



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 10

München, Oktober 1952

7. Jahrgang

Zum Tarifvertrag für Ärzte vom 1. Oktober 1952

Von Senator Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Die Arbeitsverhältnisse der in Krankenanstalten tätigen Ärzte wurden durch die Krankenhaustarifordnung (KrT) vom 2. 12. 1939 in der Fassung der 3. Änderung vom 18. 6. 1944 geregelt. In § 1 KrT wurde deren Geltungsbereich umschrieben und in Abs. 1 bestimmt, daß sie für auf Privatdienstvertrag Beschäftigte in Krankenanstalten jeder Art gelte, in denen die Pfleger ständiger Aufsicht und Pflege bedürfen. Als außerhalb des Geltungsbereiches des KrT stehend werden in Abs. 2 u. a. freie gemeinnützige Anstalten und Einrichtungen bezeichnet, sowie solche von Gemeinden und Gemeindeverbänden mit weniger als 10 000 Einwohnern betriebene. Endlich ist noch in Abs. 3 des § 1 festgelegt, daß der KrT keine Anwendung auf Ärzte in leitender Stellung finde, auch nicht auf Personen, die für einen festumgrenzten Zeitraum ausschließlich oder überwiegend zum Zwecke ihrer Vor- und Ausbildung beschäftigt werden, darunter insbesondere auch Volontäre.

Der Begriff Volontärarzt ist in den Erläuterungen zur KrT erklärt wie folgt: „Volontärärzte sind solche Ärzte, die nur vorübergehend an den Krankenanstalten tätig sind, um ihre ärztlichen Kenntnisse zu vertiefen, ohne ganz oder teilweise mit den Dienstobliegenheiten eines Assistenzarztes betraut zu sein. Insbesondere darf dem Volontärarzt nicht die ärztliche Versorgung einer Anzahl von Betten oder einer Station übertragen werden. Wird er in den Krankenhausbetrieb oder den Dienstplan eingegliedert, so leistet er ärztliche Tätigkeit und hat demzufolge Anspruch auf das Tarifgehalt mindestens nach der Gruppe III TO A ohne Rücksicht darauf, mit welcher Bezeichnung er eingestellt worden ist. Entscheidend ist die von ihm tatsächlich ausgeübte Tätigkeit und nicht die Bezeichnung.“

Zweifelsohne nur durch die z. Z. der Aufstellung der KrT obwaltenden Kriegsverhältnisse bedingt, ist die Bestimmung zu erklären, daß die Ableistung des Pflichtassistentenjahres an Krankenanstalten zur Vorbereitung auf die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes — obwohl es sich dabei um einen Teil der Grundausbildung des Arztes handelt — als vollwertige und daher voll zu entlohnende ärztliche Tätigkeit anzuerkennen sei.

In der Vergütungsordnung zur KrT wird die Allgemeine Vergütungsordnung zur TO A (Anlage 1) ergänzt wie folgt:

Vergütungsgruppe I Tätigkeitsmerkmale

Oberärzte, die sich durch besondere verantwortliche Tätigkeit und hochwertige Leistung aus der Vergütungsgruppe II TO A herausheben, insbesondere, wenn ihnen mindestens 3 Ärzte der Vergütungsgruppe III oder II TO A unterstellt sind.

Erläuterungen:

Oberärzte sind Ärzte in gehobener Stellung, jedoch keine leitenden Ärzte. Werden auf Grund der Belegung eines Krankenhauses bzw.

einer Abteilung mindestens 3 Assistenzärzte beschäftigt, die dem Oberarzt unterstellt sind, so sind damit ohne weiteres die Tätigkeitsmerkmale der Gruppe I erfüllt.

Vergütungsgruppe II Tätigkeitsmerkmale

Ärzte mit besonderer Verantwortlichkeit, die sich durch besondere Leistungen aus der Vergütungsgruppe II hervorheben, insbesondere: Assistenzärzte als ständige Vertreter des leitenden Arztes, Erste Assistenzärzte.

Assistenzärzte (Stationsärzte), denen mindestens ein Assistenzarzt unterstellt ist oder die mindestens 35 Betten betreuen. (Ein Assistenzarzt [Stationsarzt], der im Sinne der Tätigkeitsmerkmale der Vergütungsgruppe II mindestens 35 Betten betreut, darf erst nach Ablauf eines Dienstjahres oder nach einer einjährigen Berufstätigkeit in die Vergütungsgruppe II TO A eingestuft werden.)

