAU

Im Haushalt des Ministeriums für Unterricht und Kultus für das Rechnungsjahr 1952 wird der dringend erhobenen Forderung nach Vermehrung der Zahl der wissenschaftlichen Assistenten an den Universitäten (s. B. Abl. Nr. 252) in vorerst bescheidenem Umfang Rechnung getragen.

Bei den Universitätskliniken in München ist ein Mehr für 6 Stellen wissenschaftlicher Assistenten veranschlagt.

Bei den Universitätskliniken in Würzburg ist ein Mehransatz für 3 wissenschaftliche Assistenten geplant.

Bei den Universitätskliniken in Erlangen sind 3 Stellen für wissenschaftliche Assistenten angeführt. Neu treten außerdem hinzu 130 000 DM zur Beschaffung der Inneneinrichtung für die im Erweiterungsbau der Frauenklinik fertiggestellten Räume, Anschaffung einer Röntgeneinrichtung für Tieftherapie und Kosten der Umstellung der Röntgen-Therapie-Anlagen vom Altbau auf den Neubau der Klinik. (A.P.R.M.C.)

Penicillinherstellung in der Bundesrepublik. Nach einer Mitteilung des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie ist die Bundesrepublik nicht mehr auf die Einfuhr von Penicillin aus dem Ausland angewiesen, sondern deckt ihren Bedarf zur Gänze aus einheimischer Erzeugung. Dieses in Deutschland hergestellte Penicillin wird ständig auf Wirksamkeit und Haltbarkeit geprüft. In diesem Zusammenhang ist die Äußerung eines amerikanischen Professors von Bedeutung, der auf einer Europareise feststellen mußte, daß Amerika große Mengen abgelagertes und daher wirkungsloses Penicillin nach Europa geliefert hat. (A.P.R.M.C.)

Einen *numerus clausus* für das zahnärztliche Studium forderte die Hauptversammlung des Verbandes der deutschen zahnärztlichen Berufsvertretungen auf einer Tagung in Wiesbaden. (A.P.R.M.C.)

Das Balneologische Institut München hat im neuerstandenen Heilbad Füssing (Landkr. Griesbach) eine Außenstelle errichtet, um ein einwandfreies medizinisches Gutachten über die Heilfaktoren der Füssinger Thermalquelle zu erstellen. (A.P.R.M.C.)

Ärzte und Krankenkassen. Nach einer Meldung der „Südpost“ vom 24. 3. 1952 vertritt das bayer. Arbeitsministerium hinsichtlich der Neuordnung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen durch ein Bundesgesetz den Standpunkt, daß der Staat sich möglichst wenig einmischen, sondern die Gestaltung der Beziehungen der beiden Partner als Angelegenheit der Selbstverwaltung behandeln soll. Im übrigen wird in Bonn auch ein Gesetz über die Sozialgerichtsbarkeit ausgearbeitet, das unabhängige Sozialrichter bringen wird. (A.P.R.M.C.)

Familien-Sauna auf Krankenschein. gpk. Der Deutsche Sauna-Bund beabsichtigt nach Pressemeldungen, in diesem Jahre im ganzen Bundesgebiet eine Aufklärungswoche über das Sauna-Bad zu veranstalten und dabei einen Sauna-Kulturfilm zu zeigen. Im gleichen Zusammenhang wird mitgeteilt, daß der Sauna-Bund sich in verstärktem Maße dafür einsetzt, daß Sauna-Bäder als Leistung der Krankenkassen anerkannt werden. Geschäftstüchtige Sauna-Bad-Besitzer sind inzwischen dazu übergegangen, ihre Bade-Einrichtungen durch Einführung des „Abessinien-Prinzips“ zu popularisieren. In Hamburg trifft sich ein Nackt-Klub zu bestimmten Zeiten in der Sauna, und aus Lüneburg erfahren wir soeben durch ein Inserat in der Landeszeitung, daß dort täglich ab 20 Uhr „Familien-Sauna“ ist, an der man teilnehmen kann, ohne erst einem Klub beizutreten. Sommer und Winter also „Abessinien“ mit garantiert übertropischen Temperaturen; und das ganze auf Krankenschein. Das hat uns zur sozialen Sicherheit gerade noch gefehlt.

