



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 7

MÜNCHEN, JULI 1952

7. Jahrgang

## Der Krankenhausarzt

Von Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Der Arzt übt seinen freien Beruf im Dienste der Volksgesundheit zumeist in voller Freiheit und Selbstverantwortung aus, doch steht ein nicht geringer Bruchteil der Gesamtärzteschaft im Dienste von Krankenanstalten öffentlicher oder privater Art. Das ärztliche Handeln des Krankenhausarztes geschieht zwar auch in voller eigener Verantwortung und daher auch Freiheit, doch erwachsen für ihn aus seinem arbeitsrechtlichen Verhältnis zum Krankenhausträger besondere Rechte und Pflichten. Der Krankenhausträger überbürdet seine Pflicht, den im Krankenhaus aufgenommenen Hilfsbedürftigen eine entsprechende ärztliche Versorgung zu sichern, dem Krankenhausarzt. Er verpflichtet sich diesem gegenüber zur Bezahlung der verlangten ärztlichen Leistungen durch Abschluß eines Vertrages, in dem Art und Umfang der beiderseitigen Pflichten und Rechte festgelegt sind.

Die ausschlaggebende Bedeutung einer vollwertigen ärztlichen Besetzung der Krankenanstalten für das Wohl der in diesen Hilfesuchenden ergibt sich aus dem Zweck jedweden Krankenhauses, den Leidenden die besten Möglichkeiten zur Gesundung zu bieten. Da das für eine ersprießliche ärztliche Heiltätigkeit unbedingt notwendige Vertrauen des Kranken zum Arzt keine Einschränkung der ärztlichen Handlungsfreiheit durch Einwirkungen von dritter Seite verträgt, ist die Krankenhausleitung einem Arzt zu übertragen. Die Anzahl der sonstigen für den ordnungsmäßigen Krankenhausbetrieb notwendigen ärztlichen Kräfte ist unter Berücksichtigung der Eigenart der Anstalt nach dem Umfang der ärztlich angezeigten Maßnahmen zu bemessen, den der jeweilige Stand der ärztlichen Wissenschaft erfordert. Diese selbstverständlichen Grundsätze einer der Zweckerfüllung des Krankenhauses dienenden ärztlichen Besetzung solcher Anstalten bilden den Ausgangspunkt für die nachfolgenden Darlegungen.

Anlaß zu diesen geben Beobachtungen und Feststellungen von Krankenhausarztverhältnissen, die den auch unter gebührender Beachtung der derzeitigen Gesamtlage füglich zu stellenden Anforderungen nicht entsprechen und Abhilfe dringend geboten erscheinen lassen. Ein paar Worte zur Entwicklungsgeschichte der derzeitigen Lage sollen das Verständnis für diese erleichtern und die Berechtigung des Abhilfeverlangens begründen.

Die verheerenden Auswirkungen des zweiten Weltkrieges erstreckten sich in sehr erheblichem Ausmaße auf die Krankenanstalten auch dann, wenn diese von größeren Schäden durch die Kampfhandlungen verschont blieben. Nach deren Beendigung befanden sich so gut wie alle Krankenanstalten in schwerer wirtschaftlicher Bedrängnis, und zwar nicht wegen kriegsbedingter Gebäudeschäden, sondern auch deshalb, weil die notwendigen Bestände von Betriebsmitteln nicht erhalten werden können und zu deren Nachbeschaffung zunächst überhaupt keine Möglichkeit bestand. Neben diesen Schwierigkeiten erwachsen den Krankenanstalten noch weitere infolge der von der Besatzungsmacht befohlenen Ausschaltung

aller Ärzte aus ihrem Dienstverhältnis, die in einer, wenn auch nur formalen, Verbindung mit dem Nationalsozialismus standen. Die dadurch bedingte weitgehende Verhinderung einer Wiederbetätigung aus dem Kriege heimkehrender leitender Krankenhausärzte in ihren alten Stellungen schloß leider die höchst notwendige Verwertung deren erfahrener Kräfte aus.

Diese Entwicklung der Nachkriegsverhältnisse in den Krankenanstalten hatte noch in anderer Richtung äußerst bedenkliche Folgen. Zahllose jüngere, verantwortungsbewußte Ärzte zeigten sich bestrebt, die kriegsbedingten Lücken ihres Wissens und ihrer praktischen Erfahrungen durch eine Tätigkeit als Hilfsärzte in Krankenanstalten auszufüllen. Dazu bedurften sie in erster Linie der Anleitung und Führung durch erfahrene Ärzte in Krankenhäusern, die über die neuzeitlichen Mittel zur Krankheitsfeststellung und -behandlung verfügten. Der überaus große Andrang solch jüngerer Ärzte verführte die Krankenanstalten höchst bedauerlicherweise dazu, Angebote, auch ohne oder für eine unerhört geringfügige Entlohnung ihrer ärztlichen Leistungen, ihre Kräfte zum Krankenhausedienst zur Verfügung zu stellen, skrupellos anzunehmen. Will man sich eines Urteils über dies Verfahren in der ersten Zeit nach dem Zusammenbruch enthalten, so kann es jetzt, sieben Jahre nachher, doch nicht mehr erlaubt sein, den Fortbestand eines solchen Mißbrauchs zu dulden.

Um jede mißverständliche Deutung der nachfolgenden Darlegungen von vornherein auszuschalten, sei noch hervorgehoben, daß bei der Betätigung von Ärzten in Krankenanstalten streng zu unterscheiden ist zwischen solchen, deren Arbeitsleistung zur Versorgung der Krankenhausinsassen unter gebührender Anpassung an den Stand der medizinischen Wissenschaft unbedingt notwendig ist, und anderen, die darüber hinaus zur Vervollständigung ihrer praktischen ärztlichen Ausbildung, wie sie zur Niederlassung als selbständiger freipraktizierender Arzt gesetzlich vorgeschrieben ist, im Krankenhause beschäftigt werden.

Über die selbstverständliche Pflicht des Krankenhausträgers, den für den ordnungsmäßigen Betrieb der Anstalt erforderlichen ärztlichen Kräften eine den arbeitsrechtlichen Vorschriften entsprechende Bezahlung zu gewähren, ist kein Wort zu verlieren. Daß den noch in der Ausbildung stehenden, zwar nicht zu selbstverantwortlichem ärztlichem Krankendienst zu verwendenden, aber zu untergeordneteren Hilfeleistungen benötigten Ärzten ebenfalls ein Entgelt — wie in andersartigen Betrieben den in Lehre stehenden — zu gewährleisten ist, bedarf auch keiner eingehenden Begründung. Einschränkung ist hierzu jedoch zu bemerken, daß sich diese Forderung nur auf den Kreis derjenigen Ärzte bezieht, deren zusätzliche Arbeitsleistung zur Erfüllung der an einen geordneten, vollwertigen Krankenhausbetrieb zu stellenden Anforderungen notwendig ist.

Die Frage der Stärke eines dem Stande der medizinischen Wissenschaft und den Bedingungen der praktischen Anwendung deren Errungenschaften einerseits sowie der Verschiedenartigkeit der einzelnen Krankenanstalten andererseits angepaßten ärztlichen Personalbestandes war schon Gegenstand zahlreicher Stellungnahmen der beteiligten Kreise. Es liegen auch Vorschläge vor zu einer Regelung durch bestimmte Vereinbarungen oder durch besondere gesetzliche Vorschriften. Auf diese Vorgänge soll hier nicht im einzelnen eingegangen, sondern nur betont werden, daß die Vielgestaltigkeit der Krankenhäuser ihrer Art und Beanspruchung nach nur eine Regelung zuläßt, die einerseits die Anforderungen an die im Krankenhause beschäftigten Ärzte den gegebenen Verhältnissen anpaßt und andererseits dem Arzt eine Bezahlung seiner Arbeitsleistung sichert, die deren Wert entspricht.

In Anbetracht der besonders bedrängten wirtschaftlichen Lage zahlreicher Krankenanstalten wird von einer überhaupt kaum mehr zu verantwortenden Mindestforderung für die Besetzung von Krankenanstalten mit den zur Sicherung einer vollwertigen Krankenbetreuung unbedingt notwendigen vollverantwortlich tätigen Ärzten ausgegangen werden. Dies geschieht sowohl mit Rücksicht darauf, daß der hier zur Verfügung stehende enge Rahmen nur eine Darstellung unter Verwendung einer Durchschnittsforderung ermöglicht. Zudem sollen diese Aufstellungen auch der schärfsten Kritik von nichtärztlicher Seite keine begründbare Möglichkeit zu ernsthaften Beanstandungen lassen. Nicht berücksichtigt werden die Verhältnisse an den Universitätskliniken, da deren Eigenart besondere eingehende Erläuterungen notwendig machen würde, für die hier kein genügender Raum ist. Zudem ist auf diesem Gebiete eine Neuregelung bereits im Fluß. Nicht behandelt werden auch die Privatkliniken, und zwar nicht nur, weil an diesen wesentlich andere Bedingungen für den Einsatz ärztlicher Kräfte bestehen, sondern auch deshalb, weil im allgemeinen kein Anlaß besteht, grundsätzliche Änderungen der dort bestehenden Verhältnisse anzugehen.

Die nachfolgenden Aufstellungen gründen sich auf Mitteilungen der Krankenanstalten selbst über den Bestand der bei ihnen beschäftigten Ärzte, soweit die von der Bayerischen Landesärztekammer veranlaßte Umfrage beantwortet wurde. Da dies von so gut wie allen einigermäßen bedeutsamen Krankenanstalten geschah, dürfen die Ergebnisse dieses Berichts als ein zuverlässiges Bild der einschlägigen Verhältnisse in den Krankenanstalten Bayerns überhaupt angesehen werden.

Nach Ausscheidung der Universitätskliniken und der im privaten Besitz von Einzelpersonen befindlichen Krankenhäuser und zunächst auch solcher Anstalten, in denen neben akut auftretenden Krankheitszuständen auch Leiden mehr chronischer Art behandelt werden, wie Lungenheilstätten und Heil- und Pflegeanstalten, bleibt über die Verhältnisse in 257 Krankenhäusern zu berichten. Es wird dabei unterschieden zwischen städtischen Krankenhäusern, Kreis-Krankenhäusern und Anstalten, die von sonstigen Körperschaften unterhalten werden (Cartas, Rotes Kreuz u. a.).

Als durchschnittliche Mindestforderung für die Zahl der zur Erhaltung eines ordnungsmäßigen Betriebes dieser Krankenanstalten unbedingt notwendigen, voll ausgebildeten Ärzte wird — abgesehen von einem leitenden Arzt bei jeder Anstalt — für Anstalten bis zu 50 Betten ein weiterer vollbezahlter Arzt und für Anstalten von 51 und mehr Betten für je 50 Betten ein bezahlter Assistenz- und ein ebenfalls bezahlter Hilfsarzt in Ansatz gebracht. Diese überaus bescheidene Mindestforderung ist nur in Anbetracht der hier verfolgten Absicht, die Verhältnisse der Krankenhausärzte an Hand einer groben Durchschnittsberechnung darzustellen, einigermaßen vertretbar. Sie darf keineswegs auch für jeden Einzelfall

als noch im Rahmen des Tragbaren liegend angesehen werden. Es sollte hier nur ein die Gesamtlage klar kennzeichnendes Bild entworfen werden, das Schlußfolgerungen erlaubt, denen keinesfalls der Vorwurf einer ärztlich parteilichen Voreingenommenheit gemacht werden kann.

Die nachstehende Zusammenstellung ermöglicht eine Übersicht über die Verhältnisse in den obengenannten 257 Krankenanstalten in bezug auf die Frage, inwieweit die Zahl der bei ihnen beschäftigten bezahlten Ärzte der aufgestellten Mindestforderung gerecht wird.

Bettenzahl	Krankenhäuser							
	Städtische		Kreis-		Andere		Insgesamt	
	a	b	a	b	a	b	a	b
bis 50	15	7	13	4	4	1	32	12
51—100	27	11	46	7	22	8	95	26
101—150	20	3	19	6	23	2	62	11
151—200	11	1	5	8	4	3	20	7
201—250	14	8	2	—	6	1	22	9
251—300	6	3	—	—	3	—	9	3
301—350	3	2	—	—	—	—	3	2
400—450	4	2	—	—	—	—	4	2
451—500	2	1	—	—	—	—	2	1
501—550	4	2	—	—	1	1	5	3
551—600	2	2	—	—	—	—	2	2
604	1	1	—	—	—	—	1	1
Insgesamt	109	43	85	20	63	16	257	79

a = Anzahl der Krankenhäuser      b = Mindestforderung erfüllt

Es zeigt sich, daß von den 109 städtischen Krankenhäusern nur 43, von den 85 Kreiskrankenhäusern nur 20 und von den 63 anderen nur 16 die Mindestforderung erfüllen. Ihr entsprechen von 257 Anstalten nur 79, also 31 v. H. Dies Bild der Besetzung der bayerischen Krankenhäuser mit bezahlten Ärzten bedarf keiner weiteren Erläuterung. Es spricht für sich selbst und zeigt, wie ungenügend die Zahl solcher Ärzte ist. Würden die Anstalten, deren Besetzung mit bezahlten Ärzten hinter der in Ansatz gebrachten Mindestzahl zurückbleibt, die Lücken ausfüllen, so wären noch weitere 373 Ärzte nötig, und zwar 87 vollbezahlte Assistenzärzte und 286 entsprechend bezahlte Hilfsärzte. Dabei darf nochmals betont werden, daß die hier erhobene Mindestforderung keineswegs für alle Krankenhäuser als auch nur einigermaßen genügend anzusprechen ist.

Nachdrücklichst muß daher eine erhebliche Vermehrung der bezahlten Stellen für Krankenhausärzte gefordert und vorgenommen werden. Ein Einwand, daß die Wirtschaftslage der Krankenanstalten eine Erfüllung dieses vollberechtigten Verlangens nicht zulasse, ist mit Entschiedenheit zurückzuweisen. Denn: einerseits kann eine den neuzeitlichen Bedingungen entsprechende Krankenbehandlung, zu deren Ermöglichung die Krankenhausträger verpflichtet sind, mit der festgestellten, viel zu geringen Zahl bezahlter Ärzte nicht durchgeführt werden. Andererseits kann der Krankenhausträger die notwendige ärztliche Arbeitsleistung nicht ohne entsprechende Bezahlung verlangen. Zudem darf der Arzt sich nicht herbeilassen, eine notwendige Tätigkeit als Krankenhausarzt unbezahlt auszuüben, da er sonst gegen § 11 der gesetzlichen ärztlichen Berufsordnung verstoßen und sich der berufsgerichtlichen Verfolgung aussetzen würde.

Zweifellos wird kein Krankenhausträger den Versuch unternehmen, einer Putzfrau zuzumuten, ohne Bezahlung im Krankenhaus zu arbeiten. Wenn er sich nicht scheut, dies von Ärzten zu verlangen, so könnte dies — wenn überhaupt — vielleicht verständlich erscheinen im Hinblick auf die Tatsache, daß der Arzt seit je bereit ist, als selbstloser Helfer dem kranken Menschen auch dann beizustehen, wenn er eine Bezahlung seiner Leistung von ihm nicht erwarten kann. Diese dem einzelnen unbemitt-

telten Kranken dienende ethische Haltung des Arztes darf aber auch dann nicht mißbraucht werden, um die Vorenthaltung der Bezahlung eines Krankenhausarztes zu begründen, wenn das Angebot ärztlicher Helfer die Nachfrage nach solchen übersteigt, wie dies z. Z. der Fall ist.

Nicht selten suchen Krankenhausträger sich ihrer Verpflichtung, die benötigte ärztliche Arbeitsleistung entsprechend zu bezahlen, mit der Behauptung zu entziehen, daß der Arzt die Krankenhaustätigkeit zu seiner eigenen Ausbildung ausübe. Solche Ausflüchte müssen mit aller Deutlichkeit zurückgewiesen werden, wenn es sich um Ärzte handelt, die zur selbständigen Ausübung ihres Berufs berechtigt sind, so daß ihrer Niederlassung als freipraktizierender Arzt nichts entgegensteht. Die Ausbildung solcher Ärzte ist als abgeschlossen zu achten. Eine Weiterbildung zum Facharzt ist nicht als Ausbildung im Sinne der praktischen Erziehung zum Arzt nach Abschluß des Medizinstudiums anzusprechen.

Zusammenfassend ist nochmals festzustellen: Der Krankenhausträger muß eine den Bedürfnissen der ordnungsgemäßen Krankenbehandlung entsprechende Zahl von Ärzten beschäftigen und deren Arbeit nach den tariflichen Bestimmungen entlohnen. Die Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung gestatten es dem Arzt nicht, solche Krankenhausarbeiten ohne Entgelt oder gegen eine unangemessen geringe Entlohnung zu leisten. Soweit unter diesen Bedingungen nicht entsprechende Verhältnisse in Krankenanstalten bestehen, muß dem Mißstand abgeholfen werden, weil die Sicherung der Volksgesundheit dies erfordert und auch der verfassungsrechtlichen Vorschrift nachzukommen ist, die besagt, daß jede ehrliche Arbeit bezahlt werden muß.

In welch geradezu grotesker Art gegen die Grundbedingungen einer ordnungsmäßigen ärztlichen Versorgung Kranker in Anstalten verstoßen wird, läßt sich insbesondere am Beispiel der äußerst mangelhaften Besetzung der Heil- und Pflegeanstalten mit Ärzten zeigen. Verantwortlich hierfür sind die Bezirksverbände, Selbstverwaltungskörper, deren Aufgabe es ist, die Etatspositionen der genannten Anstalten zu gewährleisten. Sehr aufschlußreich ist der Bericht des Bayerischen Obersten Rechnungshofes über das Ergebnis einer im Jahre 1951 vorgenommenen Überprüfung des Betriebes einer großen Heil- und Pflegeanstalt. Nach diesem entfallen auf einen Anstaltsarzt 244 Kranke. Im Bericht wird dazu bemerkt:

„Die dadurch entstehende dauernde Überbelastung des ärztlichen Personals hat die Folge, daß die wichtigste Aufgabe der Anstaltsärzte, d. i. die intensive psychiatrische Behandlung der Kranken, immer mehr zu kurz kommt. Dies um so mehr, als die Anstaltsärzte einen nicht geringen Teil ihrer Arbeitszeit auf ihre sonstigen Dienstesaufgaben verwenden müssen, wie auf die regelmäßige Fortführung der Krankengeschichten, auf den sonstigen ärztlichen Schriftverkehr, nicht zuletzt auf die berufliche Fortbildung und schließlich vor allem auf die Tätigkeit als amtliche psychiatrische Gutachter.“

Dem wohlbegründeten Antrag des Anstaltsdirektors, für je 150 Kranke einen Arzt einzustellen, versagte die überprüfende Behörde nicht die Berechtigung. Sie erachtete eine Verstärkung des ärztlichen Personals für unbedingt geboten.