Erläuterungen:

In Anerkennung der besonderen Verantwortung und der besonderen Arbeitslast des ärztlichen Dienstes sind die Assistenzärzte, die mindestens 35 belegte Betten betreuen, in die Gruppe II einzustufen. Das normale Arbeitsmaß eines Assistenzarztes liegt unter 35 belegten Betten.

Vergütungsgruppe III Tätigkeitsmerkmale

Assistenzärzte und sonstige Ärzte.

Erläuterungen:

Alle Ärzte, die ärztliche Dienste zur Versorgung der Krankenhauspatienten leisten, sind in die Gruppe III einzureihen.

Daß diese Vorschriften der KrT seit dem Zusammenbruch im Jahre 1945 nicht eingehalten wurden, ist zu bekannt, als daß darüber noch Worte zu verlieren wären.

In einzelnen westdeutschen Gebieten wurden neue Anordnungen zur Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses und zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Krankenhäuser erlassen, so seitens des Oberpräsidenten der Provinz Hannover unter dem 20. 3. 1946. Nach dieser sollte in jedem Krankenhause auf je 50 Betten ein planmäßiger Assistenzarzt, außerdem ein Pflichtassistent eingestellt werden, sowie darüber hinaus noch ein Volontärarzt, solange Bewerber anständen. Die Vergütung der Ärzte hatte nach der KrT zu erfolgen. Volontärärzten wurde eine Vergütung in Höhe von 50% des Assistentengehalts, Pflichtassistenten ein Unterhaltszuschuß von 40 M in bar, dazu freie Station im Werte von 45.— M für Verpflegung und 21.— M für Wohnung zugebilligt.

Zwischen dem Senat der Hansastadt Hamburg einerseits und der OeTV sowie der Vereinigung angestellter Ärzte Hamburgs e. V. andererseits wurde mit Wirkung vom 1. 3. 1949 eine Vereinbarung getroffen, die hinsichtlich der Vergütungsbedingungen für die Krankenhausärzte im wesentlichen denen der KrT entsprach. Den Pflichtassistenten wurde ein Unterhaltszuschuß von durchschnittlich 100 DM monatlich gewährt, ablösbar durch Lieferung freier Verpflegung und zusätzliche Bar-

vergütung in Höhe von 50 DM. Die Verträge für Volontärassistenten und wissenschaftliche Hilfskräfte (Hilfsärzte) waren auf zunächst 1 Jahr zu befristen.

Im Lande Württemberg-Hohenzollern wurden am 2. 5. 1949 in Zusammenarbeit mit Vertretern von Krankenhausträgern und der Ärzteschaft Richtlinien für die Beschäftigung von Assistenz- und Hilfsassistentenärzten unter Verwendung eines Bettenschlüssels aufgestellt. Die Vergütung erfolgt nach diesen Richtlinien für Assistenzärzte nach der Vergütungsgruppe III TO A, für Assistenzärzte mit besonderer Verantwortlichkeit nach der Vergütungsgruppe II TO A. Für die Hilfsassistentenärzte wurde eine außertarifliche Entschädigung festgesetzt, die sich in den ersten 15 Monaten ärztlicher Tätigkeit auf 40%, später auf 60% der Sätze der Vergütungsgruppe III TO A beläuft.

Die mit den Absichten der KrT und der TO A nicht in Einklang stehende unerträglich gewordene Unter- oder Nichtbezahlung zum geordneten Krankenhausbetrieb unbedingt notwendiger Ärzte führte zu Abwehrmaßnahmen seitens des Marburger Bundes, der Vertretung der angestellten Ärzte im westdeutschen Bundesgebiet. Da die eingeleiteten Verhandlungen nur zum Teil erfolgreich waren, wurde vielfach auch die Hilfe der Arbeitsgerichte in Anspruch genommen. Deren Urteile gaben Anlaß zu Tarifverhandlungen zwischen den Vertretern der Krankenhausträger und der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (OeTV). Man beteiligte den Marburger Bund nicht an diesen Verhandlungen, glaubte auch der Mitwirkung der Ärztekammern entraten zu sollen.