Eugenische Sterilisierung. Im Jahre 1949 wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika 1500 Personen und im Jahre 1950 1526 Personen gemäß den Gesetzen sterilisiert zur Verhütung von geisteskranken oder erbkranken Nachwuchs. Zunächst sahen die Gesetze der verschiedenen Staaten die Salpingektomie als Maßnahme zur weiblichen Sterilisation vor, während zur Zeit mehr und mehr die Tendenz besteht, die Salpingektomie durch Hysterektomie zu ersetzen.

Berichte aus Japan zeigen an, daß die Sterilisierung im Jahre 1950 an 11 405 Personen durchgeführt wurde, während in den ersten 6 Monaten des Jahres 1951 7487 Personen sterilisiert wurden, demnach 3 1/2% mehr. (Med Press Nr. 6/52)

Weitere amerikanische Städte, die dem Trinkwasser Fluor zusetzen
Unter den Städten, die kürzlich die Fluorzugabe zum Trinkwasser begonnen haben, sind Fort Wayne, Ind., mit 140 000 Einwohnern, Indianapolis, Ind., mit 480 000 Einwohnern, und Huntington, Ind., mit 4000 Einwohnern. Indianapolis ist angeblich die größte Stadt in den Vereinigten Staaten, die dem Trinkwasser Fluor zusetzt.

Im Augenblick setzen 121 Städte in den Vereinigten Staaten ihrem Trinkwasser Fluor zu. Weitere 158, mit Einschluß von Baltimore, San Francisco, Louisville, Seattle und Pittsburg, haben entsprechende Pläne angenommen. Fast 12 000 000 Menschen werden durch dieses Programm, das entweder schon läuft oder angenommen ist, erfaßt.

(Aus „American Journal of Public Health“, Vol. 41, 12, 1468, Dezember 1951)

Widerstände gegen die Selbstbeteiligung im englischen Gesundheitsdienst. Zur Eindämmung der andauernden Tendenz zur Kostensteigerung im Gesundheitsdienst beabsichtigte die im Herbst ans Ruder gekommene Regierung Churchill eine bescheidene, eher symbolisch zu nennende Beteiligung der Patienten an den Heilungskosten einzuführen in Form einer Gebühr von 1 Schilling auf jedem Rezept und einer Beteiligung an den Zahnarztkosten. Wie der Tagespresse kürzlich zu entnehmen war, hat die Regierung infolge der Intervention einer Reihe von konservativen Abgeordneten den entsprechenden Verordnungsentwurf zurückgezogen. Es scheint die hauptsächlich vom früheren Gesundheitsminister Aneurin Bevan, der auch für die heutige Form des Gesundheitsdienstes verantwortlich ist, propagierte Unentgeltlichkeit aller Leistungen derart tief ins Volksleben eingedrungen zu sein, daß niemand es wagt, daran zu rühren, mag auch psychologisch gesehen, die geplante Maßnahme noch so berechtigt, ja unerlässlich und materiell noch so bescheiden sein, wenn die Beanspruchung des Dienstes innerhalb halbwegs tragbarer Grenzen gehalten werden soll.

Scheinbar unverstündlich wirkt die ebenfalls ablehnende Haltung der „British Medical Association“, der „British Dental Association“ wie der Apotheker. Ein Teil der Ärzte befürchtete, die Selbstbeteiligung könnte einen Versicherten allenfalls von einer medizinisch notwendigen oder lebenswichtigen Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe abhalten, ein Bedenken, das beim Studium ausländischer Verhältnisse wohl kaum als stichhaltig befunden worden wäre. Allgemein jedoch, und dies begreiflicherweise, verwahrten sich die Ärzte dagegen als Steuereinnahmer“ auftreten zu müssen durch Erhebung der Gebühren von den Patienten während der Sprechstunde, die ohnehin schon mit Schreibereien überlastet ist. Bei dem für unser Empfinden äußerst „groben“ summarischen Verfahren im englischen „National Health

Service“ mit seiner schematischen Gleichbehandlung aller Versicherten, wäre dem Staat freilich kaum eine andere Lösung geblieben als die selbstdispensierenden Ärzte, die Zahnärzte und Apotheker in der von ihnen abgelehnten Weise als Einnehmer einzuspannen.