Der erstaunlich weitgehende Mangel einer zahlenmäßig genügenden ärztlichen Versorgung der Anstalt — die Verhältnisse sind in den anderen Heil- und Pflegeanstalten nicht besser — läßt sich nicht lediglich als Folge von Sparbestrebungen erklären, vielmehr eher auf eine Unkenntnis des Wesens der neuzeitlichen ärztlichen Versorgung der diesen Anstalten zugehenden Kranken zurückführen.

Die für die ärztliche Versorgung der Anstalten Verantwortlichen scheinen der irrigen Meinung zu sein, daß die Aufgabe der Anstalten sich immer noch im wesentlichen darauf beschränke, eine sichere und menschenwürdige

Verwahrung Geisteskranker zu besorgen. Sie scheinen von den ungeheuren Fortschritten psychiatrischer Wissenschaft und Praxis unbeeindruckt geblieben zu sein. Die neuzeitliche Behandlung Geistesgestörter unterscheidet sich von der an anderen Leiden Erkrankter weder in der Art noch der Wirkungsweise. Daher unterscheiden sich die Heil- und Pflegeanstalten von anderen Krankenhäusern nur mehr hinsichtlich der Art der dort zu behandelnden Krankheitszustände. Die Kranken werden in den Anstalten nicht nur verwahrt, sondern behandelt. Sie verlassen die Anstalten zumelst geheilt oder so weit gebessert, daß sie keiner besonderen ärztlichen Betreuung mehr bedürfen. Diese Erfolge der neuzeitlichen Behandlung seelischer Störungen bedingen aber einen außerordentlich großen Aufwand ärztlicher Mühewaltung und demzufolge eine weit stärkere Besetzung der Anstalten mit Ärzten als zu Zeiten, in denen die Heil- und Pflegeanstalten tatsächlich in weitem Umfange nur Verwahrungszwecken dienen konnten. Der völlig veränderten Sachlage muß nun auch seitens der Träger dieser Anstalten unbedingt und ausgiebig Rechnung getragen werden.

Die festgestellten Unzulänglichkeiten der Besetzung der überwiegenden Mehrheit der Krankenanstalten mit der zur Erhaltung einer den Erfordernissen neuzeitlicher Krankenbehandlung entsprechenden Anzahl bezahlter Ärzte gaben Anlaß zu den vorstehenden Ausführungen. Es kann nicht länger geduldet werden, daß die notwendige ärztliche Arbeitsleistung in Krankenanstalten ohne entsprechende Bezahlung erfolgt. Zu einem solchen Verlangen sind die Krankenhausträger ebensowenig berechtigt, wie es den Ärzten nicht erlaubt ist, einem Verlangen, unbezahlte Arbeit zu leisten, zu entsprechen. Zur Bekräftigung der vollen Berechtigung dieser Aufstellung bedarf es nicht des Hinweises auf die Tatsache, daß das Wohl und Wehe nicht nur der im Krankenhaus gepflegten Kranken, sondern auch das der Krankenhäuser selbst von dem Wirken der darin arbeitenden Ärzte abhängt. Der Arzt ist das Herz des Krankenhauses, von dessen Funktion letztlich das Leben des Krankenhauses bestimmt wird. Angesichts dieser Sachlage muß es als geradezu frivol bezeichnet werden, wenn versucht wird, eine unerhörte Unterbezahlung der ärztlichen Leistungen in Krankenanstalten mit deren wirtschaftlicher Notlage zu begründen.

Krankenhausträger und Krankenhausarzt haben ihr Verhalten der Zweckbestimmung des Krankenhauses, der Pflege und Behandlung kranker Menschen und damit der Volksgesundheit zu dienen, anzupassen. Zur Erfüllung dieses Zweckes hat einerseits der Krankenhausträger, wie dies oben ausgeführt wurde, in erster Linie für die Sicherung einer entsprechenden ärztlichen Versorgung der Kranken bestrebt zu sein, der Krankenhausarzt andererseits seine volle Arbeitskraft dem Krankenhausdienst zu widmen. Unbeschadet der in Anbetracht der uneinschränkbar ärztlichen Verantwortlichkeit auch dem Krankenhausarzt zustehenden vollen Freiheit für sein ärztliches Handeln, muß dieser aber auch bestrebt sein, den wirtschaftlichen Notwendigkeiten bestens Rechnung zu tragen, soweit dadurch nicht der Erfolg der Krankenbehandlung gefährdet wird. Er muß sich auch in dieser Hinsicht mitverantwortlich für den Bestand und die Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses fühlen. Der Arzt muß sich immer der unabweislichen Schicksalsgemeinschaft von Krankenhausträger und Krankenhausarzt bewußt bleiben. Mag diese Zwangsverbundenheit auch nicht immer mit einer glücklichen Ehe zu vergleichen sein, so verpflichtet die Zweckbestimmung des Krankenhauses doch beide Partner, dieser dienend, die eigenen Interessen unterzuordnen.

Die unbestrittene, untragbar gewordene wirtschaftliche Not allzu vieler Krankenanstalten kann nicht fortauern, ohne daß eine äußerst ernste Gefährdung der Volksgesundheit entsteht. Versuche, diese Not auf Kosten der Kranken-

hausärzte zu erleichtern, mußten hier mit aller Entschiedenheit abgelehnt werden. Ihre weitere stille Duldung wäre nicht mehr zu verantworten.

Der unvermeidbar gewordene Kampf um eine entschiedene Besserung der Wirtschaftslage der Krankenanstalten muß im Sinne der Schicksalsgemeinschaft von den Krankenhausträgern und den Krankenhausärzten Schulter an Schulter geführt werden. Die Ärzte dürfen überzeugt sein, daß sie dabei von ihrer gesetzlichen Berufsvertretung unter Aufbietung aller ihr

dienlich erscheinenden Kräfte unterstützt werden. Zunächst richtet die Bayer. Landesärztekammer hiermit einen Appell an die Allgemeinheit, der untragbar gewordenen wirtschaftlichen Notlage der Krankenanstalten nicht nur ernsthafte Aufmerksamkeit zu schenken, sondern ihr auch wenigstens insoweit abzuhelpen, als dies die unbedingt notwendige Sicherung der Volksgesundheit trotz der allgemeinen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zwingenderfordert.

## Arzt und Presse\*)

Von Dr. med. Walther Koerting, München

In Krisenzeiten, wie wir sie auch jetzt wieder durchleben, in Zeiten politischer und wirtschaftlicher Not, kommt der Meinungsbildung der Öffentlichkeit eine besondere Bedeutung zu. Das haben politische Regime und Parteien, nicht zuletzt die nach totalitärer Macht Strebenden, klar erkannt und demgemäß gehandelt. Die Presse kann eine Führerin oder Dienerin der öffentlichen Meinung sein.

Die Beziehungen zwischen Arzt und Presse sind recht alt. Der Gründer der ersten französischen politischen Zeitung (1612) war ein Arzt Theophrast Renaudot, dessen für damalige Zeiten großartig und vielseitig angelegte Organisation bald Nachahmer fand.

Vor vier Jahren haben Universität und Landeshauptstadt München Josef Görres anlässlich seines 100. Todestages geehrt, ihn, der heute als Schöpfer der Gesinnungspresse bezeichnet wird. Görres, der in Bonn Medizin studiert hatte, sich aber bald der Publizistik verschrieb, wurde von König Ludwig nach der Verlegung der Universität von Landshut nach München berufen, wo er, wenige Schritte vom heutigen Sitz der Bayer. Landesärztekammer, in der Schönfeldstraße seine Wohnung hatte. Er verkörperte das dreifache Ideal des Gelehrten, des Journalisten und des ethisch hochstehenden Menschen.

Görres war es, der vor weit über 100 Jahren mahnte: „Rührt mir nicht an das Recht und habet den Mut, Euch auf Fehlgriffe aufmerksam machen zu lassen. Nur das freie Wort der öffentlichen Meinung wird Euch vor dem Dämon der Macht und vor der Verblendung durch eigensüchtige Interessen des Einzelnen oder Eures Volkes bewahren. Darum werdet nicht müde, eine öffentliche Meinung zu bilden und ihre freie Aussprache zu fordern.“

Auch heute ist es gerade für einen Stand wie den unsrigen, dessen Freiheit man von Jahr zu Jahr immer mehr einengen will, von besonderer Wichtigkeit, daß wir, nicht aus eigensüchtigem Interesse, sondern durchdrungen von unserer hohen Aufgabe, der Volksgesundheit Tag und Nacht, unter Einsatz unserer Gesundheit, oft auch unseres Lebens, zu dienen, die Öffentlichkeit immer wieder auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die eine Knebelung des Ärztestandes, sei sie politisch, sei sie wirtschaftlich, sei sie rechtlich, unfehlbar mit sich bringen muß.

So, wie ich im Jahre 1931 auf einer Delegierten-Versammlung der Sudetendeutschen Ärzte in Olmütz erstmals über das Thema „Arzt und Presse“ gesprochen habe, stehe ich heute 21 Jahre später vor Ihnen, um mit aller Eindringlichkeit auf die Wichtigkeit des Kapitels „Presse“ hinzuweisen.

Wir haben unsere eigene, berufsständischen Aufgaben dienende Presse, die „Ärztlichen Mitteilungen“ als Organ der „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“ und der „Arbeitsgemeinschaft der Landesstelle der

Kassenärztlichen Vereinigung“ und die Ärzteblätter der einzelnen Ärztekammern, diese regionale Aufgaben erfüllend. Auch zu diesem Kapitel wäre manches zu sagen, doch bedingt die geringe zur Verfügung stehende Zeit eine Beschränkung auf ein heute besonders wichtiges Gebiet.

Vielleicht waren es die besonderen Verhältnisse, unter denen wir leben mußten, die den „Reichsverband der deutschen Ärztevereine in der Tschechoslowakischen Republik“ schon im Jahre 1934 veranlaßten, eine „Ärztliche Pressestelle“ zu schaffen, die einen den deutschen Tagesblättern kostenlos zugegangenen „Ärztlichen Pressedienst“ herausgab und in wenigen Jahren ein umfangreiches, organisatorischen Arbeiten sehr zweckdienliches „Pressearchiv“ mit Notizen und Artikeln der Tages- oder Fachpresse, ergänzt durch Mitteilungen einzelner Ärzte oder Ärztegruppen, anlegen konnte, das leider verlorengegangen ist. Wir veranstalteten Pressekonferenzen in verschiedenen Orten, auch in der Provinz, so gerade auch die örtliche Presse am Lande für unsere Aufgaben interessierend, wobei wir die Unterstützung einzelner Kollegen hatten. Durch die politischen Ereignisse wurde dieser Aufbau jäh unterbrochen.

Vor mehreren Jahren habe ich hier ähnliche Einrichtungen angeregt. Es ist erfreulich, feststellen zu können, daß nunmehr neben einer zentralen Pressestelle in Köln, die wohl in absehbarer Zeit ihre Tätigkeit aufnehmen wird, im Bereich der Bundesrepublik drei Pressestellen bestehen: in Hamburg, in Stuttgart und in München.

Es war mir eine besondere Freude, mich der „Münchener Ärztlichen Pressestelle“ zur Verfügung stellen zu dürfen. Diese Pressestelle gibt einen „Informationsdienst“ heraus, der zurzeit den Ärztlichen Bezirksvereinen, der Landesstelle und den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Marburger Bund, den Vorstandsmitgliedern der Bayer. Landesärztekammer zugeht. Es wäre zu erwägen, ob dieser nicht auch den Abgeordneten der Bayer. Landesärztekammer übersandt werden sollte, um auch sie über die berufsständisch interessierenden Tagesereignisse zu informieren und auf dem Laufenden zu halten. Für die Tages- und Fachpresse bestimmt ist der „Nachrichtendienst“, der die Öffentlichkeit über aktuelle Fragen, über Tagungen, Verkehrssicherheit und anderes unterrichten soll, aber gelegentlich auch warnen vor Gefahren, die der Volksgesundheit aus beabsichtigten oder werdenden Gesetzen erwachsen, vor gefährlichen Entwicklungen auf bevölkerungspolitischen Gebieten, vor Auswüchsen des Sportes u. a., um nur einiges zu nennen. Dies ist um so wichtiger, als bekanntlich u. a. auch von Krankenkassen oder politischen Parteien Pressekorrespondenzen herausgegeben werden, die unsere Standesinteressen behandelnde Nachrichten bringen.

Jedem journalistisch Tätigen ist es klar, daß eine Nach-

\*) Referat auf dem Oberbayerischen Ärztetag in Bad Reichenhall, 4. Mai 1952.

richt um so wertvoller ist, je schneller sie verbreitet wird. Mueller-Gmelin bezeichnet sie als eine leichtverderbliche Ware und Karl Bücher als ein Zeitgut „wie die frischen Brötchen beim Bäcker, die nicht mehr gefragt werden, wenn sie alt sind“. Schon zu einer Zeit, als man Telephon und Funk noch nicht kannte, in den Anfangszeiten des Zeitungswesens, gab der „Lahrer hinkende Bote“ in seinem Titel seiner Unzufriedenheit über seine den Geschehnissen nachhinkende Berichterstattung Ausdruck. Schon deshalb kann die Tätigkeit eines nach Bedarf erscheinenden Nachrichtendienstes nicht ersetzt werden durch ein Ärzteblatt, das als eine den Standesinteressen dienende Monatszeitschrift andere Aufgaben hat und durch seine Erscheinungsweise zu schwerfällig ist, um immer aktuell zu sein und rasch den Ereignissen folgen zu können.

Es darf hier angefügt werden, daß die Nachrichten unseres „Nachrichtendienstes“ von der Tages- und Fachpresse erfreulicherweise häufig und ungekürzt abgedruckt werden. Wir müssen auch an dieser Stelle der Presse für ihre Unterstützung und für ihr so bekundetes Interesse herzlich danken. Der gutgeleitete Pressedienst des 54. Deutschen Ärztetages in München hat wesentlich dazu beigetragen, die Beziehungen zwischen Presse und Arzt zu stärken.

Nach meinen fast 45jährigen Erfahrungen im Pressewesen kann gesagt werden, daß ein Ärztlicher Pressedienst am besten von einem Arzt, mit eingehenden Kenntnissen in berufsständischer Hinsicht und mit journalistischer Begabung geleitet werden sollte. Einem — *sit venia verbo* — reinen Journalisten ohne innere Bezugsbeziehung zur Medizin und zum Arztum mangelt die Kenntnis der inneren Zusammenhänge und der nicht nur auf die Erfordernisse des Tages gerichteten Tendenz von Notizen und Artikeln, deren Wirkung sich vielfach erst in Zukunft erweisen soll.

Daß einzelne der heute besonders ausgebildeten Sensationslust der Masse dienende Presseorgane manchmal Takt und Rücksicht vermissen lassen, kann diesen oft nicht allein angelastet werden, sondern auch Ärzten, die aus Reklamesucht sich diesen Organen zur Verfügung stellen und sogar durch Preisgabe ihnen anvertrauter Geheimnisse die ärztliche Schweigepflicht verletzen. Das wieder in Kraft gesetzte ärztliche Berufsgerichtsverfahren wird hier vielleicht manche Mißstände beseitigen. Vielleicht sollten wir Ärzte aber, genau so wie wir die Presse mit seriösen Nachrichten versorgen, der Presse auch Bilder oder einen sogenannten Maternendienst zur Verfügung stellen, der die aufgezeigten Mängel nicht aufweist.

Daß neben dem eigentlichen Zweck der Pressestelle, der Nachrichtengebung, durch die Durchsicht vieler Zeitschriften und Zeitungen ein wertvolles Archivmaterial anfällt, ist nicht ohne Bedeutung. Es dient als Quellenmaterial, zur Auskunftserteilung, zur Bildung und Vermittlung objektiver Grundlagen. Es soll alle erreichbaren, unsere Berufsinteressen berührenden Nachrichten sammeln, Erfahrungsberichte, amtliche und nichtamtliche Statistiken, Informationen maßgebender Fachleute und in Buchform erschienenen einschlägiges Schrifttum. Eine Neuerung wurde bei unserer Pressestelle auch dadurch

geschaffen, daß Fotokopien von Artikeln, die in unserem „Informationsdienst“ nur in kurzen Auszügen wiedergegeben werden können, gegen Ersatz der Barauslagen angefertigt werden. Ein Bildarchiv wäre eine wünschenswerte Ergänzung des Textarchivs, Stätten ärztlicher Tätigkeit, Bilder bedeutsamer Ärzte umfassend, und so der Gegenwart und späteren Arbeiten gleichermaßen dienend.

Schon bei der Beschaffung des Materials wie bei seiner Auswertung spielen psychologische Gesichtspunkte eine wesentliche Rolle. Jeder mit Angelegenheiten der Presse Befasste muß sich bewußt sein, daß jedes einzelne seiner Mittel und jede seiner Methoden angewandte Psychologie sind. Er wirkt wie kaum ein anderer ständig und intensiv auf die feinsten, empfindlichsten und wichtigsten Zusammenhänge des sozialen Körpers ein. Da Lesen nach Schopenhauer heißt: „Mit einem fremden Kopf statt dem eigenen zu denken“, muß bei Auswahl und Formung auf die psychische Qualität des Lesenden und die beabsichtigte Wirkung Rücksicht genommen werden.

Daß eine enge Fühlungnahme mit der Presse durch persönlichen Kontakt und durch Pressekonferenzen förderlich ist, braucht nicht besonders betont zu werden. Nicht minder notwendig ist aber eine enge Zusammenarbeit der einzelnen örtlichen Pressestellen untereinander.