Ein am 30. 4. 1952 zwischen der Arbeitsrechtlichen Vereinigung der Gemeinden und gemeindewirtschaftlichen Unternehmen in Nordrhein-Westfalen und der OeTV abgeschlossener Tarifvertrag führte zu Protestkundgebungen in der westdeutschen Ärzteschaft und zur Annahme eines vom Marburger Bund beim 55. Deutschen Ärztetage eingebrachten Antrages, in dem insbesondere die in diesem Tarifvertrag vorgesehene Senkung der Vergütung der Tätigkeit angestellter Ärzte unter das Tarifniveau für Angestellte mit abgeschlossener Hochschulbildung abgelehnt wird. Nun wurde zwischen dem

Landesarbeitsgeberverband bayerischer Gemeinden e. V., Sitz München, vertreten durch den 1. Vorsitzenden

elnerseits

Bezirksverwaltung Bayern der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Sitz München, vertreten durch den Bezirksvorstand

andererseits

ein Tarifvertrag folgenden Wortlauts abgeschlossen:

§ 1 (Geltungsbereich)

- (1) Dieser Tarifvertrag gilt für Anstalten und Einrichtungen im Sinne des § 1 Abs. 1 KrT und die dort auf Privatdienstvertrag beschäftigten Ärzte, soweit sie in diesem Tarifvertrag des näheren bezeichnet sind.
- (2) Der Tarifvertrag hat keine Gültigkeit für Ärzte, die zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung nicht benötigt, sondern nur zu ihrer eigenen Fortbildung als Gastärzte oder zum Zwecke ihrer Ausbildung für einen festumgrenzten Zeitraum zugelassen sind.

§ 2 (Vergütungsgruppen)

Die in der Anlage t zur KrT (zu § 7 Abs. 1 KrT) festgelegten Tätigkeitsmerkmale für die Einarbeitung der Ärzte in die TO A-Vergütungsgruppen I, II und III werden durch folgende Bestimmungen ersetzt:

Vergütungsgruppe I

Oberärzte, die ausschließlich zur Unterstützung der Chefärzte und als deren ständige Vertreter vom Krankenhausträger bestellt und als solche tätig sind (freigestellte Oberärzte).

Vorstände von Instituten in Krankenanstalten etc., denen mindestens 3 vollbeschäftigte Assistenzärzte unterstellt sind.

Vergütungsgruppe II

Oberärzte, die mit einer Stationsführung betraut und als ständige Vertreter der Chefärzte tätig sind,

Assistenzärzte mit mehr als einjähriger Berufstätigkeit, die unter der Leitung des Chefarztes eine größere Station führen oder denen mindestens 1 vollbeschäftigter Assistenzarzt unterstellt ist, sowie

in Heil- und Pflegeanstalten beschäftigte Assistenzärzte nach Ablegung des Physikats,

Assistenzärzte, die als Fachärzte abgegrenzte Arbeitsgebiete ohne Stationsführung eigenverantwortlich und selbständig betreuen.

Vergütungsgruppe III

Assistenzärzte, die als Stationsärzte oder Institutsärzte tätig sind,

Assistenzärzte, die als Fachärzte oder mit Spezialaufgaben ohne Stationsführung beschäftigt werden, diesen gleichgestellte wissenschaftliche Assistenten sowie

in Heil- und Pflegeanstalten beschäftigte Assistenzärzte ohne Physikat.

§ 3 (Hilfsärzte)

- (1) Hilfsärzte im Sinne dieses Tarifvertrages sind approbierte Ärzte, die nach Ableistung der Pflichtassistentenzeit zum Zwecke ihrer allgemeinen ärztlichen Ausbildung oder Facharztausbildung für die Höchstdauer von 2 Jahren unter Verantwortung der Assistenzärzte zur ärztlichen Versorgung der Kranken mitherausgezogen werden.
- (2) Wird einem Hilfsarzt während der Abwesenheit eines Assistenzarztes infolge Krankheit dessen Vertretung vollverantwortlich übertragen und dauert diese Vertretung ohne Unterbrechung länger als 42 Kalendertage, erhält der Hilfsarzt für die nach diesem Zeitraum angeübte Vertretungsdauer die tarifmäßige Vergütung der Vergütungsgruppe III. Die gleiche Regelung gilt entsprechend, wenn zusammenhängende Urlaubsvertretungen übernommen werden, deren Dauer insgesamt 42 Kalendertage überschreitet.

§ 4 (Vergütung)

- (1) Die Höhe der Vergütung der in die Vergütungsgruppen I mit III eingereihten Ärzte (§ 2) bemißt sich nach der von den Tarifvertragsparteien jeweils vereinbarten Regelung über die Vergütungshöhe der TO A-Angestellten in den Vergütungsgruppen I mit III.
- (2) Die als Hilfsärzte beschäftigten Ärzte (§ 3) erhalten als Pauschalentschädigung 50 v. H. der jeweiligen tarifmäßigen Grundvergütung für Angestellte der TO A-Vergütungsgruppe III. Wohnungsgeldzuschuß und ggf. Kinderzuschläge werden in voller Höhe bezahlt.

§ 5 (freie Station)

Die Festsetzung der Höhe der Entschädigung für von der Anstalt gegebene Verpflegung und Wohnung (freie Station) bleibt der Regelung im Einzeldienstvertrag überlassen.