So bleibt vorläufig alles beim alten und an der völligen Ausschaltung des persönlichen Verantwortungsgefühls im englischen Gesundheitsdienst wird nicht gerüttelt. (Schweiz. Arzteztg. Nr. 12/52)

Rezepte in England nicht mehr kostenfrei. Das britische Unterhaus lehnte mit 304 gegen 279 Stimmen den Labour-Antrag ab, der die Aufhebung der von der Regierung Churchill verfügten Einschränkung der Leistungen des Gesundheitsdienstes forderte. Gesundheitsminister Harry F. Crookshank erinnerte daran, daß die Labour-Regierung bereits die kostenlose Lieferung von Gebissen und Brillen eingestellt und auch schon die Rezeptgebühr in Aussicht genommen hatte. Der ehemalige Gesundheitsminister Aneurin Bevan, der vom Krankentbett kam, verteidigte leidenschaftlich den „Wohlfahrtsstaat“. Die Vorlage sieht unter anderem vor, daß alle ärztlichen Rezepte, die bisher frei waren, einem Shilling kosten und daß Patienten von Zahnärzten Ausgaben bis zu einem Pfund Sterling selbst tragen, wobei Schulkinder, werdende und stillende Mütter sowie Krankenhauseinsassen allerlings ausgenommen sind. (Neue Zeitung, 29./50. III. 1952)

Herzbrechendes Erlebnis. Die Londoner Stelle des Nationalen Gesundheitsdienstes berichtet an das Komitee für Allgemeinpraktiker: Die Eröffnung einer Praxis in London ist nahezu immer ein herzbrechendes Erlebnis. Entweder tritt der Neuling in eine Partnerschaft ein, wo er kaum etwas anderes als ein bezahlter Dienstbote ist. Oder es wird wirklich eine Praxis frei mit ausreichender Patientenzahl und Räumlichkeiten, dann warten aber schon 70–80 Bewerber darauf. Und dann bekommt in vielen Fällen der von dem zuständigen Komitee ausgesuchte Bewerber die Stelle nicht, da inzwischen ein anderer einfach die Räumlichkeiten des ausscheidenden Arztes gemietet hat. (Med Press Nr. 6/52)

BUCHBESPRECHUNGEN

Arzt — Kasse — Volksgesundheit von Dr. Gustav Sondermann. Verlag: J. F. Lehmanns Verlag, München, 69 S., brosch., DM 6.50.

Wenn sich auch in den letzten Jahren die Erkenntnis der Notlage des ärztlichen Berufes in der Öffentlichkeit immer mehr durchgesetzt hat, so darf diese erfreuliche Tatsache nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Kämpfe mit unseren Vertragspartnern im Publikum und in der Presse nur das Maß von Sympathie genießen, das jede als berechtigt anerkannte „Lohnforderung“ in der Öffentlichkeit findet. Den wenigsten Menschen aber ist es klar (und wohl auch nur schwer klar zu machen), daß es im Grunde um ganz andere Dinge geht, und daß die Unabhängigkeit unseres Berufes in materieller und ideeller Hinsicht ja nur die Voraussetzung ist, unter welcher der Kranke eine wirksame Hilfe vom Arzt erwarten kann.