Wenn ich mit Görres begonnen habe, so lassen Sie mich auch mit Görres schließen. Vor 150 Jahren schrieb er in seinem „Rübezahl“:

„Warum der ewige Krieg im Innern zwischen den Ständen, Konfessionen und Weltanschauungen? Habt Ihr mit den äußeren Zerstörungen und Kriegen nicht genug? Natürlich müssen Gegensätze sein, keiner umfaßt die ganze Wahrheit, auch nicht der universalste Geist und wir brauchen die Gegensätze zum Fortschritt. Auch die Widerstände sind notwendig, damit wir uns darin bewähren, und unsere Freiheit realisieren. Ein Paradies hier auf Erden ist eine Illusion und dazu eine faule, für faule Köpfe und schwache Herzen. Kampf muß sein, ein edler sachlicher Wettkampf, kein Krieg, weder im Innern noch im Äußern. Eignet Euch die positiven Werte Eurer Gegner an, dann überwindet Ihr die eigene Einseitigkeit und werdet erst fähig und würdig, den Gegner von innen heraus zu überwinden. Erst wenn er sich in seinem wirklichen Recht anerkannt sieht, wird er auch seine Fehler und Mängel am ersten einsehen und ablegen. Das erst gibt wirkliche Zusammenarbeit aller Gutwilligen, und dadurch allein wird der Sache gedient, alles andere ist Dummheit oder Bosheit oder beides zusammen in den ewig wandelnden Formen des Pharisäers geistlicher oder weltlicher Prägnanz. Wollt Ihr in deren Fußstapfen wandeln, seht zu, daß Ihr Euch nicht gegenseitig auffreißt und Euer ganzes Vaterland zur Trümmerstätte macht, die nicht wieder aufgebaut werden kann.“

In diesem Sinne wollen wir auch unsere Pressetätigkeit auffassen. Der Arzt soll auch hier, bei aller Selbstverteidigung, höhere Ziele vor Augen haben. Vorbeugen und Helfen, das Volksganze vor Augen, sei auch hier seine Aufgabe.

Anschrift des Verfassers: München 38, Laimer Straße 28.

## Arzt und Krankengymnastik

In dem vom Bayer. Landtag beschlossenen Gesetz über Krankengymnasten\*) ist bestimmt, daß jeder, der die Krankengymnastik ausüben will, der staatlichen Anerkennung bedarf und daß alle krankengymnastischen Behandlungen der ärztlichen Anweisung bedürfen. Ein be-

stimmter Vorgang gab Anlaß zu einer Fragestellung an die Bayer. Landesärztekammer hinsichtlich der damit veranlaßten Zusammenarbeit von Ärzten und Krankengymnasten. Da die Anfrage zeigte, daß mißverständliche Deutungen des Gesetzes über Krankengymnasten möglich sind, erscheint eine Stellungnahme im Bayer. Ärzteblatt angezeigt.

\*) Auszugsweise wiedergegeben in Heft 6 des Bayer. Ärzteblattes vom Juni 1952, S. 81.

Eine krankengymnastische Behandlung kann nunmehr nur auf ärztliche Anweisung erfolgen, und zwar lediglich durch Personen, die eine staatliche Anerkennung zur berufsmäßigen Ausübung der Krankengymnastik besitzen. Dies besagt nicht, daß es etwa Angelegenheit von Krankengymnasten sein solle, Personen zum Arzt zu schicken, um von diesem eine Anweisung auf eine krankengymnastische Behandlung zu bekommen. Es bleibt nach wie vor der Initiative und dem Ermessen des Arztes überlassen, ob er in einem Krankheitsfalle eine krankengymnastische Behandlung für angezeigt hält und ob er mit der Vornahme einer solchen den einen oder anderen Krankengymnasten beauftragen will. Bei Einhaltung eines dementsprechenden Verfahrens kann gar keine Rede davon sein, daß sich ein Arzt damit gegen § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verfehlen würde, der bekanntlich dem Arzt verbietet, mit Nichtärzten zu-

sammen Kranke zu behandeln. Es steht zudem ausdrücklich in diesem Paragraphen, daß die Zusammenarbeit mit Angehörigen der ärztlichen Hilfsberufe durch diese Bestimmung nicht betroffen wird. Die staatlich anerkannten Krankengymnasten sind nach dem Gesetz über Krankengymnasten zu den ärztlichen Hilfsberufen zu rechnen.

Schwer verfehlen würde sich aber ein Arzt gegen die vorgenannte Bestimmung der ärztlichen Berufsordnung, wenn er sich herbeiläße zu einem Zusammenwirken mit einem Krankengymnasten in der Art, daß dieser ihm Personen zuschicken würde, um vom Arzt die Rücküberweisung zur Durchführung einer krankengymnastischen Behandlung zu erhalten. Darin würde zweifellos eine völlig unzulässige Zusammenarbeit zu erblicken sein und der beteiligte Arzt sich der Verfolgung durch ein berufsgerichtliches Verfahren aussetzen.

Dr. Weiler.

## Zulassung, Eigeninitiative, Gleichberechtigung und einheimischer Nachwuchs

Von Dr. Walther Koerting, München

Der unter dem gleichnamigen Artikel im Juniheft des Bayer. Ärzteblattes veröffentlichte Artikel von Dr. Heinz Schauwecker gab Anlaß zu Beschwerden bei der Bayer. Landesärztekammer. Da offenbar die Möglichkeit einer Mißdeutung der Ausführungen des Dr. Schauwecker besteht, folge ich gerne der Anregung der Landesärztekammer, Stellung zu nehmen.

Richtig ist, daß die sogenannten Aufnahmeländer bisher im wesentlichen einer Übernahme von vertriebenen Ärzten aus den Ländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern abgeneigt waren. Es ist bekannt, daß bindende Vereinbarungen, die zwischen den Vertretern der Ärztekammern bereits am 10. Juni 1950 getroffen worden waren, vertriebene Ärzte in bestimmter Zahl zu übernehmen, bis heute nur zum geringsten Teil erfüllt wurden, obwohl damals die Zusicherung gegeben wurde, diese erste Umsiedlungsquote umgehend zu verwirklichen. Ich habe immer wieder, in der ärztlichen Standespresse und in eindrucksvollen Ausführungen auf den Deutschen Ärztetagen in Hannover, Bonn und München, die ärztlichen Vertreter der Aufnahmeländer aufgefordert, die vorgenannten sogenannten Abgabeländer zu entlasten. Bisher ist die Umsiedlung im Ganzen trotz eines Bundesgesetzes vom 22. Mai 1951 noch immer nicht durchgeführt. Ein gleichartiges ist im ärztlichen Sektor festzustellen, obwohl die einzelnen Berufe anteilmäßig zu übernehmen sind und einzelne Ärzte, deren Patienten vorwiegend Vertriebene in größeren Gruppen sind, durch deren Umsiedlung ihr Betätigungsfeld verlieren. Neuerlich sind Bemühungen im Gange, die freiwillige Umsiedlung in angemessener Zahl in die Wege zu leiten.\*)

Die Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen ist durch das Bayer. Gesetz vom 14. 6. 1949 geregelt. Mit Ausnahme des § 44 haben die Zulassungsgesetze oder -verordnungen in fast allen anderen Ländern der Bundesrepublik den gleichen Wortlaut. Im § 13 wird festgelegt: „Auf je 600 Kassenmitglieder soll ein Kassenarzt entfallen.“ In Bayern gibt es jedoch schon Bezirke, wo die Verhältniszahl nicht mehr 1:600, sondern 1:240 beträgt.

Es darf nicht vergessen werden, daß in Bayern fast 2 Millionen aus ihrer Heimat Vertriebene Aufnahme fanden und daß der Gesamtzahl derselben auch eine entspre-

chende Zahl von Ärzten entspricht, deren berufliche Eingliederung schon durch das Flüchtlingsgesetz vom 19. 2. 1947, das in ähnlicher Form auch anderwärts besteht, geordnet wurde. Das Zulassungsgesetz gibt den vertriebenen Ärzten keine Sonderrechte, wenn man nicht die auch für einheimische Ärzte gleichermaßen geltende Bestimmung des § 44, daß eine vor dem 4. Sept. 1939 ausgesprochene Zulassung unberührt bleibt, als eine solche auffassen will. Im § 18 des Gesetzes wird von einem Vorrang bei Flüchtlingen nicht gesprochen, einen solchen genießen „in der Regel a) Bewerber, die durch das nationalsozialistische System aus rassischen, religiösen oder politischen Gründen ihre Stelle verloren haben; b) Schwerbeschädigte“. (Punkt c) und d) sind hier nicht wesentlich.) Im 2. Absatz des § 18 heißt es: „Im übrigen sind zu berücksichtigen: Das Lebensalter, der Familienstand, engere Heimatzugehörigkeit, Eigenschaft als Flüchtlinge, der Zeitpunkt der Approbation, die Ausbildungszeit...“ Also auch hier keine „Sonderbevorzugung“.

Hinsichtlich der Bezugnahme Dr. Schauweckers auf die Kriegsteilnehmer sei darauf verwiesen, daß den Heimkehrern bzw. Spätheimkehrern mit den Bundesgesetzen vom 19. 6. 1950 und 30. 10. 1951 und der Verordnung vom 13. 7. 1950 im Hinblick auf ihr schweres Los als Kriegsgefangene besondere Rechte eingeräumt worden sind. Nach § 7b gelten Heimkehrer, die vor ihrer Einberufung oder Internierung als Ärzte... zur Kassenpraxis nach deutschen Vorschriften zugelassen waren, weiterhin als zur Kassenpraxis zugelassen.

Die Behauptung hinsichtlich der „staatlichen Beihilfen“, die zu Irrtümern Anlaß geben kann, darf dahin richtiggestellt werden, daß das „Soforthilfegesetz“ vom 8. 8. 1949 nicht nur Flüchtlinge, sondern auch Sachgeschädigte, Währungsgeschädigte, politisch Verfolgte und Spätheimkehrer einbezieht. Umsiedlungsbeihilfen werden schon heute gewährt. Die von Dr. Schauwecker empfohlene nunmehrige Sperrung der als „Sonderbevorzugung der Heimatvertriebenen“ bezeichneten Aufrechterhaltung der Rechte der Altkassenärzte würde den Bestimmungen geltender Gesetze widersprechen. Sie hätte überdies deshalb keine Bedeutung, weil fast alle Altkassenärzte aus den Kreisen der Heimatvertriebenen ihre kassenärztliche Tätigkeit bereits fortsetzen können.

Es steht fest und wurde von mir wiederholt betont, daß Bayern bei seinen Bemühungen, die heimatvertriebenen Ärzte einzugliedern, trotz seiner schon vorherigen Über-

\*) Der Flüchtlingsarztausschuß der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hat am 29. 7. 1952 die Zulassungsausschüsse neuerlich dringend gebeten, durch Zulassung von umzusiedelnden und umgesiedelten Kassenärzten an der Lösung des Heimatvertriebenenproblems mitzuwirken.

füllung mit Ärzten sich seiner sozialen Pflicht durchaus bewußt war und dementsprechend handelte.

Eine neue Frage tauchte durch das Einströmen von Ostzonenflüchtlingen auf, unter denen sich unverhältnismäßig viel Ärzte befinden. Durch Bundesratsbeschluß vom 7. 12. 1951 wurde der Überfüllung Bayerns dadurch Rechnung getragen, daß Bayern die Aufnahme von Ostzonenflüchtlingen nicht auferlegt wurde. Trotz aller Einwendungen hat aber der Bundesrat mit dem späteren Beschluß vom 28. 3. 1952 verfügt, daß Bayern 3% Ostzonenflüchtlinge aufnehmen muß. Es ist durchaus möglich, daß auch hier

wieder eine relativ große Zahl von Ärzten Aufnahme in Bayern findet. Vielleicht hat auch diese trübe Aussicht die Abwehrstellung von Dr. Schauwecker mitbestimmt.

Eine Änderung des ganzen Problems dürfte erst durch das Bundesvertriebenengesetz kommen, das in seinen §§ 33 bis 41 für die Umsiedlung neue Bestimmungen trifft und u. a. verfügen wird, daß an der Umsiedlung alle Berufs- sowie Personengruppen angemessen zu beteiligen sind und eine Entlastung der Länder Bayern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein durchgeführt werden soll.

Anschrift des Verfassers: München 38, Laimer Straße 28.

## MITTEILUNGEN

### Zum Kampf der Westberliner Ärzte

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat gelegentlich seiner Tagung am 6. 7. 1952 in Stuttgart der Berliner Ärzteschaft das nachfolgende Telegramm übermittelt:

„Im Interesse einer vollkommenen und ungestörten ärztlichen Versorgung der versicherten Bevölkerung verfolgt das Präsidium des Deutschen Ärztetages mit großer Sympathie den Kampf der Westberliner Ärzte um ihre Selbstbehauptung und ihre berufliche Unabhängigkeit.“

Die im Präsidium des Deutschen Ärztetages vertretenen ärztlichen Organisationen des Bundesgebietes werden der Ärzteschaft Westberlins jede mögliche Unterstützung zu teil werden lassen.“

Zur praktischen Unterstützung der Berliner Ärzteschaft wird der Ärzteschaft Bayerns folgendes empfohlen:

Krankenscheine der VAB werden nicht entgegengenommen. Die einzelnen ärztlichen Leistungen für die Mitglieder der VAB werden zu Mindestsätzen der Preugo durchgeführt. Grundsätzlich ist Barzahlung zu verlangen. Die Zahlung ist dem Kranken auf einer zu diesem Zweck ausgestellten spezifizierten Rechnung des Arztes zu bestätigen. Soweit den Kranken Bezahlung nicht möglich ist (Rentner, Fürsorgebetreute und arbeitslose Mitglieder der VAB), ist in der gleichen Weise vorzugehen. Die Behandelten sind zu veranlassen, die Leistungen des Arztes auf einer in gleicher Form ausgestellten Rechnung und die dadurch entstandene Schuldforderung durch Unterschrift anzuerkennen. Diese Schuldscheine sind zum Inkasso an die VSB, Berlin SW 68, Lindenstr. 42, weiterzuleiten.

Dr. Weiler.

### Dr. Ludwig Diem 70 Jahre alt

Einer unserer ältesten und verdienstvollsten Standespolitiker in Bayern, der Kreisverbandsvorsitzende von Unterfranken, Herr Dr. Ludwig Diem, feierte am 15. 7. 1952 die Vollendung seines 70. Lebensjahres. Aus diesem Anlaß hat der Präsident der Bayer. Landesärztekammer die auf diesen Tag anberaumte Sitzung der Gesamtvorstandschafft der Landesärztekammer nach Würzburg einberufen, um dem Jubilar die Glückwünsche der bayerischen Ärzteschaft zu übermitteln.

Zu der schlichten Feier im Saal der Gaststätte „Zum Walfisch“ am Pleidenturm in Würzburg hatten sich außer den Mitgliedern der Kammervorstandschafft, den Vorsitzenden der Bezirksvereine des Kreisverbandes Unterfranken und der KV-Stellen auch die Vertreter der Regierung, der Stadt und der Medizinischen Fakultät Würzburg eingefunden.

Im Namen des Präsidenten der Regierung von Unterfranken sprach der Medizinreferent, Herr Obermedizinalrat Dr. Gärtner, für den Oberbürgermeister von Würzburg der Gesundheitsreferent, Herr Stadtrat Prof. Dr. Franz, und als Vertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät Herr Prof. Dr. Wachsmuth, welche dem Jubilar die herzlichsten Glückwünsche überbrachten. Be-

sonders herzlich klang der Dank für die Unterstützung, die Dr. Diem als Arzt wie als Vertreter seines Standes der Regierung, der Stadt und der Fakultät in langjähriger fruchtbarer Zusammenarbeit geleistet hat.

Die besonderen Verdienste Dr. Diems auf dem Gebiet des ärztlichen Standeswesens würdigte Präsident Dr. Weiler und überreichte ihm als äußeres Zeichen des Dankes der bayerischen Ärzteschaft eine Nachbildung des alten bayerischen Kunstwerkes: der Patrona Bavariae.

In seiner humorvollen Erwiderung entrollte Dr. Diem in skizzenhafter Wiedergabe seines Lebenslaufes die Geschichte des Ärztstandes der letzten Dezennien. Es war ein interessanter Rückblick, der hier von einem alten Arzt gegeben wurde, der noch mit an der Wiege all der umwälzenden Neuerungen gestanden hatte, die wir heute als selbstverständliches Wissensgut betrachten. Besonders erfreulich war die Feststellung, daß trotz aller Fortschritte der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie seit der Jahrhundertwende es möglich war, jeweils mit den neuen Errungenschaften Schritt zu halten dank einer Ausbildung, die das Hauptgewicht auf eine Grundlagenbildung und nicht auf die Aneignung diagnostischer oder therapeutischer Fertigkeiten legte.

### Sitzung der Gesamtvorstandschafft der Bayer. Landesärztekammer am 15. 7. 1952 in Würzburg

Nachdem am Vormittag eine kleine Feier zu Ehren des 70. Geburtstages von Dr. Diem stattgefunden hatte, eröffnete gegen 16 Uhr der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Weiler, die Sitzung des Gesamtvorstandes der Bayer. Landesärztekammer, an der auch die Bezirksvereinsvorsitzenden des Kreisverbandes Unterfranken als Gäste teilnahmen.

Zu Punkt 1 der Tagesordnung berichtete Dr. Weiler über Sitzungen des Geschäftsführenden Vorstandes und des Gesamtvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern sowie des Präsidiums des Deutschen Ärztetages in Stuttgart am 4./5./6. Juli 1952. Es handelte sich vorwiegend um organisatorische Fragen des Deutschen Ärztetages, vor allem auch um die Themengestaltung. Ferner gab er Bericht über den Stand einer neuen Approbationsordnung auf Bundesbasis, wozu eine Koordinierung der einzelnen Länderbestimmungen notwendig sei. Auch der Vorschlag der Errichtung einer Bundesärztekammer e. V. war Gegenstand eingehender Diskussion in Stuttgart. Die Satzung wird derzeit von den Vorständen der einzelnen Landesärztekammern überprüft. Die Landesvorstandschafft vertrat die Ansicht, daß es sich nur um eine Rahmenorganisation handeln könne unter Beibehaltung der Landeseinrichtungen und der dort bestehenden besonderen Regelungen.

Zu Punkt 2 „Mitwirkung bei der Durchführung des Heilpraktiker-Gesetzes“ teilte der Präsident mit, daß wir uns der gesetzlichen Verpflichtung nicht entziehen können, zwei Ärzte (und zwei Stellvertreter) für den Gutachterausschuß zu benennen. Es wird Dr. Sauer, München, und Dr. Forchheimer, Straubing, für diesen Ausschuß benannt und als Ersatzmänner Dr. Graf, Gauting, und Dr. Schilck, München, deren Einverständnis noch erholt werden soll.