§ 6 (Ausschlußfrist)

- (1) Beim Empfang der Vergütungszahlung hat sich der Arzt von der Höhe des ausgezahlten Betrages sofort zu überzeugen und eine etwaige Nichtübereinstimmung des gezahlten Betrages mit der Abrechnung oder Zahlungsliste sofort zu beanstanden. Ansprüche wegen angeblich höherer Forderung oder wegen angeblicher Unrichtigkeit der Abrechnung verfallen, wenn sie nicht innerhalb einer Frist von 3 Monaten, gerechnet vom Anzahlungstag an, geltend gemacht werden.
- (2) Nach Beendigung des Dienstverhältnisses müssen Ansprüche aus diesem Tarifvertrag innerhalb einer Frist von 3 Monaten, gerechnet von dem auf den Ausscheidungstag folgenden Tag an, erhoben werden. Nach Ablauf dieser Frist gestellte Ansprüche sind erloschen.

§ 7 (Besitzstand)

Ist die Vergütung, die entsprechend der bisher vereinbarten Regelung vor dem Inkrafttreten dieses Tarifvertrages zu zahlen war, höher gewesen als die nach diesem Tarifvertrag zustehende Vergütung, wird der Unterschiedsbetrag zur Wahrung des Besitzstandes als persönliche Zulage so lange fortgezahlt, bis durch Erhöhungen der tariflichen Vergütung infolge Steigerung, Aufrückung, allgemeiner Verbesserung der Tarifbezüge usw. ein Ausgleich erfolgt ist. Kinderzuschläge bleiben für die Feststellung des Unterschiedsbetrages außer Betracht.

§ 8 (Durchführung des Tarifvertrages)

Betriebsvereinbarungen und Einzeldienstverträge dürfen den Bestimmungen dieses Tarifvertrages nicht widersprechen.

§ 9 (Inkrafttreten des Tarifvertrages und Kündigung)

Dieser Tarifvertrag tritt am 1. September 1952 in Kraft. Entgegenstehende Bestimmungen der einschlägigen Tarifordnungen sind vom gleichen Zeitpunkt an ungültig.

Der Tarifvertrag ist beiderseits unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Schluß eines Kalendervierteljahres kündbar.

Mit dem Tage des Inkrafttretens eines Bundesmanteltarifvertrages für Angestellte tritt dieser Tarifvertrag außer Kraft.

München, den 1. Oktober 1952

(Folgen Unterschriften)

In einem Rundschreiben des Landesarbeitgeberverbandes (LAV) zu diesem Tarifvertrag wird betont, daß mit ihm „klarere Verhältnisse“ geschaffen worden seien, um „arbeitsrechtliche Auseinandersetzungen weitgehend zu vermeiden“. Des weiteren wird gesagt: „Die ebenfalls im Abdruck anliegenden Empfehlungen des LAV werden bei sinnvoller Anwendung den Mitgliedern wichtige Anhaltspunkte für die Ermittlung des ärztlichen Personalbedarfs bieten.“

Diese Empfehlungen lauten:

- (1) Bei der Ermittlung des Bedarfs an ärztlichem Personal soll in Anstalten mit selbständigen Krankenabteilungen, soweit nicht besondere Verhältnisse im Einzelfall eine andere Regelung bedingen, nach folgendem Plan verfahren werden:

Je 1 Arzt im Vollbeschäftigtenverhältnis für die regelmäßige Betreuung von

- 50 belegten Betten bei der internen Abteilung
- 40 belegten Betten bei der chirurgischen Abteilung
- 40 belegten Betten bei der Abteilung für Kinder
- 40 belegten Betten bei der gynäkologischen Abteilung
- 40 belegten Betten bei der Abteilung für kranke Säuglinge
- 35 belegten Betten bei der urologischen Abteilung
- 40 belegten Betten bei der dermatologischen Abteilung ohne venereologische Kranke
- 40 belegten Betten bei der Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung
- 40 belegten Betten bei der Augenabteilung
- 35 belegten Betten bei der Nervenabteilung
- 70 belegten Betten bei der internen Station d. Tuberkuloseabtlg.
- 40 belegten Betten bei der chirurg. Station d. Tuberkuloseabtlg.

- (2) Von einer Empfehlung für die Arztbesetzung bei ambulanten Stationen, Röntgenstationen, Prosekturen, orthopädischen Stationen, Badeabteilung etc. muß wegen der außerordentlich unterschiedlichen Verhältnisse bei den einzelnen Anstalten Abstand genommen werden. Das gleiche gilt für Heil- und Pflegeanstalten wegen der dort bestehenden Besonderheiten.