In einer kleinen Broschüre erörtert Sondermann ausführlich die Notlage des Arztes und zeigt, wie sie sich auf die Ausübung seines Berufes auswirkt. Das unglückliche Erbgut einer politischen Zielsetzung bei der Geburt unserer deutschen Sozialversicherung ist inzwischen so herangewachsen, daß es den menschlichen Zweck völlig überwuchert hat. In einer eindringlichen Mahnung „Rettet den Menschen“ wendet sich der Autor an alle Verantwortlichen, vor allem an die Vertreter der gesetzgebenden Körperschaften, aber auch an die breiteste Öffentlichkeit. Seine durchaus populär gehaltenen Ausführungen, die mit warmem Herzen geschrieben sind, erscheinen als ein gutes Mittel, aufklärend zu wirken, und seien besonders allen Kollegen empfohlen, die Gelegenheit haben, zur Verbreitung unserer Ideen in maßgebenden Kreisen und beim Publikum zu wirken. WA.

Der Arzt und sein Hilfspersonal. Von Walter Sachs. Ärzte-Verlag Gießen G.m.b.H. 31 Seiten, brosch. 1,20 DM.

Die vorliegende Broschüre hat gegenüber den bisher erschienenen den Vorzug der Erläuterung wichtiger Bestimmungen der Tarifordnung für das ärztliche Hilfspersonal. Von Nachteil für eine Verwendung der im Jahre 1951 erschienenen Broschüre in Bayern erweist sich jedoch das Fehlen der für Bayern durch das Urlaubsgesetz vom 11. 5. 1950 ge-



West-Berlin

Rectosellan

Lebertran-
Hämorrhoidal-
Salbe

mit u. ohne Anaesthesin „Höchst“

schaffenen Änderungen oder wenigstens der Hinweis des Verfassers darauf. Es wäre daher eine entsprechende Ergänzung einer etwaigen Neuauflage dringend zu empfehlen.

Ungeachtet dessen, kann jedoch jedem Arzt diese Broschüre für die dringend notwendigen Kenntnisse der für sein Hilfspersonal geltenden Tarifbestimmungen empfohlen werden, um ihn vor evtl. nachträglichen Forderungen seines Personals auch auf arbeitsgerichtlichem Wege zu schützen. Sl.

Lindauer Psychotherapiewoche 1950. (Vorlesungen und Vorträge), herausgegeben von Dr. E. Speer, Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart. 200 S., brosch., DM 9.50.

Die Psychotherapiewoche genießt bereits unter der Ärzteschaft wegen des hohen Niveaus, das ihr die Initiatoren seit ihrer ersten Veranstaltung vom 11. bis 17. Mai 1950 zu geben verstanden, einen hervorragenden Ruf. Die gewissenhafte Herausgabe der dort gehaltenen Vorträge ist ein hohes Verdienst Ernst Speers. Sie gestattet den Besuchern eine weitere Vertiefung in die Themen und gibt den Ferngebliebenen einen unschätzbaren Bericht über das Gebotene — übrigens eine besonders verlockende Form der Einladung zur nächsten Psychotherapiewoche in Lindau.

Die Vorträge von Heyer und Kihn, von Kretschmer und seiner Schule, von Schultz, Parade und Speer geben Einblick in Grundlagen und Probleme der ärztlichen Psychotherapie. Daß nicht alle psychotherapeutischen Richtungen vertreten sein konnten, mag als Lücke empfunden werden. Sie zu schließen, um einen wirklichen Überblick über den Stand der Psychotherapie der Gegenwart zu geben, muß künftigen Veranstaltungen in Lindau überlassen bleiben. Der Anfang war jedenfalls vielversprechend. Gerweck, München

Das Problem der freien Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit im Hinblick auf Art. 12 des Bonner Grundgesetzes von Prof. Dr. G. Küchenhoff, Verlag Marburger Bund, Köln-Mühlheim. 61 S., brosch., DM 3.50.

In der Schriftenreihe des Marburger Bundes erschien als Heft Nr. 1 „Das Problem der freien Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit im Hinblick auf Art. 12 des Bonner Grundgesetzes“ von Prof. Dr. Günter Küchenhoff. Die Schrift dürfte dem Interesse aller an der Sozialversicherung interessierten Kreise, insbesondere aber dem der Ärzte, begegnen.