Der tragische Tod eines Kollegen, der in seiner Eigenschaft als Bezirksvereinsvorsitzender auf einer Dienstreise tödlich verunglückte, gab Anlaß zu der Anregung, für sämtliche in den ärztlichen Berufsvertretungen tätigen Ärzte eine Kollektiv-Versicherung einzugehen. Der Gesamtvorstand ist einstimmig der Meinung, daß eine derartige Versicherung angebracht sei, wie sie bereits von der KV für die beiden ersten Vorsitzenden der Bezirksstellen abgeschlossen wurde, und beauftragte die Kammer, die Vorarbeiten durchzuführen, vor allem festzustellen, wer von den in Betracht kommenden Ärzten bereits anderweitig versichert ist.

Im 4. Punkt der Tagesordnung wird bezüglich der Regelung der Facharztkosten auf die vor der Währungsreform geltenden Sätze zurückgegriffen und die Gebühr für die Facharztanerkennung von 10 DM auf 20 DM erhöht (Vgl. Wortlaut im amtlichen Teil).

In Punkt 5 der Tagesordnung wurde der Plan der Errichtung eines eigenen Bezirksvereins für Neustadt-Mellichstadt-Königshofen besprochen, wie er bereits früher bestanden hatte. Da gewichtige Gründe sowohl für als wider die Neuerrichtung eines Bezirksvereins sprechen, soll die Angelegenheit nochmals im Kreisverband Unterfranken vorberaten werden.

Im weiteren Verlauf der Sitzung berichtete der Präsident noch über eine Reihe von aktuellen Fragen, u. a. über die Einrichtung der Berufsgerichte, die in Zusammenarbeit mit dem Justizminister derzeit im Aufbau begriffen sind.

Ferner teilte der Präsident mit, daß die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern um baldigste Benennung der für Bayern in Betracht kommenden Delegierten für den Deutschen Ärztetag gebeten hat. Zur Einsparung der Kosten weist er darauf hin, daß zweckmäßigerweise den einzelnen Kollegen gleichzeitig ein Mandat für Kammer und KV gegeben werden könne.

Präsident Dr. Weiler schloß die Sitzung um 19.45 Uhr.

### Oberfränkischer Ärztetag

Einer dreißigjährigen Tradition folgend, veranstaltete der Kreisverband Oberfranken am 25. Mai den „Oberfränkischen Ärztetag 1952“, zu dem sich 148 Teilnehmer in Bayreuth eingefunden hatten.

Am Vorabend der Tagung fand im Landestheater für die Tagungsteilnehmer die Aufführung einer Operette statt mit anschließender geselliger Zusammenkunft.

Am Sonntag, den 25. Mai, eröffnete der Kreisverbandsvorsitzende, Herr Dr. Karl Dreyer, die öffentliche Sitzung um 9 Uhr und gedachte zunächst der großen Zahl der Kollegen, die seit der letzten oberfränkischen Ärztetagung verstorben waren. Die Bedeutung der Tagung wurde unterstrichen durch die Zahl prominenter Gäste aus dem öffentlichen Leben und den Ständesorganisationen. Dr. Dreyer begrüßte als Vertreter der Regierung von Oberfranken Herrn Obermedizinalrat Dr. Scheffers, Bayreuth, als Vertreter der Stadt Coburg Herrn Oberbürgermeister Dr. Langer, ferner den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Herrn Senator Dr. Weiler, und den Vizepräsidenten Herrn Dr. Hense sowie Herrn Dr. Haedenkamp, den Geschäftsführenden Vorsitzenden des Präsidiums des Deutschen Ärztetages und Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern in Köln, Herrn Dr. Thieding als Vorsitzenden des Hartmannbundes und Herrn Dr. Völlinger als 1. Vorsitzenden der KV Bayern.

Als Vertreter der Bayer. Versicherungskammer waren anwesend die Herren Dr. Luber und Regierungsrat Wingarter, für die Landesstelle des Hartmannbundes deren 1. Vorsitzender, Herr Dr. Dr. von Gugel, für den Marburger Bund Herr Dr. Friedrich. Die Landeszahnärztekammer war vertreten durch Herrn Dr. Weisheit, die Apothekerkammer Oberfrankens durch Herrn Dr. Friesner, auch vier Direktoren der Oberfränkischen Ortskrankenkassen und die Bezirksstellen der Ersatzkassen in Coburg hatten der Einladung Folge geleistet.

Nach den Begrüßungsworten der Gäste gab Herr Dr. Weiler in seinem Referat „Arztrecht in Bayern“ einen umfassenden Überblick über das Selbstverwaltungsrecht der Ärzteschaft. Der Vortrag, der eine erschöpfende Darstellung der Geschichte und des derzeitigen Standes der Gesetzgebung auf diesem Gebiete gibt, ist in Nr. 5/1952 des „Bayer. Ärzteblattes“ erschienen.

In einem kurzen Referat beleuchtete Herr Dr. Thieding die Stellung des Arztes in Hinblick auf die Umschichtung durch den völlig veränderten Altersaufbau und das Einströmen der Flüchtlingsärzte.

Aus der Erfahrung heraus, die ihm eine langjährige verantwortliche Tätigkeit an den Schaltstellen der großen Ständespolitik vermittelt hatte, sprach Dr. Haedenkamp über „Fragen der ärztlichen Berufspolitik unter Berücksichtigung der übrigen Bundesländer“. Er gab eine knappe Schilderung der ärztlichen Berufsverhältnisse, wie sie sich seit den Zeiten Stauders entwickelt hatten. Während früher der Arzt als Gewerbetreibender angesehen wurde und seine Stellung im öffentlichen Leben durch die Reichsgewerbeordnung geregelt war, ist man allenthalben zu einem eigenen Arztrecht übergegangen, das zuletzt in der „Reichsärzteordnung“ einheitlich zusammengefaßt war. Bei der Neuordnung der ärztlichen Verhältnisse mußte notgedrungen der Schwerpunkt zunächst auf die Basis der Länder verlegt werden. Bayern hat das Verdienst, daß die von ihm getroffene gesetzliche Regelung in der Form des Bayer. Ärztegesetzes vom 1. 6. 1946 Muster für eine Reihe anderer Länder des Bundesgebietes wurde. Heute bestehen im Bundesgebiet sieben Ärztekammern mit weitgehender Ähnlichkeit in ihrer Struktur: Pflichtmitgliedschaft, Berufsgerichtsbarkeit und Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Auch die Organisationsformen in den übrigen Bundesländern lehnen sich in ihrem Aufbau an die Form der gesetzlichen Ärztekammern an, indem sie sich auf ein festes Gefüge von Bezirksvereinen stützen. Dabei ist es von untergeordneter Bedeutung, ob eine Pflichtmitgliedschaft besteht, wenn nur die Entschließungen der Kammern für alle Ärzte rechtsverbindlich sind. Eine gesetzliche Regelung, welche den Kammern die Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts verleiht, gibt diesen eine starke Stellung und große Wirkungsmöglichkeiten gegenüber den Verwaltungsorganen und setzt sie in die Lage, viele ihrer eigenen Angelegenheiten in Selbstverwaltung zu erledigen, die sonst durch Organe des Staates geregelt werden müßten. Wenn nunmehr ein einheitliches Arztrecht für das ganze Bundesgebiet geschaffen wird, so ist mit aller Entschiedenheit zu fordern, daß mehr als bisher den Ärzten selbst eine Mitwirkung eingeräumt wird. Ein Organ dafür ist bereits vorhanden in Form der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern bzw. des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, in dem die Vorstände aller wichtigen Organisationen — gesetzlicher und freiwilliger — vertreten sind.

In seinem Referat „Der Arzt und die Fragen der sozialen Sicherheit“ schilderte Dr. Dr. von Gugel den Weg, den die soziale Krankenversicherung seit ihrer Gründung von dem Versicherungsprinzip immer mehr zum Versorgungsprinzip aufgenommen hat. Darin liegt die große Gefahr, daß die Bedürfnisfrage zwangsläufig sich der staatlichen Zweckmäßigkeit unterordnen müsse. Auch er forderte nachdrücklich eine stärkere Beteiligung des Arztes bei der Neuordnung aller Fragen der sozialen Krankenversicherung.

In der geschlossenen Sitzung des Nachmittags, an der 116 Ärzte teilnahmen, berichtete der Vorsitzende der KV-Bezirksstelle Oberfranken, Dr. Hering, ausführlich über die Tätigkeit der Bezirksstelle und erörterte eine Reihe von Kassenarztfragen.

Dr. Völlinger, der 1. Vorsitzende der KV Bayern, gab einen Bericht zur Lage. Für die Rechtsstellung der

KV war von großer Wichtigkeit die Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes vom 20. 7. 1951, wonach das Bayerische KV-Gesetz in keiner Weise gegen die Bayerische Verfassung verstößt. Weiter berichtete Dr. Völlinger über die Tätigkeit des alten und des neuen KV-Vorstandes und der am 16. 12. 1951 neu gewählten KV-Vertreter. In einer kurzen Übersicht gab er noch den derzeitigen Stand der Verhandlungen mit den Krankenkassen bezügl. Erhöhung ihrer Leistungen bekannt.

Wie Dr. Dreyer in seiner Eröffnungsansprache und Dr. Hering in seinem Referat angedeutet hatten, war ein Hauptpunkt der Tagung die Frage der Sterbekasse für oberfränkische Ärzte bzw. die Erweiterung einer Altersversorgung. Nach dem Referat Dr. Schusters wurde ein Antrag Dr. Giesens auf Weiterversicherung der Arztfrauen einstimmig angenommen. Weiterhin wurde nach eingehender Diskussion, an der sich eine große Anzahl der anwesenden Kollegen beteiligte, ein einstimmiger Antrag auf Einrichtung einer Altersversorgung neben der Bayer. Ärzteversorgung angenommen.

Nach Erledigung der Tagungspunkte schloß die Sitzung um 20.15 Uhr.

### Sozialisierung der Krankheit

Unter dieser Überschrift bringt der „Münchner Merkur“ in Nr. 167 vom 12./13. 7. 1952 einen Leitartikel von W. Martin, der eine so erstaunlich klare Einsicht in die tieferen Grundlagen des Spannungsverhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen verrät, daß wir ihn — mit dankenswerter Erlaubnis des Verfassers — allen Kollegen zur Kenntnis bringen möchten.

Die Schriftleitung

Nicht erst neuerdings führen die Kassenärzte lebhaft Klage über ihre Vergütungen durch die gesetzlichen Krankenkassen und über eine unerträgliche Einengung ihrer beruflichen Freiheit, beschweren sich die Kassenpatienten über eine allzu oberflächliche und eilige Behandlung durch die Ärzte, werden diese wiederum von den Kassen einer Neigung zur überflüssigen Verschreibung von Medikamenten, zur leichtfertigen Überweisung in Krankenhäuser und zu allerlei einträglichen Unkorrektheiten bezichtigt. Der Streit nimmt an Erbitterung zu, und da er sich schon über Jahrzehnte hinzieht, ohne daß die vorgebrachten Argumente widerlegt würden, wechselt er sich verbrauchten, ist die Annahme erlaubt, daß alle Beteiligten recht haben und die Schuld weniger diesen oder jenen Personenkreis trifft, als vielmehr das System als solches, bei dem sich nur wenige wohlfühlen scheinen.

Die Wirklichkeit, aus der sich die allseitige Verbitterung entwickelt, ist trübe genug. Zunächst für die Ärzte. Sie erhalten je Patient im Vierteljahr für den Krankenschein ein durch die Kassenärztliche Vereinigung festgesetztes Pauschale, das zwischen etwa 4 und 6 Mark schwankt, gleichgültig, wie oft der Kranke behandelt wurde. Je mehr sich der Arzt also eines Patienten annimmt, um so geringer wird das Honorar, weil dessen Höhe sich nicht verändert, ob nun der Kranke nur ein- oder zwanzigmal, ob er nur wegen einer oder wegen mehrerer Krankheiten behandelt wurde. Es wird heute aber in steigendem Maße seltener, daß ein Patient den Arzt nur einmal im Vierteljahr beansprucht, mithin das Pauschale der aufgewandten Mühe entspricht.

Das Pauschalprinzip setzt Ärzte voraus, die entweder Millionäre oder Heilige sind. Wie aufopferungsbereit der einzelne Arzt auch sein mag, so kann er doch nicht gut auf die Sicherung seiner eigenen Existenz ver-

zichten. Da bei jenem Prinzip nur die Masse ein Auskommen abwerfen kann, muß er darauf bedacht sein, sie sich zu verschaffen. Er gerät dabei unweigerlich in die Versuchung, das Pauschale durch falsche Angaben zu erhöhen, etwa durch ungerechtfertigte Sonderleistungen, durch Beanspruchung von Kilometergeldern für nicht unternommene Fahrten oder gar dadurch, daß er durch Pseudodiagnosen gesunde Kassenmitglieder überredet, einen Krankenschein zu holen und sich „behandeln“ zu lassen. Dieser Versuchung mag die übergroße Mehrheit der Ärzte widerstehen, doch liegt es in der Natur der Sache, daß ihr der eine oder andere erliegt. Hat eine Kassenpraxis den starken Umfang erreicht, der dem Arzt ein Leben über dem Niveau eines Industriearbeiters erlaubt, dann wirkt sich das Gesetz der Masse aus. Es ist für ihn nicht mehr möglich, den einzelnen so „persönlich und sorgfältig zu behandeln, wie es notwendig wäre: aus der Sprechstunde wird die „Abfertigung“. Die pauschale Honorierung führt zum pauschalen Betrieb, mit dem das ärztliche Bewußtsein zugrunde gehen muß: wer die Ärzte deswegen tadelt, hat die Zwangslage nicht begriffen, in die das System sie versetzt.

Der Patient kommt noch schlechter weg, als er denkt. Denn er weiß beispielsweise nicht, daß der Arzt bei der Rezeptierung an den „Regeibetrag“ gebunden ist, d. h. die Summe der für Medikamente aufgewandten Kosten darf im Vierteljahr den Betrag von 4,50 Mark nur sovielmals ausmachen, als die Zahl der abgegebenen Scheine beträgt. Liefert der Arzt also tausend Scheine ab, dann darf er für insgesamt 4500 Mark Medikamente verschreiben. Bei einer so großen Praxis kann er sich durch geschicktes Ausgleichen helfen, ohne daß es der Patient zu spüren bekommt; ist sie jedoch kleiner, dann wird er mehr als einmal vor der Wahl stehen, einem Patienten entweder ein nützliches Medikament zu versagen oder es aus eigener Tasche zu zahlen. Es hilft den Kranken nicht viel, wenn die Kassen durchaus nicht zu Unrecht darauf hinweisen, daß manche Ärzte ohne eine solche Grenze bei der Ausstellung von Rezepten zu einer gewissen Hemmungslosigkeit neigen, übrigens nicht ohne Schuld der Patienten, die oft nur den für einen tüchtigen Arzt halten, der einer harmlosen Fingerverletzung gleich mit einer Penicillinspritze zusetzt. Und was weiß der Versicherte schließlich davon, daß häufig genug Leute, die über ein hohes Einkommen verfügen, aber freiwillig bei einer gesetzlichen Kasse versichert sind, nur den Höchstbetrag eines Pflichtversicherten zu zahlen haben, der also für die Ansprüche solcher, wirtschaftlich ausgezeichnet gestellter Personen indirekt mit aufkommen muß? Es wird ihn wenig trösten, zu erfahren, wie betroffenen der Arzt zu sein pflegt, wenn er offensichtlich wohlhabende Patienten behandelt, die ihm dann mit erstaunlicher Schamlosigkeit den Ortskrankenkassenschein aushändigen und seine Hilfe vielleicht dreißigmal im Vierteljahr für insgesamt 6 Mark beanspruchen.

Die Krankenzwangversicherung, von Bismarck 1883 eingeführt, war ursprünglich eine soziale Einrichtung, um die wirtschaftlich Schwachen in die Lage zu setzen, sich eine Krankheit leisten zu können. Das waren damals rund 15 Prozent des Volkes. Und damals waren Ärzte wohlhabende Leute, deren Praxis von Privatpatienten getragen wurde und denen es nichts ausmachte, noch einige Kranke gegen geringe Kassenhonorare sorgfältig zu behandeln. Heute sind rund 77 Prozent in den gesetzlichen Kassen, und die Ärzte kennen kaum mehr Privatpatienten. Die ganzen Voraussetzungen des Kassenwesens haben sich grundlegend gewandelt, ohne daß daraus die Folgerungen

# ANTIHYDRAL

FETTFREIE PASTE MIT HEXAMETHYLENTETRAMIN

ROBUGEN GMBH ESSLINGEN A. N.

5%<sup>em</sup> *Hyperhidrosis*

mykotische Ekzeme, Intertrigo



Orig.-Tube DM 1.30

gezogen wären. Die Kassen sind schon längst nicht mehr ein soziales Mittel, sondern ein Mittel zur Sozialisierung, was auf alle Fälle etwas anderes, häufig genug das Gegenteil ist. Wie unterschiedlich man bei Sozialisierungen auch technisch verfahren mag: ihr gemeinsames Merkmal ist immer die totale Bürokratisierung des Lebens. Und gerade sie zeichnet heute die gesetzliche Versicherung aus. Sie zerstört in nachhaltiger Weise das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, nicht zuletzt auch deswegen, weil durch sie der Grundsatz der ärztlichen Schweigepflicht in verhängnisvoller Weise durchlöchert wird.