- (3) Wie bemerkt, gelten die empfohlenen Bettenzahlen für Krankenanstalten mit selbständigen Abteilungen, also für größere Anstalten. Bei kleineren Häusern wäre, soweit dies unter Berücksichtigung aller einschlägigen örtlichen Verhältnisse überhaupt möglich ist, sinngemäß zu verfahren. Beispielsweise wird ein kleines Krankenhaus mit 40 internen und 15 chirurgischen Betten 2 Ärzte beschäftigen müssen, von denen der Arzt der internen Abteilung bereits als vollbeschäftigte Dienstkraft anzustellen ist, weil man bei einer Betreuung von regelmäßig 40 Betten nicht mehr von einer Teilbeschäftigung sprechen kann. Diesem Arzt wäre dann zusätzlich die ärztliche Oberleitung für das Krankenhaus als Nebenfunktion zu übertragen. Der für die Betreuung der 15 chirurgischen Betten benötigte Facharzt ist nicht vollbeschäftigt und hat daher einen Dienstvertrag zu erhalten, der als tarifmäßige Vergütung den Teil vorsieht, der dem Maß der Arbeitsleistung entspricht (§ 19 der vorerst noch gültigen ATO).

Würden im vorstehenden Beispiel statt 40 nur 30 oder 20 interne Betten zur Verfügung stehen, wäre auch der Arzt für diese Abteilung nicht vollbeschäftigt.

II

- (1) Für die Bemessung der Zahl der zu beschäftigenden Hilfsärzte kann der Grundsatz Anwendung finden, daß für 2 ständig beschäftigte Ärzte im Sinne des Abschn. I mindestens 1 Hilfsarzt angestellt wird. Nach diesem Grundsatz kann auch bei umfangreichen kleinen Krankenanstalten bzw. kleinen Abteilungen verfahren werden.
- (2) Eine andere Beurteilung kann sich aber bei kleinen Krankenhäusern oder kleinen Abteilungen z. B. dann ergeben, wenn nur 65 interne Betten vorhanden sind, für die 1 Arzt zur Verfügung steht. In diesem Falle ist die Einstellung eines weiteren vollbeschäftigten Arztes noch nicht vertretbar, trotzdem die in der Empfehlung für die Arztbesetzung in den internen Abteilungen vorgesehene Begrenzungsziffer schon überschritten ist. Hier wird eine Entlastung des Arztes von einfacheren Verrichtungen durch Beschäftigung eines Hilfsarztes erreicht werden, ohne daß der Beschäftigungszweck für letzteren vernachlässigt wird. Ähnliche Gesichtspunkte dürften auch für die Beschäftigung von Hilfsärzten bei Substituten usw. Anwendung finden können.

- (3) Das jetzt tarifvertraglich eingeführte Hilfsarztssystem darf aber nicht zur Einsparung von planmäßigen Stellen für vollbeschäftigte Assistenzärzte ausgewertet werden. Eine solche Handhabung würde dem Tarifvertrag widersprechen, der den Hilfsarzt ausdrücklich als den Arzt bezeichnet, der zum Zwecke der weiteren Ausbildung oder Facharztausbildung „unter Verantwortung der Assistenzärzte“ zur ärztlichen Versorgung mitherangezogen wird.

- (4) Sollte gegenwärtig eine gegenüber diesen Grundsätzen erhöhte Zahl an hilfsärztlichem Personal beschäftigt werden, wäre darüber zur Vermeidung von Übergangsschwierigkeiten, gegebenenfalls durch eine Beschlußfassung der zuständigen Organe, örtlich eine Entscheidung zu treffen.

- (5) In diesem Zusammenhang ist festzustellen, daß die Zustimmung der Gewerkschaft ÖTV zur Schlüsselung 2:1 erst nach schwierigen Verhandlungen erreicht werden konnte und daß mit der Forderung der Gewerkschaft zu rechnen ist, im kommenden Haushaltsjahr das Zahlenverhältnis auf 3:2 zu verbessern. Der LAV wird nach Lage der Verhältnisse kaum eine derartige Forderung ablehnen können.