Ausgehend von der Bedeutung, die das Problem der Zulassung für den Jungarzt hat, stellt K. das derzeit gültige Zulassungsrecht in den verschiedenen Ländern des Bundesgebietes dar, das im Gegensatz zum Art. 121 des Bonner Grundgesetzes stehe. Dieser sichert in seinem ersten Teil das Recht der freien Berufswahl des einzelnen, läßt aber im 2. Teil eine Regelung der Berufsausübung durch Gesetz zu.

Hier stellt nun K. die Frage, wo die Zulassung hingehöre, zur Berufswahl oder zur Berufsausübung. In begrifflichen, sprachlichen und juristischen Deduktionen kommt er zu dem Ergebnis, daß die Zulassung zur Berufswahl gehöre, und damit nicht eingeeignet werden dürfe, er gibt aber zu, daß diese Frage strittig sei, daß andere maßgebliche Juristen die gegenteilige Ansicht vertreten.

In weiteren Ausführungen kommt K. dann auch auf Art. 21 des Grundgesetzes zu sprechen, der die Entfaltung der Persönlichkeit garantiert, soweit sie nicht hiebei gegen die Rechte anderer, gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. Eine Beschränkung der individuellen Freiheit ist zulässig, wenn ihre Wahrung Gefahren für die Allgemeinheit heraufbeschwört. K. glaubt nun, eine Gefährdung der Rechte anderer, der verfassungsmäßigen Ordnung sei bei Zulassung aller zulassungsfähigen Ärzte nicht gegeben, da durch Gesamtpauschale, Regelbetrag, Überwachung der Arbeitsfähigkeits-schreibung die Krankenversicherung hinreichend gesichert sei und einem etwaigen Verfall der ärztlichen Sitten als Folge einer über-großen Zahl von Ärzten könne durch eine energische Handhabung der Berufgerichtsbarkeit begegnet werden.

Der Arzt ist wohl nicht kompetent, die juristische Seite des Problems zu entscheiden. Der mit kassenärztlichen Dingen vertraute Arzt ist aber sehr wohl kompetent in der Beurteilung der Gefahren, die bei einer Zulassung aller zulassungsfähigen Ärzte im Bundesgebiet für die Gesundheitspolitik und insbesondere für die Sozialversicherung auftreten müssen. Hier scheint Prof. K. nach seinen Ausführungen nicht orientiert genug zu sein. Er verkennet die Gefahren, denen die Allgemeinheit ausgesetzt wird, wenn sie auf eine in ihrer beruflichen Existenz nicht mehr gesicherte Ärzteschaft an-

gewiesen ist; er unterschätzt die Schäden, die der Sozialversicherung zugefügt werden, wenn eine unvorstellbare Konkurrenz die Mehrzahl der beruflich nicht mehr gesicherten Ärzte für die Zumutungen un-lauterer Elemente in ihrer Klientel weitgehend anfällig macht; er überschätzt die berichtigende Eingriffsmöglichkeit eines Berufsgerichts, wenn unzählige Grenzfälle, Entscheidungen nach Ermessen, wie sie im ärztlichen Beruf täglich notwendig sind, und die Schwierigkeiten eines Nachweises des Dolus nur selten eine gut gemeinte Entscheidung erlauben.

Die bisher bekanntgewordenen einschlägigen Urteile deutscher Gerichte folgen im wesentlichen nicht der Ansicht von Prof. K. Im übrigen ist bereits das Bundesverfassungsgericht mit der Angelegenheit befaßt. Dr. W. Götz.

Östliche Weisheit und westliche Psychotherapie von Prof. Dr. Gustav Schmalz, Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie., Stuttgart. 165 S., brosch., DM 8.50.