Es ist an der Zeit, von dem unheilvollen Gedanken zu lassen, Krankheit dürfe nichts kosten. Der Kassenpatient, der außer seinem geringen Beitrag nur noch 25 Pfennig für ein Rezept zu zahlen hat, wird — was nachgewiesen ist — wegen der wirtschaftlichen Risikolosigkeit nicht nur leichter krank und mit einer Krankheit schwerer fertig, sondern seine Ansprüche an Kasse und Arzt steigen oft auch ins Ungemessene. Der Privatpatient überlegt es sich eingehend, ehe er beispielsweise den Arzt nachts ruft, statt am nächsten Morgen ihn aufzusuchen. Der Kassenpatient hat häufig keine Hemmungen, wie die Erfahrung bestätigt, einen Nachtbesuch ohne echte Dringlichkeit zu verlangen oder bei der Wahl zwischen zwei gleich guten, aber preislich verschiedenen Medikamenten auf dem teueren zu bestehen. Fallen die unsinnigen, weil überflüssigen Ansprüche vieler Kassenpatienten fort, welche die Kassen auf Kosten der verständigen Mitversicherten mit Millionenausgaben belasten, dann können die Ärzte für ihre Arbeit gerechter bezahlt werden, dann leeren sich die Sprechzimmer, und die Hausbesuche nehmen ein erträgliches Maß an, dann ist vor allem aber jene individuelle Behandlung wieder möglich, die gerade bei den heutigen Zivilisationsschäden so notwendig ist. Jene Ansprüche aber, die auf der Kostenlosigkeit jeder Kränkelei beruhen, fallen fort, wenn auch der Kassenpatient, wie z. B. in Frankreich, an den Kosten der Einzelkrankheit beteiligt wird, wobei die Fachleute errechnen müßten, ob die Prämie gleichzeitig gesenkt werden könnte. Es versteht sich von selbst, daß Versicherte mit einem extrem niedrigen Einkommen — etwa unter 150 Mark — im Genuß der kostenlosen Behandlung bleiben müssen: damit wäre der eigentliche Sinn der Pflichtversicherung wieder hergestellt, während die totale Sozialisierung des Gesundheitswesens zwangsläufig zu seinem Ruin führt.

## Die endgültige Regelung der Mieten für Praxisräume

Von Dr. jur. Cordes, Vechta, Falkenrotterstr. 30

Mit der inzwischen erfolgten Zustimmung des Bundesrates zum „Geschäftsraummietengesetz“ ist der Kampf, der um dieses Gesetz geführt worden ist, beendet, so daß das Gesetz am 27. Juni in Kraft getreten ist. Gegenüber den ursprünglichen Mietreform-Verordnungen enthält das Gesetz wesentliche Verbesserungen zum Schutz des Mieters bzw. Pächters.

### Was sind Geschäftsräume?

Geschäftsräume sind nach dem Gesetz solche Räume, die nach ihrer baulichen Anlage und Ausstattung auf die Dauer anderen als Wohnzwecken, insbesondere gewerblichen oder beruflichen Zwecken (z. B. der Ausübung einer Praxis), zu dienen bestimmt sind und solchen Zwecken dienen. Wohnungen in Verbindung mit selbständig vermieteten Teilen von Wohnungen, die nicht Wohnzwecken dienen (z. B. Büro- oder Praxisräume) gelten als Geschäftsräume. Betrifft das Mietverhältnis Räume, die teils zu Wohnzwecken und teils zu Praxiszwecken benutzt werden, so liegt nur dann keine Geschäftsraummiete vor, wenn mindestens die Hälfte der Fläche Wohnzwecken dient. In diesen Fällen darf der Vermieter jedoch für den zu Praxiszwecken genutzten Teil der Mieträume einen Zuschlag erheben, der seiner wirtschaftlichen Mehrbelastung entspricht.

Vielfach können Praxisräume und Wohnräume wegen ihres räumlichen oder wirtschaftlichen Zusammenhanges nur zusammen vermietet werden (z. B. Wohnung mit Laboratorium). Derartige Mietverträge sind als Geschäftsraummieten anzusehen, wenn der Mietwert der Wohnräume weniger als ein Drittel des gesamten Mietwertes der vermieteten Räume beträgt. Jedoch bleiben nach dem 1. 12. 1951 eingetretene oder eintretende Ände-

rungen der Mietwerte bei Mietverträgen, die vor diesem Zeitpunkt begründet wurden, außer Betracht.

### Mietpreiserhöhung

Nach dem 30. 11. 1951 abgeschlossene Mietverträge über Praxisräume unterliegen nicht mehr den Preisvorschriften. Dies gilt grundsätzlich auch für Mietverträge, die vor diesem Zeitpunkt abgeschlossen wurden. Jedoch ist in den letzteren Fällen der Mieter vor übertriebenen Mietforderungen des Vermieters bis zum 31. 12. 1954 dadurch geschützt, daß er diese ablehnen kann, wenn er dafür einer angemessenen Mietpreiserhöhung seine Zustimmung gibt. Angemessen ist eine Mietpreiserhöhung, wenn und soweit die vom Vermieter geforderte Miete die ortsübliche Miete nicht übersteigt, die sich für Praxisräume gleicher Art und Lage nach Wegfall der Preisbindungen bildet. Ergeben sich Schwierigkeiten bei Feststellung dieser ortsüblichen Miete, so tritt an deren Stelle die Kostenmiete, die auf Grund einer Rentabilitätsberechnung festzustellen ist. Auf Antrag des Vermieters ist von der Preisbehörde eine Mietpreiserhöhung zuzulassen für solche Praxisräume, die wegen ihres Zusammenhangs mit Wohnräumen nach wie vor den Preisvorschriften unterliegen, weil der Mietwert der Wohnung mindestens ein Drittel des gesamten Mietwertes beträgt.

### Kündigungsbestimmungen

Vor dem 1. 12. 1951 begründete Miet- und Pachtverhältnisse über Praxisräume sind ab 1. 7. 1952 vom Mieterschutz ausgenommen. Vertragliche Vereinbarungen zwischen Mieter und Vermieter über die Dauer der Mietzeit und über Kündigungsfristen werden davon nicht berührt, bleiben also grundsätzlich in Kraft.

Ein dem Mieterschutz nicht mehr unterliegendes Mietverhältnis kann, wenn der Mietzins nach Monaten oder längeren Zeitabschnitten bemessen ist, nur für den Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Auf vereinbarte kürzere Kündigungsfristen können die Parteien sich nicht berufen. Die Kündigung muß dem Vertragsgegner spätestens am dritten Werktag des Vierteljahres zugegangen sein.

Vielfach sind Mietverhältnisse über Praxisräume, die vor dem 1. 12. 1951 begründet waren, nach dem 30. 11. 51 auf Grund der Mieterschutz-Ausnahmen-Verordnung fristgemäß gekündigt worden. Diese Kündigungen bleiben grundsätzlich wirksam mit frühestem Termin zum 1. 7. 1952. Jedoch kann der Mieter den Widerruf der Kündigung verlangen und die Herausgabe der Praxisräume verweigern, wenn gewisse Voraussetzungen gegeben sind.

### Wann kann der Mieter einen Widerruf der Kündigung verlangen?

Der Mieter bzw. Pächter kann den Widerruf der Kündigung verlangen, wenn die Kündigung des Mietverhältnisses erhebliche wirtschaftliche Nachteile für ihn mit sich bringt. Diese Voraussetzung würde z. B. dann vorliegen, wenn bei Verlegung der Praxisräume der Verlust eines erheblichen Teiles der Klienten zu befürchten ist.

Eine Berufung auf ihm entstehende erhebliche wirtschaftliche Nachteile ist dem Mieter dann verwehrt, wenn er die Möglichkeit hat, sich für die gemieteten Räume zu zumutbaren Bedingungen einen wirtschaftlich im wesentlichen gleichwertigen Ersatz zu verschaffen. Dies gilt auch dann, wenn der Vermieter den Mieter für die durch den Verlust der Räume entstehenden Nachteile angemessen entschädigt.

Häufig hat der Mieter durch Gewährung von Zuschüssen oder Darlehen oder in sonstiger Weise einen erheblichen Beitrag zur Schaffung oder Instandsetzung der gemieteten Räume erbracht. In diesen Fällen kann der Mieter den Widerruf der Kündigung verlangen ohne Rücksicht darauf, ob sie erhebliche wirtschaftliche Nachteile für ihn mit sich bringt. Als erheblich ist ein Zuschuß anzusehen, wenn er den Betrag einer bisherigen Jahresmiete übersteigt. Vor der Kündigung getilgte Darlehen bleiben außer Betracht.

Der Mieter muß seinen Anspruch auf Widerruf der Kündigung innerhalb eines Monats durch schriftlichen Widerspruch gegen die Kündigung geltend machen, andernfalls erlischt dieser Anspruch. Die Frist für diesen Widerspruch beginnt mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung des Vermieters, daß der Mieter den Anspruch auf Widerruf der

Kündigung verliert, wenn er der Kündigung nicht innerhalb eines Monats schriftlich widerspricht. Daraus ergibt sich, daß der Mieter auf eine Kündigung des Vermieters hin nicht gezwungen ist, sogleich Kündigungswiderrufsklage zu erheben. Er kann vielmehr, wenn er fristgemäß schriftlichen Widerspruch gegen die Kündigung erhoben hat, die Klage des Vermieters abwarten. Im Falle der Klage kann er seinen Anspruch auf Widerruf durch Einrede geltend machen.

#### Unzumutbarkeit der Fortsetzung des Mietverhältnisses

Unter bestimmten Voraussetzungen sieht das Gesetz vor, daß der Mieter mit seinem Verlangen auf Widerruf der Kündigung nicht durchdringen kann. Allgemein entfällt für den Mieter die Möglichkeit, den Widerruf der Kündigung zu verlangen, wenn dem Vermieter die Fortsetzung des Miet- bzw. Pachtverhältnisses nicht zugemutet werden kann. Hierfür trägt der Vermieter die Beweislast: Der Vermieter kann den Widerruf der Kündigung u. a. ablehnen in folgenden Fällen:

1. wenn der Vermieter zur fristlosen Kündigung berechtigt ist;
2. wenn der Vermieter die Räume für eigene Zwecke oder für Zwecke seines Ehegatten oder eines Verwandten gerader Linie benötigt und auch bei Berücksichtigung der Verhältnisse des Mieters die Vorenthaltung des Mietgegenstandes eine schwere Unbilligkeit für den Vermieter darstellen würde;
3. wenn der Vermieter bei anderweitiger Vermietung eine höhere als die bisherige Miete erzielen könnte und der Mieter sich weigert, in eine angemessene Mieterhöhung von dem Zeitpunkt an einzuwilligen, zu dem die Kündigung wirksam war.

Es bleibt dem Vermieter jedoch unbenommen, auch andere wichtige Gründe vorzubringen.

#### Vereinbarungen nach dem 1. 12. 1951

Wenn Vertragsparteien eines vor dem 1. 12. 1951 abgeschlossenen Mietvertrages über Praxisräume in der Zeit vom 1. 12. 1951 bis zum Inkrafttreten des Gesetzes eine Neuregelung ihrer Rechtsbeziehungen (z. B. Mietpreiserhöhungen oder Kündigung) vereinbart haben, so kann jeder Vertragsteil innerhalb von drei Monaten seit dem Inkrafttreten des Gesetzes von dieser Vereinbarung zurücktreten. Der eigentliche Mietvertrag wird von dem Rücktritt nicht berührt.

Falls sich ein Mieter vor dem 1. 12. 1951 verpflichtet hat, einen Mietpreis zu zahlen, der wegen seiner Höhe gegen die Preisvorschriften verstieß, so war er nur verpflichtet, den preisrechtlich zulässigen Preis zu entrichten. Vom 1. 12. 1951 bis zum 31. 12. 1954 braucht er in diesem Falle nicht mehr als die ortsübliche oder Kostenmiete zu zahlen.

#### Lakritzenbehandlung des Ulcus

Die dank der sensationellen Berichte der illustrierten Presse populär gewordene Lakritzenbehandlung des Ulcus ventriculi ist, wie Hochrein nachweist, keineswegs so indifferent, daß sie wahllos angewendet werden dürfte. Kollegen, die sich über die wissenschaftlichen Grundlagen der Behandlungsmethode informieren wollen, seien daher die bisher erschienenen Veröffentlichungen über die Liquiritla-Therapie bekanntgegeben, die uns Kollege Dr. Klimpel, Ludwigshafen a. Rh., lebenswürdigerweise zur Verfügung stellt. Außerdem erscheint in Kürze in der „Therapiewoche“ (Karlsruhe), eine Abhandlung, die sich besonders mit dem Wirkungsmechanismus und den unerwünschten Nebenerscheinungen befaßt.

Irle, F.: Beobachtungen bei der ambulanten Röntgenuntersuchung des Magen- und Zwölffingerdarmge-

schwüers vor und nach der Behandlung mit Cavel (S)-Magengeschwürtabletten (mit Succus liquiritiae) Mü. Med. Wschr. 1952, 23: 1173.

Hennemann, H. H., und Mitarbeiter: Die Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni mit Succus liquiritiae. Z. ges. Inn. Med. 1952, 9: 385.

Hochrein, M.: Ulcusbehandlung mit Succus liquiritiae. Ärztl. Praxis 1952, 16.

Hochrein, M.: Zur Behandlung des Magengeschwürs mit Lakritzensaft. Ratgeber für Gesunde und Kranke, Düsseldorf, 8. 5. 52.

Klimpel, W.: Succus liquiritiae-Behandlung des Ulcus pepticum. Fragekastenantwort in der Med. Klinik, im Druck.

Schulze, E., und Franke, R.: Über die Behandlung des Magengeschwürs mit Succus liquiritiae. Dtsch. Med. Wschr. 1951, 31/32: 1988.

Schulze, E.: Ulcusbehandlung mit Succus liquiritiae. Fragekastenantwort Med. Klinik 1952, 23.

#### Wiedereröffnung des Sanatoriums Wartenberg/Obb.

In Anwesenheit des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer und einer großen Anzahl von Gästen, Vertretern der Behörden und der Versicherungsträger, fand am 1. 7. die Wiedereröffnung des altbekannten Sanatoriums Wartenberg bei Moosburg statt, das nach 7jähriger Benützung als DP-Lager allerschwerste Schäden erlitten hatte. Mit tatkräftiger Unterstützung seiner Gattin ist es dem Besitzer Dr. Hans Selmaier gelungen, das Zerstörte wieder aufzubauen und mit den modernsten Mitteln und Einrichtungen auszustatten. Geblieben ist der alte Geist des Hauses, der — nunmehr in der dritten Generation der gleichen Familie — die Krankenhausatmosphäre bewußt vermeidet, wobei ihm die räumliche Ausdehnung des Besitzes (70 Tagwerk alter Waldbestand bei 260 Tagwerk Gesamtbesitz) zustatten kommt. Außer Geisteskrankheiten und Tbc können alle Krankheiten behandelt werden, besonderes Gewicht wird auf Diätbehandlung gelegt, wofür nicht weniger als 23 verschiedene Kostformen zur Verfügung stehen. In drei Operationsräumen ist die Möglichkeit von Operationen — auch kosmetischen — durch Fachchirurgen gegeben. Für Sozialversicherte (Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestelltenkrankenkasse usw.) sind Sondervereinbarungen getroffen. Die Tagessätze für Privatpatienten betragen einschließlich ärztlicher Betreuung DM 16.— bis DM 20.—. Möge der alte Ruf Wartenbergs der Anstalt auch in ihrem neuen Kleide den verdienten Erfolg verbürgen!

#### Honorarverhandlung mit der Süddeutschen Knappschaft

Bis vor einem Jahr hat die Süddeutsche Knappschaft für den Arbeiter ein Jahrespauschale von DM 17.—, für den Angestellten von DM 18.— geleistet. Am 24. 4. 1951 war mit der Knappschaft nach längeren Verhandlungen ein für alle Versicherten geltendes Pauschale von DM 21.— vereinbart worden. Trotz dieser Erhöhung waren die Bezirksstellen der KV außerstande, die Ärzte auch nur annähernd entsprechend den Gebührensätzen der Preugo zu honorieren, soweit es sich um Behandlung von Knappschaftsmitgliedern oder deren Angehörigen handelte.

So betragen z. B. in	Bruttofallwerte	Abrechnungsfallwert	Quote
Schwaben	11,03	4,28	38,80
Niederbayern	9,53	4,95	51,98
Oberpfalz	9,62	4,23	43,84

Wegen dieser untragbaren Verhältnisse hatte die KVB bereits Mitte Januar 1952 die Knappschaft eingeladen, um mit ihr neuerlich über die Höhe des Pauschales zu beraten.



# Uro-Med

schmerzstillendes  
Harnantisepticum

MED

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate  
J. Carl Pflüger - Berlin - Nkln. (West)

Die Besprechung kam jedoch zunächst nicht zustande, weil angeblich die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften für das gesamte Bundesgebiet eine allgemein gültige Regelung anstrebe. Erst nachdem klargestellt war, daß auch die Spitzenorganisationen regionale Vereinbarungen vorziehen, konnte die KVB endgültig verhandeln. Sie hat daher die Süddeutsche Knappschaft zum 8. Mai 1952 zu Vertragsverhandlungen eingeladen.

Nach eingehender Darlegung der Situation der Kassenärzte mit Knappschaftspraxis wurde von seiten der KVB eine Verdoppelung des Pauschales vorgeschlagen. Die Knappschaftsvertreter erklärten einen derartigen Vorschlag für unannehmbar. Sie schlugen ihrerseits eine Erhöhung von 20% ab 1. 1. 1952 vor. Sie wiesen dabei darauf hin, daß die Knappschaftsleistung insofern anders gewertet werden müßte, als ea. für ein Drittel ihrer Mitglieder ein doppeltes Pauschale abgeführt werde, da die Knappschaftsrentner (im Gegensatz zu den Knappschaftsvollrentnern) weiter verdienen und infolgedessen nicht nur als Rentner, sondern auch als Mitglied geführt würden.

Von seiten der KV wurde demgegenüber unterstrichen, daß die Knappschaft als Betriebskrankenkasse anzusehen wäre und deshalb ihr Pauschale auch dem dieser Kassenart zumindest angehört werden könnte.

Nach eingehender Würdigung aller von den beiden Verhandlungspartnern vorgetragenen Gesichtspunkte, wurde abschließend vereinbart, daß die Süddeutsche Knappschaft rückwirkend bis zum 1. 10. 1951 das Pauschale um 33 $\frac{1}{3}$ % erhöht.

Die Vertreter der Knappschaft betonten zum Abschluß, daß weitere Erhöhungen des Arzt-pauschales trotz der angespannten Wirtschaftslage der bayerischen Gruben möglich seien, aber nur wenn sich die anderen Ausgaben der Kasse drosseln lassen, wobei sie um die Mithilfe der Ärzte baten. Es handelt sich dabei insbesondere um die als katastrophal bezeichnete Steigerung der Arzneikosten.