III

Die in den Abschn. I und II gegebenen Empfehlungen stellen keine tarifvertragliche Regelung dar, wengleich nicht außer acht gelassen werden darf, daß sie den Willen der Arbeitgeberpartei aufzeigen und daher im Zweifelsfalle auch von anderen Stellen eine entsprechende Bewertung erfahren werden. Diesem Umstand ist bei der Festlegung des Arztbedarfs entsprechend Rechnung zu tragen. Der LAV glaubt, daß bei einer sinnvollen Anwendung der Richtlinien, bei gebührender Berücksichtigung der jedem Krankenträger zukommenden Verantwortung für die ordnungsgemäße Versorgung der Kranken sowie bei Beachtung des allgemeinen Grundsatzes von Treu und Glauben künftig arbeitsgerichtliche Auseinandersetzungen, die mit der Festlegung des ärztlichen Personalbedarfs in Zusammenhang gebracht werden könnten, vermeidbar sind.

Dem Tarifvertrag ist noch nachfolgende Protokollnotiz zu § 2 (Vergütungsgruppe II) beigelegt.

- (1) Unter größeren Stationen im Sinne des obenbezeichneten Tarifvertrages sind solche zu verstehen, in denen vom Stationsarzt regelmäßig mindestens 35 Krankenbetten betreut werden (Jahresdurchschnitt). Die Tarifvertragsparteien sind sich darüber einig, daß unter betreuten Betten nur belegte Betten zu verstehen sind.
- (2) Vorstehende Richtlinie gilt nicht für Heil- und Pflegeanstalten und für interne Stationen der Tuberkuloseabteilungen.

Die in dem vorliegenden, mit Wirkung vom 1. 9. 1952 als rechtskräftig bezeichneten Tarifvertrag wesentlichste Änderung gegenüber der KrT ist in § 3 (Abs. 1) erfolgt. In dem oben bezeichneten Rundschreiben des LAV an seine Mitglieder wird dazu folgendes ausgeführt:

„Mit dem neuen TV wird das System der sog. Hilfsärzte neu eingeführt (Abs. 1). Die Begriffsbestimmung hierfür ist im Tarifvertrag selbst ausreichend umschrieben, so daß sich diesbezügliche weitere Ausführungen erübrigen. Notwendig erscheint jedoch der Hinweis, daß auch mit jedem Hilfsarzt ein Dienstvertrag abgeschlossen werden muß, in dem ausnahmslos eine längste Vertragsdauer von zwei Jahren vorzusehen ist. Würde eine solche Regelung unterlassen, müßte in einem Streitfalle mit nicht unerheblichen Schwierigkeiten gerechnet werden.“

Auf Grund eigener Erfahrungen, nicht zuletzt auch auf Grund des Ergebnisses einer entsprechenden Rundfrage, kamen die Mitglieder des Hauptausschusses des LAV zu der Überzeugung, daß die Beschäftigung von Hilfsärzten der vorgesehene Art nicht nur nicht mehr umgangen werden konnte, sondern auch im Interesse der Krankenhäuser selbst notwendig ist, wenn die ärztliche Versorgung der Kranken nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft und Praktik ausreichend gesichert sein soll. Wegen der Zahl der zu beschäftigenden Hilfsärzte wird auf die beiliegenden Empfehlungen des LAV und die im Rundschreiben noch enthaltenen ergänzenden Bemerkungen Bezug genommen.

Abs. 2 regelt eine Frage, die seit langem einer Ordnung bedarfe. Es ist nunmehr tarifvertraglich festgelegt, unter welchen Voraussetzungen ein Hilfsarzt, der die Vertretung eines wegen Krankheit oder Beurlaubung abwesenden Assistenzarztes auftragsgemäß übernimmt, eine höhere Vergütung, nämlich die Vollvergütung der VGr. III, zu erhalten hat. Diese Regelung beseitigt die bisher mit Recht wiederholt geltend gemachten Zweifel, wie man sich bei einer Vertretung eines Assistenzarztes, die nicht von einem Assistenzarzt wahrgenommen werden kann, zu verhalten hat. Da die bisherige Rechtsprechung auf diesem Gebiet innerhalb des Bundesgebietes durchaus nicht einheitlich war, konnte im Einzelfalle kaum klar übersehen werden, ob die getroffene Entscheidung einer arbeitsgerichtlichen Nachprüfung auch

wirklich standhalten würde. Die neue Tarifregelung hat nun entsprechende Klarheit geschaffen.