Unsere Epoche des abendländischen Kulturkreises fühlt sich bemerkenswert stark angezogen von den reifen Kulturleistungen fern-östlicher Länder. Nicht mehr erklärlich aus der Wechselwirkung, die alle Völker ergreift, wenn sie sich in friedlicher Durchdringung durch den wachsenden Verkehr und Handel oder gezwungen durch Kolonisation und Kriege einander öffnen. Es scheint eine Affinität, vielleicht eine Verwandtschaft, wenn auch nur die des Alters. Was völkerkundliches Wissen der westlichen Psychotherapie an Belehrung verschafft hat, wissen wir aus Vergleichen der suggestiven und hypnotischen Techniken östlicher und westlicher Prägung. Viel verdanken wir I. H. Schultz an zusammenfassender Darstellung dessen, was wir von der mystischen Psychotechnik des indischen Yoga erfahren konnten. Gustav Schmalz aber verdanken wir mit dem vorliegenden Bändchen eine sinnvoll zusammengestellte Auswahl der Quellen östlicher, vorwiegend indischer und chinesischer Weisheit. Sinnvoll, weil der Herausgeber die Zusammenstellung bewußt in 3 Teilen bringt: I „Lehrer im Osten“, II „Wege zum Selbst“ und III „Zum Weltgeschehen“. Sinnvoll aber vor allem deshalb, weil Schmalz östliche Weisheit, ohne Alter und Herkunft zu berücksichtigen, einleuchtend in Beziehung setzt zu dem Vorgehen westlicher Psychotherapie. Gemeint ist der „Großen Psychotherapie“, die in der Selbstverwirklichung der Persönlichkeit im Individuationsprozeß, in Anlehnung an C. G. Jungs psychotherapeutische Ziele, gipfelt. Wichtig ist die Einteilung, wichtig sind die Kommentare, die ein reiches Schrifttum östlicher und westlicher Herkunft verarbeiten, zum wahren Verständnis der Bezüge. Es zeigt sich hier nicht nur des Verfassers reiche Kenntnis und innere Verarbeitung der östlichen Quellen, sondern es offenbart sich auch seine Einsicht und ehrfürchtige Zurückhaltung gegenüber dem, was uns an religiösem Gehalt nicht ausgeschlossen werden kann. Er kennt die Grenzen des westlichen Eindringungsvermögens in die Formen östlicher Askese zu gut. Gerweck, München

Der neurotische Mensch unserer Zeit von Dr. Karen Horney. Gustav Kipper Verlag, Stuttgart-O. 280 S., Ganzl. DM 11.50.

Als das Buch vor mehr als 45 Jahren in den Vereinigten Staaten erschien, hatte die eklektische Psychotherapie, die 1932 aus Deutschland kam, schon eine führende Bedeutung in New York erlangt. Bemerkenswert, daß sie in der Angst wohl den wesentlichsten Faktor für die Entstehung der Neurose sieht. Wie sehr die Angst in sexuelle Aktivität hineinspielen kann, zeigt sie in den glänzend geschriebenen Kapiteln über das neurotische Liebesbedürfnis. Die Übersetzung von Gertrud Lederer-Eckardt gibt die Gedanken der Verfasserin in so flüssigem Stil, daß diese deutsche Ausgabe von „The neurotic personality“ dem deutschen Arzt wärmstens empfohlen werden kann. Gerweck, München

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

„Spasmo-Cibalgin“ der Ciba A.-G., Wehr/Baden;

„Das Leiden der alten Leute“ der Firma Dr. Schwab G.m.b.H., München, Martiusstr. 8.

Die Nürnberger Geschäftsstelle des Richard Pflaum Verlages ist umgezogen. Seit 1. April 1952 lautet die Anschrift:

Richard Pflaum Verlag
Nürnberg, Breite Gasse 25/27. Tel. 2 51 33.



„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 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25/27, Tel. 2 51 33. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellungsgebühr. Postcheckkonto München 159 00. Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“), Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 55 51. Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

* Veröffentlichung gem. § 8 Abs. 5 des Gesetzes über die Presse v. 3. 10. 1949; Inhaber des Richard Pflaum Verlags ist die Richard Pflaumsche Erbgemeinschaft mit Anteilen von Frau Violet Pflaum, geb. Price, München, zu 1/4, Frau Elfriede Meckel, geb. Pflaum, München, und Herrn Carl Heinz Pflaum, London, zu 1/4. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.