Dr. Dr. v. Gugel, 2. Vors. der KVB

### Zur Tbc-Behandlung

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Arbeitsausschuß für Chemotherapie, teilt uns nachfolgende „Vorläufige Stellungnahme des Arbeitsausschusses zur Anwendung der Isonicotinsäurehydrazid-Präparate (INH) vom 23. Juni 1952“ mit:

Die Isonicotinsäurehydrazid-Präparate (INH)\* haben im akuten Tierversuch eine eindeutige tuberkulostatische Wirkung. Auch bei der therapeutischen Anwendung am tuberkulosekranken Menschen sind günstige Wirkungen erkennbar, wenn auch keineswegs regelmäßige Besserung beobachtet wird, und wenn auch die beobachteten Besserungen hinsichtlich ihres Ausmaßes den sensationellen Meldungen der Tagespresse nicht entsprechen.

Wie für alle therapeutischen Mittel gilt auch für die INH-Präparate, daß die Behandlung mit ihnen in der Regel in den Rahmen einer klinischen oder Heilstättenbehandlung eingefügt werden soll. Eine ambulante Behandlung nur mit diesen Präparaten ist bei dem heutigen Stand unserer Erfahrung unzureichend. Die Möglichkeit, die Präparate zu einem relativ billigen Preis zu beschaffen und als Tabletten in einfacher Weise einzunehmen, darf nicht zu wahlloser und unüberwachter allgemeiner Anwendung führen, denn diese ist nicht ohne Gefahr.

1. Es sind — unabhängig von der Einwirkungsmöglichkeit auf die Tuberkulose — toxische Nebenwirkungen, vor allem bei länger dauerndem Gebrauch möglich (z. B. Nervensystem, Blut, allergische Erscheinungen). Im Laufe der Behandlung sind Verschlimmerungen von Lungentuberkulosen beobachtet worden, z. B. bei gewissen Formen der Tuberkulose akute cavernöse Einschmelzungen.

\* Bisher sind folgende Isonicotinsäurehydrazid-Präparate und -Derivate bekannt: Bacillin, Isidrina, Isobicina, Ismazide, Neoteben, Nevin, Nilaton, Nicotibina, Nicozid, Nizicina, Nydrasid, Marsilid, Pirazide, Rimifou, Tibazide, Tibivis u. a.

Sachkundige, fortlaufende und bei Lungentuberkulose auch röntgenologische Überwachung ist bei Anwendung der Mittel also notwendig!

2. Wie gegenüber allen tuberkulostatischen Mitteln werden auch gegenüber den INH-Präparaten Tuberkelbakterien u. U. resistent. Bisher liegen noch keine abschließenden Erfahrungen vor, wie rasch und in welchem Umfange diese Resistenz auftritt und wie sie sich klinisch auswirkt. Es ist jedoch ohne weiteres ersichtlich, daß durch den nicht zeitgerechten Einsatz der INH-Präparate das wertvolle Mittel verbraucht wird und damit in der Zeit der Not nicht mehr wirksam zur Verfügung steht, weil die Tuberkelbazillen inzwischen u. U. resistent geworden sind.

Um Schäden zu vermeiden und um das wertvolle Heilmittel in einer entscheidenden Phase des langdauernden Krankheitsverlaufs, insbesondere der Lungentuberkulose, möglichst wirksam zur Anwendung zu bringen, bedarf es sorgfältiger und verantwortungsbewußter Überlegung von seiten des behandelnden Arztes. Nur der mit der Tuberkulose und mit den Behandlungsmöglichkeiten gut vertraute Facharzt wird beim heutigen Stand der Dinge zu einem zweckvollen Einsatz der Mittel in der Lage sein. Dabei muß allen bisherigen chemotherapeutischen Möglichkeiten und auch der Notwendigkeit der rechtzeitigen Anwendung von Kollapsverfahren voll Rechnung getragen werden.

Wir sind zur Zeit von einer Abklärung unseres Wissens hinsichtlich der Indikationen für INH-Präparate noch weit entfernt. Auch über die zweckmäßige Dauer der Behandlung mit INH-Präparaten lassen sich noch keine verbindlichen Vorschläge machen. Auf alle Fälle gilt es, die gesamte Chemotherapie in den Behandlungsplan, dessen Grundlage die Heilstättenbehandlung oder eine dieser entsprechende Kur bleibt, so einzufügen, daß eine chemotherapeutische Beeinflussbarkeit möglichst lange erhalten bleibt.

Die Behandlung der Meningitis tuberculosa mit INH-Präparaten kann nur stationär erfolgen und auch nur an solchen Anstalten, wo die entsprechenden Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen (s. „Merkblatt für Ärzte zur Frühdiagnose der tuberkulösen Meningitis“).

### Ärzte für die Weltgesundheitsorganisation

Im Rahmen ihres Programmes „Improvement of medical education all over the world“ sucht die Weltgesundheitsorganisation medizinische Lehrkräfte zur Besetzung folgender Stellen:

1. **Universität von Malaya in Singapore:**

a) **Beauftragter für Kurse in angewandter Ernährungswissenschaft.**

Vertragsdauer 1—2 Jahre. Bezahlung ca. 600 US-Dollar monatlich. Die Bewerber müssen bereits früher unterrichtet und Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet geleistet haben. Sie sollten auch möglichst mit den Verhältnissen in warmen Ländern vertraut sein.

b) **Beauftragter für Hygiene bei Mutter und Kind.**

Vertragsdauer 1—2 Jahre. Bezahlung ca. 600 US-Dollar monatlich. Die Bewerber sollen bereits früher unterrichtet und auf diesem Gebiet wissenschaftlich tätig gewesen sein. Die Kenntnis der Verhältnisse in warmen Ländern wird vorausgesetzt.

c) **Beauftragter für medizinische Statistik.**

Vertragsdauer  $\frac{1}{2}$  Jahr. Bezahlung ea. 500 US-Dollar monatlich. Die Bewerber sollen bereits in diesem Fach unterrichtet haben und darin tätig gewesen sein.

2. **Pakistan:**

a) 2 Professoren für Pathologie

b) 1 Professor für Anatomie

c) 1 Professor für Physiologie

Vertragszeit (a—c) 1—2 Jahre. Bezahlung ea. 600 US-Dollar monatlich.

3. **Indien (Schule für Tropenmedizin in Kalkutta)**

a) **Professor für Pharmakologie**

Bewerber sollen mindestens 5 Jahre an einer be-

kannten Universität gelehrt haben. Vertragsdauer 1/2 Jahr. Bezahlung ca. 600 US-Dollar monatlich.

#### 4. Irak (Königl. Med.-College in Bagdad)

##### a) Dozent für die Koordinierung der medizinischen Forschungen

Vertragsdauer 1/2 Jahr. Bezahlung ca. 600 US-Dollar monatlich.

Bewerbungen müssen in deutscher und englischer Sprache gehalten sein. Neben einem Lebenslauf sollen sie ein Verzeichnis etwaiger wissenschaftlicher Arbeiten sowie Referenzen enthalten.

Die Bewerbungen sind zu senden an:

Präsidium des Deutschen Ärztetages

— Auslandsdienst —

Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32

Von dort werden die Unterlagen den zuständigen Stellen der Weltgesundheitsorganisation zugeleitet.

### Peru sucht deutsche Fachleute für den Krankenhausneubau

Die peruanische Regierung beabsichtigt eine Reihe von großen, modernen Krankenhäusern zu errichten und wünscht dabei die Mitarbeit deutscher Spezialisten, insbesondere von Ärzten. Folgende drei deutschen Fachleute werden gesucht:

1. Ein Arzt mit reichen Erfahrungen hinsichtlich der betrieblichen Einrichtung von Krankenhäusern und ihrer medizinischen und technischen Ausstattung und Projektierung von Bauvorhaben. Er soll bezüglich der Aufstellung der Bauprogramme und der Entwürfe mit den Architekten zusammenarbeiten.
2. Ein Arzt, der den Verwaltungsbetrieb der schon vorhandenen Krankenhäuser reorganisieren und sein System in den neu einzurichtenden Häusern einführen soll. Er muß schon ein Krankenhaus mit 150—200 Betten erfolgreich geleitet haben.
3. Ein Elektroingenieur für die besonderen elektrotechnischen Einrichtungen eines Krankenhauses.

Alle drei Persönlichkeiten müßten zudem bereit sein, das Landesinnere Perus zu bereisen. Sie sollten außerdem die spanische Sprache beherrschen.

Bewerber können sich an den Auslandsdienst des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, wenden. Den Bewerbungen sind neben einem Lebenslauf Referenzen beizufügen.

### Balneologische Studienreisen

Das Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern führt nachfolgende Studienreisen durch:

Balneologische Studienreise Dänemark—Schweden  
10.—27. August 1952 DM 765.—

3. Balneologische Studienreise Schweiz—Italien  
1.—21. September 1952 DM 767.—

Vergünstigungskuren, verbunden mit med. Kolloquien, vom 31. August bis 21. September 1952 in Langeoog. Pauschalpreis pro Woche ab DM 58.—, außerhalb dieser Zeit ab DM 77.—. Prospekte und Anmeldungen durch das Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Str. 13.

### Chemieschule Dr. Grübler, Isny im Allgäu

Die Chemieschule hat wegen der allgemeinen Verlegung des Schulabschlusses bereits im 15. 4. 1952 mit einem Lehrgang begonnen.

Die Schule ist zur Zeit mit drei Lehrgängen mit zusammen 170 Teilnehmern belegt und dürfte damit die größte ihrer Art sein. Diese Vergrößerung schaffte der Schule die Möglichkeit, eine größere Anzahl neuer, modernster Apparate für die Ausbildung bereitzustellen und die Schule auch räumlich weiter auszubauen. Mindestvoraussetzung für die Zulassung ist die mittlere Reife, die bestandene Laborantenprüfung oder eine entsprechende

Ausbildung. Die Möglichkeit, bereits am 1. September 1952 mit einem neuen Lehrgang zu beginnen, ergibt sich dadurch, daß 42 Teilnehmer Ende August ihr Staatsexamen ablegten. Erfreulich ist, daß bereits jetzt der größte Teil der zukünftigen chemisch-technischen Assistenten/innen eine Stellung in Aussicht hat. Es bestehen keine Bedenken, daß auch diesmal sämtliche Absolventen in kürzester Zeit im Beruf unterkommen.

Am 15. Oktober 1951 ist im Amtsblatt des Kultusministeriums Land Württemberg-Hohenzollern die Prüfungsordnung für chemisch-technische Assistenten/innen oder Chemotechniker/innen, nach der seit Bestehen unserer Schule die Staatsexamina abgelegt wurden, erschienen und damit allen Interessenten zugänglich geworden. Neu ist die Erweiterung der Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soforthilfe. Flüchtlinge und Sachgeschädigte können jetzt eine Ausbildungsbeihilfe von DM 70.—, Schulort-fremde zusätzlich DM 30.— und Verheiratete weiterhin zusätzlich DM 30.— pro Monat erhalten. Die Schule selbst kann weiterhin durch Ermäßigungen und vor allem durch Stundungen der Schulgeldgebühren bis nach der Ausbildung bei der Finanzierung der Ausbildung behilflich sein. Auch können staatliche Stellen bei Nachweis der Bedürftigkeit und der Unterstützungsberechtigung Zuschüsse auswerfen. Der Lebensunterhalt ist in Isny besonders günstig. So betragen die Zimmerpreise durchschnittlich DM 20.— bis 25.— pro Monat. In den Gasthäusern kann für DM —.90 bis 1.— ein gutes und reichhaltiges Mittagessen eingenommen werden.

Die Ausbildung, die die chemisch-technischen Assistenten/innen erhalten, ermöglicht eine spätere Tätigkeit in wissenschaftlichen Laboratorien, Nahrungsmitteluntersuchungsstellen, landwirtschaftlichen Instituten, Apotheken, bei Ärzten, in den chemischen Laboratorien der Kliniken sowie vor allem in den Laboratorien der gesamten chemischen, nahrungsmittel-chemischen, pharmazeutischen und technischen Industrie. In jedem Laboratorium, in dem chemische Arbeiten durchgeführt werden, kann sich der chemisch-technische Assistent/in auf Grund der breiten Ausbildungsgrundlage in kürzester Zeit einarbeiten und eine hochwertige Kraft sein.

Die Berufsaussichten sind zur Zeit als besonders günstig zu bezeichnen. Sämtliche Absolventen der Schule konnten bisher im Beruf unterkommen.

### AUS DER FAKULTÄT

München: Prof. Dr. Alexander Herrmann, Direktor der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik an der Universität Mainz, hat einen Ruf an die Universität München angenommen.

Privatdozent Dr. Erwin Hiller (Oberarzt am Städt. Krankenhaus München links d. Isar) wurde mit Min.-Entschl. Nr. V 48 302 vom 28. 6. 1952 zum außerplanm. Professor ernannt.

Würzburg: Als Nachfolger von Professor Elze wurde Professor Neubert, Tübingen, zum Leiter des Anatomischen Instituts berufen.

Prof. Dr. Max Meyer, Ordinarius für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, wurde für das akademische Jahr 1952/53 zum Rektor der Universität gewählt.

### PERSONALIA

Prof. Dr. med. Fritz Cursehmann, München, der bekannte Gewerbearzt, beging kürzlich sein goldenes Doktorjubiläum.

Prof. Dr. Heinrich Eymmer, em.o. Prof. für Frauenheilkunde in München, wurde zum Ehrenmitglied der Bayer. Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde gewählt.

Dr. med. et. phil. Josef Golling in Rosenheim wurde das Verdienstkreuz der Bundesrepublik verliehen. Dr. Golling hatte sich beim Wiederaufbau des Roten Kreuzes, insbesondere durch Gründung der Grenzstützstation einer Flüchtlings-Vermittlungsstelle, große Verdienste erwor-

ben. Bei Kriegsende hatte er sich mit großem persönlichem Mut dafür eingesetzt, daß die Stadt Rosenheim als Lazarettstadt erklärt wurde.

Prof. Dr. Jahn, der Leiter der ärztlichen Fortbildungskurse in Regensburg, erhielt anlässlich der diesjährigen Tagung der Kurse die Albertus-Magnus-Medaille für Kunst und Wissenschaft verliehen.

Prof. Dr. Alfred Marchionini, Direktor der Dermatologischen Univ.-Klinik München, wurde zum Ehrenvizepräsidenten des 10. Internationalen Dermatologenkongresses in London ernannt.

Geheimer Sanitätsrat, Hofrat Dr. Theodor Struppeler feierte am 12. 7. 1951 seinen 80. Geburtstag. 1902 in München niedergelassen, zählte er bald zu den bekanntesten und meistgesuchten Internisten im In- und Auslande. Sein unverwüstliches Pfälzer Temperament ließ ihn auch manche Schicksalsschläge, wie die Sperrung seiner Praxis durch das Dritte Reich und die Zerstörung seiner Wohnung und Praxis, überwinden und gestattet ihm auch heute noch die Ausübung seiner Praxis in bewundernswerter Rüstigkeit.

## IN MEMORIAM

Nach einer 35jährigen anstrengenden und aufopfernden Landpraxis- und Anstaltstätigkeit starb am 11. 6. 1952 im Alter von 62 Jahren an einem Herzleiden Herr Dr. med. Hans Eichinger, prakt. Arzt und Anstaltsarzt in Rennertshofen bei Neuburg a. D.

Kurz nach Vollendung des 80. Lebensjahres starb am 14. 6. 1952 in Krailing Herr Sanitätsrat Dr. Arnold Lämmer, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.

San.-Rat Dr. Wilhelm Riegel verstarb am 29. Juni im 91. Lebensjahr in Dietmannsried/Allg. Der Verstorbene war Ehrenmitglied der Medizinischen Gesellschaft und der Poliklinik Nürnberg.

Am 14. Juni d. J. starb in Bad Wörishofen im 76. Lebensjahr Herr San.-Rat Dr. med. Albert Schalle. Der Verstorbene zählte zu den ältesten Wörishofer Badeärzten. In seiner 44jährigen Tätigkeit in Bad Wörishofen hatte er sich große Verdienste für die Entwicklung des Kneipp-Kurortes erworben.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Festsitzung anlässlich des 75. Geburtstages

von  
Professor Dr. Heinrich Löhe, Berlin  
im Rahmen der

### 3. Ostbayer. Wissenschaftlichen Dermatologen-Tagung

in Regensburg  
Samstag, den 23. August 1952  
Sonntag, den 24. August 1952

im  
Hause des Bayer. Roten Kreuzes, Regensburg,  
Minoritenweg 4

3. Ostbayerische Dermatologen-Tagung zu Regensburg  
Vorsitz: Prof. Dr. C. F. Funk

#### PROGRAMM

Samstag, 23. August 1952

(Vortragssaal: Bayer. Rotes Kreuz, Minoritenweg 4)

- 15.45 Uhr Eröffnung der Tagung  
16.00 Uhr Prof. Gotttron, Tübingen:  
Krankheiten im Bereiche des Unterhautfettgewebes  
16.45 Uhr Professor Keining und Dozent Brett, Mainz:  
Zur Verbandstechnik von Unterschenkelprozessen  
17.00 Uhr PAUSE  
17.20 Uhr Frau Dr. Antoine, Wien:  
Über fachärztliche Kosmetik  
17.40 Uhr Dr. Clauoné, Paris:  
Zum Problem absteigender Ohren (Film)  
18.00 Uhr Dr. Gerlich, Rielesfeld:  
Besondere kosmetische Behandlungsmethoden  
19.30 Uhr 1. Empfang der Gäste im Historischen Reichssaal des Alten Rathauses  
2. Regensburger Domspatzen (unter Leitung Professor Schrems)  
3. Begrüßungsansprache des Herrn Oberbürgermeisters und Erwidern durch Professor Funk  
4. Würdigung Prof. Löhe's durch Professor Marchionini, München  
5. Festvortrag von Professor Schünfeld, Heidelberg:  
„Die Lepra des mittelalterlichen Deutschland im Spiegel der Kirche, Rechtsfrage, Medizin, ihre Spuren in Regensburg“  
6. Schlusschor der Domspatzen.  
20.45 Uhr Festbankett im Hotel „Weidenhof“, Maximilianstraße

Sonntag, 24. August 1952

(Vortragssaal: Bayer. Rotes Kreuz)

- 9.00 Uhr Demonstrationen. (Kosmetikvorführung) und Besuch der Ausstellung  
9.45 Uhr Dr. L. Marceron, Paris:  
Verzögerte Dermatitis nach vorausgegangener Sensibilisierung.  
10.05 Uhr Professor Grüneberg, Halle:  
Die Behandlung der Psoriasis in Theorie und Praxis  
10.25 Uhr Dozent Blaiich, Münster:  
Die funktionellen Grundlagen und Prüfungsmethoden von dermatologisch bedingten Abwegigkeiten der peripheren Blutverteilung  
10.45 Uhr Professor Leinbrock, Bonn:  
Durch Arsen-Verbindungen bedingte elektrophoretische Serumprotein-Verschiebungen bei der Lues-Therapie mit Salvarsan und bei toxischen Arsenschäden.  
11.05 Uhr Prof. Hofmann und Prof. Funk, Regensburg:  
Resistenzbestimmung pathogener Hautbakterien einschließlich des Tuberkelbazillus.  
Fakultativ vorgesehener Vortrag, um die Zeiten eines geordneten Programmablaufes zu sichern  
11.30 Uhr Fahrt nach Kelheim-Weltenburg (Donandurchbruch, Asamkirche) mit Privatauto bzw. Omnibus bei genügender Beteiligung (Anmeldung erbeten). Abfahrt vor dem Hause des Bayer. Roten Kreuzes. — Mittagessen in Weltenburg. Bootsfahrt auf der Donau bis Kelheim; von dort Rückkehr nach Regensburg ca. 16 Uhr, wodurch Abreisemöglichkeit mit Zug nach allen Richtungen gesichert ist.