Hier ist auf die Notwendigkeit hinzuweisen, künftig jede Vertretung eines Assistenzarztes, die nicht von einem anderen Assistenzarzt übernommen werden kann, nur einem Hilfsarzt zu übertragen. Für diese Handhabung sprechen n. E. triftige Gründe. Jedenfalls sollten die Chef- und Oberärzte konsequent darauf entsprechend Bedacht nehmen, weil sonst neuerdings mit Differenzen gerechnet werden muß. Wir empfehlen eine entsprechende Anweisung an die leitenden Ärzte und vertreten zudem die Auffassung, daß letztere überhaupt dienstvertraglich verpflichtet werden sollten, die ihnen unterstellten Ärzte ausschließlich ihrem Dienstvertrag oder Ausbildungsvertrag entsprechend zu beschäftigen. Eine Reihe von Arbeitsgerichtsprozessen zeigt auf, daß verschiedentlich die vorübergehende und z. T. sogar laufende Heranziehung von reinen Ausbildungsärzten zu Arbeiten, die tarifmäßig einem Assistenzarzt zugekommen wären, durch leitende Ärzte ohne Verständigung des Krankenhaussträgers veranlaßt worden war. Schließlich müßten auch die Chef- und Oberärzte daran interessiert sein, daß bestehende Verträge mit dem unterstellten Personal eingehalten werden.

Mit der Bestellung von Hilfsärzten im Sinne des TV entfällt der sog. bezahlte Volontärarzt. Wenn künftig in einem Krankenhaus neben den Hilfsärzten überhaupt noch Ärzte zum alleinigen Zwecke des Volontierens (dann nur für kürzeste Zeit) zugelassen werden, besteht nach wie vor keine Verpflichtung zur Leistung von Entschädigungen (Unterhaltszuschuß, freie Verpflegung usw.). Es ist auch nicht zu begutachten, solche freiwillige Leistungen zu genehmigen, weil durch eine derartige Maßnahme die Frage einer Gewährung auf tariflicher Grundlage wieder aufgerollt werden würde. Auf die Notwendigkeit, auch mit Volontärärzten entsprechende Verträge zu vereinbaren, sowie darauf, daß diese Verträge auch eingehalten werden müssen, wurde bereits hingewiesen.

Das für künftige Volontärverhältnisse Ausgeführte gilt sinngemäß für Pflichtassistenten. Jeder Pflichtassistent ist nach den gegenwärtig geltenden gesetzlichen Berufsvorschriften approbierter Arzt, der für die Dauer der vorgeschriebenen Zeit noch in einem Krankenhausbetrieb praktisch tätig sein muß, um die Genehmigung zur Ausübung einer freien Praxis zu erhalten. Bis jetzt ist kein Krankenhaus gesetzlich verpflichtet, Pflichtassistenten aufzunehmen. Wird ein solcher aber zugelassen, darf er nur im Rahmen seines Ausbildungsvertrages beschäftigt werden, es sei denn, daß ihm, was möglich ist, eine Hilfsarztstelle übertragen wird.

Der LAV nahm zu der gewerkschaftlichen Forderung, im TV eine Vergütung für Pflichtassistenten vorzusehen, einen ablehnenden Standpunkt ein, weil nach seiner Meinung die Krankenhaussträger nicht verpflichtet werden können, für staatlich vorgeschriebene Ausbildungszeiten Mittel aufzubringen. Die Frage der Leistung von Unterhaltszuschüssen an Pflichtassistenten muß zusammen mit der Frage der Zuschußgewährung für juristische und technische Referendare einer einheitlichen Lösung zugeführt werden. Hierwegen sind vom LAV bereits entsprechende Verhandlungen eingeleitet worden.

Zu diesem § 3 des TV Stellung zu nehmen, erachtete ich als der gesetzliche Vertreter der Bayer. Landesärztekammer (Bayer. Ärztegesetz vom 25. 5. 1946, Art. 15 Abs. II) für unerlässlich. In § 3 ist eine Regelung rechtsverbindlicher Art für Ärzte in Bayern getroffen, die einem zur selbständigen Behandlung von Kranken vollberechtigten, in einem Angestelltenverhältnis tätigen Arzt, d. h. einem Angestellten mit abgeschlossener Hochschulbildung, dem nach der TO A wie auch nach der KrT eine Entlohnung nach der Vergütungsgruppe III zusteht, nunmehr eine solche von 50% — unter Einrechnung der Vergütungszulagen von etwa 60% — dieser Mindestentlohnung ärztlicher Arbeit zubilligt. Diese Vergütung entspricht praktisch etwa der von Angestellten der Vergütungsgruppe VIb oder VII TO A, in der auch medizinisch-technische Assistentinnen mit viersemestriger Ausbildung und staatlicher Anerkennung eingeordnet sind.