Die Herren Vortragenden und Diskussionsredner werden gebeten, jeweils am Sitzungstag ein Antorreferat des Vortrages bzw. die Diskussionsbemerkung bei Oberarzt Dr. H. Walther abzugeben.

#### DAMEN-PROGRAMM

- 15.45 Uhr Treffpunkt am Samstag, den 23. August 1952, im Hause des Bayer. Roten Kreuzes, Minoritenweg 4; je nach Witterung vorbereitet durch Herrn Verkehrsdirektor Strebe.

Sonntag, den 24. August

Je nach Wunsch evtl. Besuch alter Kirchen oder Teilnahme an der Vorführung der Berufskosmetik (9.00 Uhr) im Vortragssaal.

## ALLGEMEINES

## Projektionsmöglichkeiten:

Epidioskopisch 10×13 cm

Diaskopisch 5x5 cm / 8,5x8,5 cm / 9x12 cm / 8,5x10 cm

Film: 16 mm

Die Quartierfrage regelt das Städt. Verkehrsamt Regensburg, Neupfarrplatz 8

Es wird um schriftliche Anmeldung bis spätestens 11. August gebeten. Darüber hinaus befindet sich am Samstag, 23. August, im Hause des Bayer. Roten Kreuzes eine Quartierstelle, die von 15—17 Uhr besetzt ist.

Tagungsbeitrag: DM 3.—, Ass.: DM 2.—, unbez. Ass.: frei. Rückfragen etc. erbeten an Oberarzt Dr. H. Walther, Regensburg, Städt. Hautklinik, Grefflingerstraße 4.

## Die Bayerische Röntgenvereinigung

veranstaltet am 13. und 14. September 1952 in München im Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik, Maistr. 11, eine Tagung.

Am Sonntag, den 14. September 1952, 9 Uhr c. t., findet eine Mitgliederversammlung im Ärztehaus, Briener Str. 11, statt mit einem Vortrag von Herrn Dr. Becker, München, über „aktuelle Wirtschaftsfragen“.

Ferner veranstaltet die Bayerische Röntgenvereinigung vom 15. bis 19. September 1952 im Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik München einen Fortbildungskurs in Röntgendiagnostik.

Fortbildungskurs in Röntgendiagnostik vom 15.—19. September 1952 (im Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik, München, Maistraße 11)

Vorläufige Vortragsfolge:

## 1. Montag, den 15. September 1952, 9 Uhr s. t.

Prof. Dr. Burkhardt, München: Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Knochenkrankungen im Kindesalter.

Prof. Dr. Weber, München: Aus dem Gebiet der Knochenkrankungen im Kindesalter.

Dr. Lutz, München: Ausgewählte Kapitel der Knochenkrankungen im Kindesalter.

Dr. Hellmayer, Aschau: Zur Diagnose und Therapie der Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter.

## 2. Dienstag, den 16. September 1952, 9 Uhr s. t.

Prof. Dr. Wiskott: Über die Besonderheiten der kindlichen Pneumonien.

Dr. Zoelch, Kinderheilstätte Gaisach: Über Verlaufsfurmen tuberkulöser Lungenerkrankungen im frühen Kindesalter.

Prof. Dr. Hilber, München: Zur Diagnostik angeborener Herzfehler.

Dr. Stieve, München: Der heutige Stand der Röntgenuntersuchung des Herzens bei veränderter Haemodynamik infolge Herzklappen- und Herzmuskelerkrankungen.

Prof. Dr. Stumpf, München: Über die kymographische Herzuntersuchung.

Doz. Dr. Heckmann, München: Der neueste Stand der Röntgendiagnostik der Pericardierkrankungen.

## 3. Mittwoch, den 17. September 1952, 9 Uhr s. t.

Prof. Dr. Fetzer, München: Zur Röntgendiagnostik der Speiseröhrenkrankungen beim Säugling, Kleinkind und Erwachsenen.

Prof. Dr. Ruckenstein, Innsbruck: Röntgendiagnostik der Magenkrankungen.

Prof. Dr. Kuhlmann, Essen-Werden: Über den neuesten Stand der Röntgendiagnostik bei Erkrankungen des Dünndarmes.

Doz. Dr. Gehauer, Erlangen: Zur Röntgendiagnostik der Dickdarmkrankungen.

Dr. Ekerl, München: Über den gegenwärtigen Stand der Röntgendiagnostik der Gallenblase.

## 4. Donnerstag, den 18. September 1952, 9 Uhr s. t.

Prof. Dr. Kranz, München: Zur Röntgendiagnose der Zahn- und Kieferkrankungen.

Dr. Eberl, München: Welche Aufgaben und Probleme stellen die Ohrerkrankungen an die röntgenologischen Untersuchungsmethoden?

Doz. Dr. Kreßner, München: Zur Röntgendiagnose der Mittel- und Innenohr-Erkrankungen.

Dr. Hirschauer: Tomographische Darstellung der Nasennebenhöhlen- und Epipharynx-Tumoren.

Dr. Schneider, München: Über das Schichtbild der Wirbelsäule.

—: Über Inhalationsschäden der Lunge.

## 5. Freitag, den 19. September 1952, 9 Uhr s. t.

Prof. Dr. Kohler, München: Zur Röntgendiagnostik der Knochen-Tumoren.

—: Über generalisierte Knochenkrankungen.

Dr. Schoen, München: Zur Röntgendiagnostik der Struma.

Doz. Dr. Buchala, Würzburg: Arterio- und Encephalographie.

Dr. Wenzlik: Über die periphere Arteriographie.

Anfragen sind zu richten an Prof. Dr. H. Fetzer, München 38, Notburgstraße 10.

(Es ist dringend notwendig, die Zimmer sehr frühzeitig zu bestellen.)

## DEUTSCHER ÄRZTINNENBUNDE V.

Einladung an alle Ärztinnen zur 2. Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. in Stuttgart vom 20. bis 21. September 1952.

Freitag, 19. September 1952, ab 20 Uhr:

Zwongloses Treffen im Höhenrestaurant „Schönblick“ am Weißenhof (Straßenbahnlinie 10, Richtung Killesberg)

Samstag, 20. September 1952, 9 Uhr: Tagungsort: Kleiner Kursaal, Bad Cannstatt (Straßenbahnlinie 21):

## ÖFFENTLICHE SITZUNG

1. Begrüßung durch die 1. Vorsitzende Dr. v. Zwehl.
2. Dr. Mitscherlich, Bad Kissingen: Das Generationenproblem.
3. Dr. Rüppell, Hamburg: Zeitbedingte Wandlungen in den Beziehungen der Jugendlichen.

Mittagspause von 13 bis 15 Uhr  
15 Uhr

4. Obermedizinalrätin Dr. Hecker, Gütersloh: Aufgaben der Jugendpsychiatrie (besonders im Hinblick auf die Mitarbeit der prakt. Ärztin).

20 Uhr Festessen.  
Sonntag, 21. September 1952, 9 Uhr: Tagungsort: Kleiner Kursaal Bad Cannstatt:

1. Dr. Dührssen, Berlin: Poliklinische Betreuung psychogener Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.
2. Medizinalrätin Dr. Düntzer, Köln: Schulärztliche Erfahrungen in der Jugendaufklärung.

Mittagspause von 13 bis 15 Uhr  
15 Uhr Mitgliederversammlung

1. Tätigkeitsbericht des Vorstandes
2. Kassenbericht und Entlastung der Kassensführerin
3. Vorstandswahl
4. Behandlung von Anträgen
5. Festsetzung der nächsten Mitgliederversammlung.

Anträge an die Mitgliederversammlung sind bis zum 20. August an die Schriftführerin des D.A.B. Dr. M. Ries, München 25, Cimbernstr. 11b, einzureichen. Alle Veranstaltungen, außer der öffentlichen Sitzung am Samstag vormittag, sind nur für Ärztinnen zugänglich. Der Tagungsbeitrag beträgt DM 12.—, für Ärztinnen in unbezahlter Stellung kann Ermäßigung gewährt werden. Anfragen und Anmeldungen wegen Unterkunft bitten wir an Frau Dr. Doch, Stuttgart-N, Birkenwaldstr. 139, zu richten. Wir machen besonders auf die Notwendigkeit rechtzeitiger Anmeldung aufmerksam. Preise ab DM 4.— pro Übernachtung, ohne Frühstück, Freiquartiere in beschränkter Anzahl stehen zur Verfügung.

Das Tagungsbüro befindet sich im Hindenburgbau (Verkehrsbüro) gegenüber dem Hauptbahnhof; Auskunft während der Tagung auch im Kursaal, Bad Cannstatt.

## Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, am 27./28. September 1952, 9. Vortragsreihe.

Thema: Nierenerkrankungen einschl. Urologie

- Prof. Alken, Homburg/Saar:  
Der trübe und der blutige Urin.
- Prof. Boeminghaus, Düsseldorf:  
Schmerzempfindungen der Harnorgane unter besonderer Berücksichtigung der Konkrementbildungen (Ureterstein).

Doz. Staehler, Tübingen:  
Störungen des Harnabflusses.

Dr. Borelli, München:  
Störungen der männlichen Geschlechtsfunktion.

Prof. Alken, Homburg/Saar:  
Neuzeitliche Behandlung der Entzündungen der Harnwege.

Prof. Boshammer, Wuppertal:  
Die Urogenital-Tbc, ihre neuzeitliche konservative Behandlung, Anzeigestellung zur Operation.

Prof. Hryntschak, Wien:  
Die benigne und maligne Altersprostate.

Doz. May, München:  
Was leistet die Röntgendiagnostik bei Erkrankungen der Nieren und abführenden Harnwege.

Prof. Randerath, Heidelberg:  
Pathologische Anatomie der Niere.

Prof. Frey, Freiburg/Br.:  
Pathologische Physiologie der Niere.

Prof. Frey, Bern:  
Klinik und Therapie der haematogenen Nierenerkrankungen.

Prof. Linneweb, Marburg/Lahn:  
Nierenerkrankungen im Kindesalter.

**Prof. Picket, USA:**

Problems in pediatric Urology.

**Prof. Schön, Göttingen:**

Differentialdiagnose der Oedeme.

**Prof. Litzner, Wolfenbüttel:**

Uraemie (Erscheinungsformen, Vorbeugung und Behandlung in der Allgemeinpraxis).

Öffentlicher Vortrag

**Prof. Kielleuthner, München:**

Geschichte der Urologie.

**Themen der Augsburger Fortbildungstage für 1953:**

21./22. März 1953: „Vitamine, Hormone und Fermente in der Therapie.“

Referenten: Lambling, Paris; Jores, Hamburg; Dirscherl, Bonn; Kühnau, Hamburg; Ammon, Homburg/Saar; Breitner, Innsbruck; voraussichtlich Prof. Selye, Montreal (Kanada).

27./28. Juni 1953: „Das Krebsproblem in der Praxis“ (einschl. Spezialkurs über Isotopenbehandlung).

26./27. September 1953: „Rheuma.“

**Arbeitstagung für Fachärzte der Chirurgie**

Die Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet im Rahmen ihrer ärztlichen Fortbildungskurse vom 25.—29. November 1952 eine Arbeitstagung für Fachärzte der Chirurgie. Die Hauptthemen sind: Intratracheale Narkose, Überdruck im Pfortaderkreislauf und seine Behandlung, Diagnostik und Therapie chirurgischer Lungenerkrankungen, Knochen- und Gelenkchirurgie. Die fachliche Betreuung liegt in den Händen von Prof. Dr. K. Voßschulte, dem Direktor der Chirurgischen Klinik der Akademie Gießen. Kursgebühr 25 DM.

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

**Kongreß-Kalender****August:**

- 3.—9. Berlin: Augenärztl. Fortbildungskurs d. Deutschen Ophthalmol. Gesellschaft
- 4.—6. Göttingen: Deutsche Gesellsch. f. Pharmakologie
- 23.—24. Regensburg: 3. Ostbayerische Wiss. Dermatologentagung
- 23. 8.—2. 9. Amersfoort: 4. Intern. kath. Kongreß f. Psychotherapie und klin. Psychologie
- Ende August, vor Beginn der Therapie-Woche: Deutsche Gesellschaft für Sozialhygiene

**September:**

- 31. 8.—7. 9. Karlsruhe: Deutsche Therapie-Woche
- 1.—4. Bayreuth: Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Deutsche Vereinigung f. d. Gesundheitsfürsorge des Kindesalters
- 1.—6. Köln: Sportärztelehrgang
- 1.—8. Wien: Int. Kongreß f. Anthropologie u. Ethnologie
- 4.—6. Salzburg: Van Swieten-Gesellschaft
- 5.—6. Salzburg: 1. Kongreß d. österreich. Gesellschaft f. Anästhesiologie
- 6.—7. Bremen: 33. Tagung der Nordwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft
- 6.—12. Rom: 6. Internat. Mikrobiologen-Kongreß
- 6.—13. Rom: Internat. Kongreß f. Neuropathologie
- 7.—10. Bad Ischl: 3. Int. Ultraschall-Kongreß
- 7.—10. München: Deutsche Gesellschaft f. gerichtliche u. soziale Medizin
- 8.—12. Cannes: 4. Internat. Kongreß f. Medizinische Wissenschaften
- 8.—10. Tagung der österreichischen Zahnärzte in Bad Gastein
- 11.—14. Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in München, Deutsches Museum.
- 8.—18. Nizza: XII. Kongreß d. Internat. Gesellschaft für Geschichte d. Medizin
- 9.—12. Berlin: Kongreß für Ärztliche Fortbildung
- 11.—14. München: Deutsche Gesellschaft f. Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

- 13.—14. Bern: Internat. Kongreß d. Rorschachiana-Gesellschaft
- 13.—14. Berlin: 55. Deutscher Ärztetag
- 13.—14. München: 4. Tagung der Bayerischen Röntgen-Vereinigung
- 14.—16. Vichy: Tagung d. Internat. Ärztinnenverbandes
- 14.—16. Kiel: Deutsche Gesellschaft für Lichtforschung
- 15.—18. London: II. Internat. Kongreß f. innere Medizin
- 15.—20. München: Fortbildg.-Kurs ü. Röntgendiagnostik d. Bayer. Röntgen-Vereinigung
- 16.—18. Goslar: Tuberkulose-Tagung d. Deutschen Tuberkulosegesellschaft u. d. Deutsch. Zentralkomitees z. Bekämpfung d. Tuberkulose
- Mitte Sept., Travemünde: gelegentl. d. Deutschen Bädertages: Deutsche Gesellschaft f. Rheumatologie
- 17.—19. Hamburg: Tagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft
- 17.—19. Basel: 1. Internat. Kongreß der Krankenhaus-Apotheker
- 17.—20. Stockholm: 3. Symposium neuroradiologium
- 20.—21. Stuttgart: Deutscher Ärztinnen-Bund
- 20.—24. Schweinfurt: Jahresversammlung d. Deutschen Vereinigung f. Geschichte d. Natur, Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V.
- 21.—24. Essen: 97. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte

**RUNDSCHAU**

Die an der Jahresversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilnehmenden Delegierten kamen nach lebhaften Debatten überein, das Problem der Geburtenkontrolle fallen zu lassen und auch keinerlei Maßnahmen auf diesem Gebiet zu empfehlen. Außerdem beschloß die WHO, einen Ausschuß zu bilden, der die gesundheitlichen Auswirkungen der Überbevölkerung gewisser Gebiete der Erde prüfen soll. (Med. Klin. Nr. 25)

Neuseeland: Rückgängig gemachte Verstaatlichung. Der „Schweizerischen Versicherungs-Zeitschrift“, Nr. 4 vom April 1952 (Verlag Herbert Lang & Cie., Bern) entnehmen wir folgende Mitteilung:

„Zu Beginn dieses Monats jährt sich die Inkraftsetzung eines von der neuseeländischen Regierung erlassenen Gesetzes, das — wahrscheinlich wegen der großen Distanz, die uns von diesem Lande trennt — in der Fachpresse bisher nur wenig Beachtung gefunden hat. Für den privatwirtschaftlichen Sektor der Versicherungswelt dürfte dieses Ereignis aber von besonderem Interesse sein, handelt es sich hier doch um eines der ersten Beispiele einer unseren Wirtschaftszweig berührenden Entstaatlichungsmaßnahme im Zuge der heute vielerorts feststellbaren Reaktion gegen die Nationalisierungsbestrebungen, welche ganz besonders durch den Weltkrieg mächtigen Auftrieb erhalten hatten.“

Nach über 14jähriger Herrschaft mußte in Neuseeland die Labour-Partei Ende 1949 einer liberalen Regierung Platz machen. Während der sozialistischen Ära war in der Arbeiter-Unfallversicherung mit Wirkung ab 1. April 1949 ein Staatsmonopol errichtet worden. Diese Verstaatlichung wurde durch die neue Regierung wieder rückgängig gemacht, und ab 1. April 1951 erhielten die neuseeländischen Versicherer das Recht zurück, sich neuerdings in dieser Brauche zu betätigen.

Die Absorption dieses plötzlich wieder hereinfließenden Geschäftes konnte von den Gesellschaften ohne allzu große Schwierigkeiten bewältigt werden, hatte doch das Monopol nur zwei Jahre gedauert; das in diesem Versicherungszweig ausgebildete Personal war daher größtenteils noch vorhanden, so daß die frühere Organisation verhältnismäßig leicht wieder in Gang gesetzt werden konnte. Besonders willkommen ist es den Versicherungsgesellschaften, daß der Verwaltungskostensatz, der damals durch den Wegfall ihres Arbeiterunfall-Portefolios sprunghaft angestiegen war, infolge dieses neuerdings hinzukommenden Prämienvolumens nun wieder entsprechend gesenkt werden kann.

Dafür, daß die vorliegende Regierungsmaßnahme auch vom versicherten Publikum gutgeheißen wurde, spricht die Tatsache, daß die Privatversicherer in verhältnismäßig kurzer Zeit den größten Teil ihres früheren Prämienvolumens zurückgewinnen konnten, obgleich es den versicherten Unternehmen freisteht, ihre Arbeiter-Unfallversicherungen beim staatlichen Institut zu belassen, das in freier Konkurrenz mit dem übrigen Versicherungsmarkt weiterbestehen bleibt.“ (Schweiz. Arztzeitg. Nr. 24/1952)

Dr. med. Anneliese Rudert wurde auf dem Landesmissionsfest der Evangel.-Lutherischen Kirche in Nürnberg verabschiedet. Sie wird im ehemal. Gebiet von Deutsch-Ostafrika für rund 60 000 Bantus vom Stamm Dsdjagga sorgen und ist die erste Ärztin, die von der Mission seit 1950 ausgesandt wird. (Med. Klin. Nr. 28)

Stipendien für Korea-Studenten. Die Bundesregierung hat der Republik Südkorea vier Stipendien für einen Aufenthalt koreanischer Studenten in Deutschland angeboten. Sie will damit jungen koreanischen Akademikern die Möglichkeit geben, Probleme des Wiederaufbaues, deren Kenntnis für das schwer zerstörte Korea wichtig ist, in der Bundesrepublik zu studieren.

Jede Schwangerschaft in der Ostzone meldepflichtig. In der Ostzone haben sämtliche Ärzte und Hebammen, die in Ausübung ihres Berufes eine Schwangerschaft feststellen, diese innerhalb von 8 Tagen der Abteilung Gesundheitswesen des zuständigen Stadt- oder Landkreises zu melden. Die Registrierung sämtlicher schwangeren Frauen soll einer laufenden ärztlichen Betreuung sowie der hygienischen Erziehung und allgemeinen Beratung der betreffenden Frauen dienen. DMI

Rezeptzwang für empfängnisverhütende Mittel? Entgegen dem Entwurf der Bundesregierung, die gesamte Polizeiverordnung vom 13. März 1941, die sich u. a. auf die Abgabe von empfängnisverhütenden Mitteln bezieht, aufzuheben, hat der Bundestag auf Grund eines Berichtes des Ausschlusses für Fragen des Gesundheitswesens in seiner Sitzung am 25. April 1952 beschlossen, daß § 2a der Verordnung bestehen bleibt. Er lautet: „Stoffe und Zubereitungen in Form von Fertigwaren, die zur Einführung in die Scheide bestimmt sind, dürfen in den Apotheken zur Anwendung an Menschen nur auf eine mit Datum, Gebrauchsanweisung und Unterschrift versehene Verschreibung eines Arztes abgegeben werden.“

Damit sind alle chemischen und mechanischen Vorbeugungsmittel gegen Empfängnis dem mißerbemittelten Teil der Bevölkerung praktisch nicht mehr erreichbar — falls es überhaupt zur wirksamen Durchführung dieses befremdlichen Beschlusses kommt. DMI

Studienerleichterungen innerhalb Westeuropas. Beamte der Außenministerien von 15 Mitgliedsstaaten des Europa-Rates haben eine Resolution gebilligt, die es den Inhabern von Abgangszeugnissen von Gymnasien und Lyzeen ohne weitere Formalität ermöglichen soll, sich bei jeder beliebigen westeuropäischen Universität zu immatrikulieren. Beispielsweise würde das Abitur eines jungen Deutschen von einer französischen Hochschule als dem französischen Abiturzeugnis ebenbürtig anerkannt werden. Die Resolution soll dem Ministerkomitee des Europa-Rates bei seiner nächsten Straßburger Tagung vorgelegt werden. Man erwartet, daß die Minister den Vorschlag unverzüglich billigen werden.

Ärztliche Atteste in der Ostzone. Nach einem Bericht der deutschen Arbeitgeberverbände wurde in der Ostzone eine Anordnung erlassen, wonach das ärztliche Attest für eine Krankmeldung nicht mehr maßgebend ist, sie darf nur mit Genehmigung des FDGB-Vertreters erfolgen. (Berl. Abl.)

Der Österreichische Nationalratsausschuß für soziale Verwaltung beschloß einstimmig eine Änderung des Ärztegesetzes. Die Abänderung sieht vor, daß ausländische Doktordiplome bis 30. Juni 1954 nostrifizierbar seien. Nach der bisherigen Regelung sei die Nostrifizierung nur bis 30. Juni d. J. möglich gewesen. Die Verlängerung sei insofern gerechtfertigt, weil die Ärzte infolge ihrer Berufsausbildung noch nicht in der Lage gewesen seien, die für die Nostrifizierung erforderlichen Prüfungen abzulegen. (Med. Klia, Nr. 25)

Bevölkerungszuwachs in Indien. Infolge der fortschreitenden gesundheitlichen Sanierung Indiens durch insektizide Mittel, vor allem durch das DDT, durch die erfolgreiche Bekämpfung von Pest, Cholera, Typhus mit den Antibiotika haben die großen Epidemien dort praktisch aufgehört. Die Folge ist ein noch nie dagewesener Bevölkerungszuwachs. Die jährliche Sterbeziffer beträgt 16, die Geburtenziffer 26,7 pro Tausend. Die über 360 Millionen zählende Gesamtbevölkerung nimmt jährlich um 4 Millionen zu. Da der Bodeertrag zur Ernährung der Bevölkerung schon heute nicht mehr ausreicht, droht die Hungersnot ein Dauergepein zu werden. Die Regierung Nehrus sah sich gezwungen, einen Plan der Geburtenkontrolle zu erwägen, der bei den Hindus keine religiös-ethischen Gesetze im Wege stehen. Durch die Weltgesundheitsorganisation wurde als Experte Dr. med. Abraham Stone, ein hervorragender Kenner dieser Fragen, berufen. Stone fand die Zukunft Indiens bedrohlich. Durch die etwa um das 9. Jahr der Frau geschlossene Ehe ist sie völlig der Willkür ihres Gatten unterworfen, der nur sehr schwer zu einer nach dem Schema Knaus-Ogino auferlegten Abstinenz zu bewegen ist. Um den über 80% analphabetischen Frauen die Menstruationskontrolle zu erleichtern, erhalten sie eine Schnur von verschieden gefärbten Perlen: rosa für die Tage der Menstruation, rote für die Empfängnismöglichkeit, grüne für die „sicheren“. Durch das tägliche Verschieben einer Perle kann der Zyklus abgelesen werden. In vier Städten werden Zentren für die Ausbildung von Beraterinnen errichtet. Belehrung, Zykluskontrollen über 4–6 Monate

sind ihre Aufgaben. Dr. Stone sagte in seinem Bericht, er wüßte, daß Indien mehr erzeugte, doch weniger zeugte.

(Mü. Med. Wo. Nr. 21.)

Die „Manager-Krankheit“. Die „Manager-Krankheit“ nennt man den jetzt besonders häufigen Herzschlag, der Politiker, Journalisten, Wirtschaftsführer und Nationalökonomien in den sog. besten Jahren zwischen 50 und 60 plötzlich dahintrifft.

In den Vereinigten Staaten hat man schon viele Erfahrungen sammeln können und Maßnahmen entwickelt, die dem Managertod Einhalt gebieten sollen. Kürzlich hat auch ein bedeutendes westdeutsches Industrieunternehmen seine 600 leitenden Angestellten aufgefordert, sich bei Spezialärzten untersuchen zu lassen. Der Befund war erschütternd: Nicht weniger als 30% dieser leitenden Angestellten, die keine Bürostunden kannten, waren körperlich stark „hernntergewirtschaftet“. Sie mußten nach und nach mehrwöchige Kuren absolvieren und der Betrieb stellte sie unter dauernde ärztliche Kontrolle.

Wenn in Amerika Betriebsleiter oder Chefs großer Abteilungen berufen werden, wird in den Verträgen verbindlich festgelegt, daß der Manager jährlich mindestens acht Wochen — und zwar zusammenhängend! — Urlaub machen, daß er in bestimmten Zeiträumen auf Kosten der Firma Sanatorien besuchen und sich laufend ärztlich überwachen lassen muß. Es gibt Internisten in Deutschland, die offiziell als Forderung erheben, daß der Achtstundentag auch für die leitenden Persönlichkeiten in Wirtschaft, Wissenschaft und Politik — wenn notwendig mit sanftem Zwang — zu gelten habe, eine praktisch allerdings wohl nur selten durchführbare Maßnahme.

Während das Durchschnittsalter der Arbeiter und Angestellten von 43 Jahren zu Zeiten der Jahrhundertwende auf über 65 Jahre heute angestiegen ist — was nicht zuletzt Folge des Achtstundentages und vieler Arbeitererleichterungen ist —, würde eine ähnliche Statistik der Unternehmer und „Manager“ genau das Gegenteil, nämlich eine absinkende Lebenskurve erkennen lassen. (DM? 4/5/1952.)

Die amerikanische Krebs-Gesellschaft hat einen Jahresbericht für 1951 veröffentlicht, aus dem hervorgeht, daß in diesem Jahr über 70 000 Krebskranke durch rechtzeitiges Erkennen ihrer Erkrankung und sofort einsetzende Behandlung geheilt werden konnten. Die Gesellschaft hat 1951 über 3,7 Millionen Dollar für Forschungszwecke ausgegeben.

#### Demonstrationen mit dem Farbfernsehapparat

Auf dem internationalen Chirurgenkongreß in Madrid vom 20. bis 24. Mai 1952 wurden chirurgische Operationen durch das Vericolor-Farbfernsehverfahren den Teilnehmern vorgeführt. Es war dies die erste Farbfernsehübertragung von Operationen in Europa.

In Amerika wird dieses neue Lehrmittel zur medizinischen Ausbildung bereits im „Medical Center“ der Universität Kansas und an der medizinischen Fakultät der Universität Chicago verwendet. Viele andere amerikanischen Universitäten und Krankenhäuser sind ebenfalls am Farbfernsehen interessiert, das als ein ideales Lehrmittel der technischen Methoden der Chirurgie für Studenten und Chirurgen betrachtet wird.

## AMTLICHES

### Facharztgebühren

Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer hat am 15. 7. 1952 folgenden Beschluß gefaßt:

„Bei Einreichung eines Antrages auf Anerkennung als Facharzt ist vom Antragsteller eine Bearbeitungsgebühr von DM 10.— an die Bayer. Landesärztekammer einzubezahlen.“

Für die Übersendung der Facharzturkunde ist wie bisher ein Betrag von DM 10.— vom Antragsteller an die Bayer. Landesärztekammer zu entrichten.“

Der vorstehende Beschluß tritt am 1. August 1952 in Kraft. Die Bearbeitungsgebühr von DM 10.— ist auf das Postscheckkonto München 52 52 der Bayer. Landesärztekammer einzuzahlen. Die Erhebung der Gebühr für die Ausstellung der Facharzturkunde erfolgt per Nachnahme.

Eingereichte Anträge auf Anerkennung als Facharzt werden nicht in Bearbeitung genommen, bevor der ausgefüllte Erhebungsbogen für alle Ärzte rechts des Rheins entsprechend den Vorschriften über die Meldung der Ärzte in Bayern bei ihren zuständigen ärztlichen Bezirksvereinen vorliegt (siehe „Das Arztrecht in Bayern“, in Heft 12 des Bayer. Ärzteblattes 1951, S. 38).

### Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

Bei den Staatl. Gesundheitsämtern Ansbach und Schwabach ist je eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerbungen können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden.

Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen. Die Gesuche müssen gesondert für jede Stelle bis spätestens 20. 8. 1952 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Verg.-Gruppe III der TO. A. Mitteilung an die Bewerber ergeht nur bei Einstellung.

I. A. Platz, Ministerialdirektor.

### Zulassungen im Arztregisterbezirk Oberfranken

Der Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken hat gem. § 23 des Gesetzes über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen die Ausschreibung folgender Kassenarztstellen beschlossen:

Kulmbach (Stadtgebiet)	1 FA. f. innere Krankheiten*
Landkreis Coburg:	
Meeder	1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe*
Mittelberg	1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe*
Oeslau	1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe*
Landkreis Naila:	
Selbitz	1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe*
Landkreis Pegnitz:	
Pottenstein	1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe*

An den mit einem \* bezeichneten Stellen sind bereits niedergelassene oder an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte vorhanden.

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: 9. 8. 1952. Die Bewerbungsgebühr von DM 5.— ist auf das Konto Städt. Sparkasse Bayreuth 1801 zu überweisen oder dem Antrag beizulegen.

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

### Zurücknahme der Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufs:

Mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 15. 5. 1952 Nr. II/11 — 5003 cc 136 wurde die gegen Dr. Werner Westerhaus ausgesprochene Untersagung der ärztlichen Berufsausübung zurückgenommen.

I. A. Vetter, Ministerialdirigent.

### Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Unterfranken in Würzburg vom 29. August 1951 Nr. 6281 a 134 wurde der Ärztin Dr. Christine G e h m in Würzburg die weitere Ausübung des ärztlichen Berufs untersagt.

Dr. med. Walter Krause, geb. 16. 8. 1900 zu Weida, Kreis Gera, ist am 6. 3. 1951 durch das ärztliche Landesgericht in Erfurt die Approbation als Arzt entzogen worden.

Die Befugnis des Dr. med. Kurt von Lampe, geb. 29. 3. 1904, zur Ausübung des ärztlichen Berufs wurde durch Verfügung des Senators für Gesundheitswesen in Berlin vom 27. 5. 1952 für ruhend erklärt.

Die Bestallung als Arzt für Hans Sippel, Berlin-Nikolassee, Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 3, wurde nach § 5 Abs. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 Ziffer 4 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 (RGBl. I S. 1433) vom Senator für Gesundheitswesen in Berlin zurückgenommen.

Gegen Gustav-Lothar Müller, geb. 15. 12. 1922 in Leipzig, zuletzt wohnhaft in Berlin-Neukölln, Ilsestr. 18, schreibt ein Verfahren wegen Betäubungsmittelmißbrauchs, unerlaubter Führung des akademischen Grades „Doktor der Medizin“, unerlaubter Bezeichnung als Arzt,

Betruges und Urkundenfälschung, dem er sich durch die Flucht entzogen hat.

Gegen den angeblichen Arzt Dr. med. Stefan Leitner, geb. am 20. 3. 1909 in Wien, wurde vom Senator für Gesundheitswesen in Berlin Strafanzeige im Jahre 1947 erstattet. Leitner, der 1949 wegen Opiumvergehens durch das Schöffengericht Wedding in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen wurde, ist seit dieser Zeit flüchtig.

Gegen den Heilpraktiker Hanns John, alias Dr. med. Hans-Joachim John von Rechtenborn, geb. am 20. 12. 1905 in Berlin, wurde ein Verfahren wegen unberechtigter Ausübung des ärztlichen Berufs, unbefugter Titelführung und falscher Namensführung eingeleitet, dem er sich durch die Flucht entzog.

Der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein in Kiel gab davon Kenntnis, daß er die dem früheren Arzt Claus Struck, geb. 25. 3. 1899 in Schüllendorf, Kreis Rendsburg, am 27. 11. 1950 ausgestellte Ersatzurkunde für die in Verlust geratene Approbationsurkunde als Arzt wieder eingezogen hat, da über Struck ein vorläufiges Verbot der Ausübung des ärztlichen Berufes verhängt worden ist.

Mit Urteil vom 15. Juli 1952 der Regierung von Oberbayern ist dem prakt. Arzt Dr. Gerhard Eckstein, München, die Ausübung des ärztlichen Berufes verboten.

Mit Urteil vom 22. Juli 1952 der Regierung von Oberbayern wurde dem prakt. Arzt Dr. Max Käsböhrer, Seefeld, Lkr. Starnberg, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

### Verlust von Urkunden:

Die nachstehend aufgeführten Ärzte und Zahnärzte haben beim Bayer. Staatsministerium des Innern den Verlust ihrer Bestallungsurkunde glaubhaft nachgewiesen. Falls eine der verlorengegangenen Urkunden vorgezeigt werden sollte, wird um Einziehung und Übersendung mit kurzem Bericht ersucht:

Ärzte:

Dr. Alfred Fischer, geb. 21. 2. 1916 in Regen, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde 14. 7. 1944, begl. Abschrift ausgestellt am 28. 3. 1952 unter Nr. III 3 b — 5035 F 22.

Hiltrude Spielmann, geb. 22. 1. 1923 in Stadtprozelten, Geltungsdatum der Bestallungsurkunde 20. 1. 1950, Zweitschrift ausgestellt am 9. 5. 1952 unter Nr. III 3 b — 5035 Sp. 6.

(Schluß des redaktionellen Teils.)

Mit dem 1. Juli 1952 hat die Firma Dr. Rudolf Reiß, Chemische Werke, Berlin-West, unter dem Namen Pantolax ein Präparat in den Handel gebracht, das ein Muskelrelaxans darstellt. Chemisch handelt es sich um ein Succinyl-bis-cholinchlorid, das gegenüber den bisher gebräuchlichen Curare-Präparaten folgende Vorzüge aufweist: praktische Ungiftigkeit, leichte Steuerbarkeit, sofort einsetzende Wirkung, beliebig lange Wirkungsdauer (wenn im Dauertropf gegeben), keine Beeinträchtigung von Herz und Kreislauf, kein Broncho- oder Laryngospasmus bei Thorax-, Bauch- und Knochenchirurgie, bei Elektrochockbehandlung, bei Endoskopie sowie Untersuchungen in Narkose.

### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:  
Uzara-Werk, Melsungen;  
Frankfurter Arzneimittelfabrik GmbH., Frankfurt am Main;  
Curta & Co. GmbH., Weilheim (Obb.);  
Dr. Schwarz K.-G., Monheim b. Düsseldorf;  
Dolorgiet, Arzneimittelfabrik, Bad Godesberg.

„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 35. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postcheckkonto München 159 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31. Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