Die darin zum Ausdruck kommende Herabwürdigung der Bedeutung einer abgeschlossenen Hochschulbildung mit nachfolgender praktischer Ausbildung (Ableistung der Pflichtassistentenzeit) beim Einsatz des Arztes zur Krankenbehandlung muß unbedingt abgelehnt werden. Demzufolge nahm ich Verhandlungen mit den in Frage kommenden Stellen, dem Herrn Arbeitsminister, Vertretern der Gewerkschaft OeTV und dem LAV auf. Bei einer gemeinsamen Besprechung mit dem Herrn Arbeitsminister und Vertretern der OeTV ließ ich gelten, daß der

§ 3 des TV wohl beabsichtigte, eine Entschädigung für untergeordnete medizinische Leistungen seitens approbierter Ärzte festzulegen, doch dürfte es sich dabei nicht um eine ärztliche Tätigkeit, d. h. um Leistungen handeln, die eine zur ärztlichen Krankenbehandlung berechtigende ärztliche Ausbildung voraussetzen. Leistungen, denen eine geringere Entlohnung als nach der Vergütungsgruppe III TO A oder KrT zukomme, seien nicht in einem Tarifvertrag für die Beschäftigung von Ärzten in Krankenhäusern aufzunehmen. Die Bestimmungen des § 3 TV stellten daher in Wirklichkeit keine Verbesserung der Bedingungen der zur ordnungsgemäßen ärztlichen Versorgung der in Krankenanstalten verpflegter Personen notwendigen ärztlichen Tätigkeit dar, wenn sie auch den Anschein eines Fortschritts erwecken könnten, sondern tatsächlich einen untragbaren Rückschritt.

Wie schon oft mußte ich betonen, daß die ärztliche Ausbildung grundsätzlich mit Ableistung der Pflichtassistentenzeit — spätestens mit der Erfüllung der nach dem für Ärzte in Bayern rechtsverbindlichen Niederlassungsgesetz vorgeschriebenen zweijährigen Tätigkeit in nicht selbständiger Stellung — abgeschlossen ist. Ebenso klar wies ich wiederum darauf hin, daß die Weiterbildung zum Facharzt nicht als eine Ausbildung zum Arzt überhaupt zu bewerten ist, da sie erst nach der oben bezeichneten abgeschlossenen Ausbildung des Arztes beginnt.

Die Fassung des § 3 Abs. (1) TV ist daher irreführend. Die Tätigkeit von Ärzten in einem Krankenhaus kann nach Ableistung der Pflichtassistentenzeit nicht schlechtweg als eine Beschäftigung „zum Zwecke ihrer allgemeinen ärztlichen Ausbildung“ bezeichnet werden. Der Krankenhaussträger hat die unabwiesbare Pflicht, den im Krankenhaus verpflegten Kranken die zu deren ärztlicher Behandlung notwendigen vollwertigen Ärzte zur Verfügung zu stellen. Sie sind tariflich als Angestellte mit abgeschlossener Hochschulbildung zu entlohnen, demnach nach der Vergütungsgruppe III TO A oder KrT. Es kann dem Krankenhaussträger nicht erlaubt sein, die benötigten ärztlichen Leistungen durch eine geringere Entlohnung geringer zu achten als die von sonstigen Angestellten mit abgeschlossener Hochschulbildung. Diese Auffassung wurde von mir unmißverständlich bei den oben bezeichneten Verhandlungen zum Ausdruck gebracht. Gegen eine in Zusammenhang mit einer von der OeTV veranstalteten Pressekonferenz verbreitete anderslautende Mitteilung in Tagesblättern habe ich bereits in einer Rundfunkmeldung scharfe Verwahrung eingelegt.

Bei späteren Verhandlungen mit Vertretern des LAV und der Stadt München habe ich selbstredend den gleichen Standpunkt eingenommen. Man wies dabei auf die Verhältnisse der bezahlten Volontärärzte hin und machte geltend, daß deren Bezahlung keine rechtlich festgesetzte gewesen sei, während der neue TV durch die Einführung des Begriffes „Hilfsarzt“ eine klare Regelung der Bezüge aller gegen Entlohnung an Krankenhäusern zu beschäftigenden Ärzte vorsehe und insofern doch wohl als Fortschritt zu bezeichnen sei.

Dazu ist zu sagen, daß der Begriff „Volontärarzt“ wohl in etwa dem in § 3 Abs. 1 TV unter der Bezeichnung: „Hilfsarzt“ verwendeten entspricht. Der Begriff Volontärarzt besagt, daß sich ein Arzt bereit erklärt, freiwillig an einem Krankenhaus tätig zu sein, um sein Wissen und Können zu erweitern. Eine Bezahlung für solche seinen eigenen Bedürfnissen entsprechende Lernfähigkeit könnte der Volontärarzt nicht mit mehr Recht verlangen, als ein noch in der ärztlichen Ausbildung stehender Pflichtassistent (Medizinalpraktikant). Da er dabei jedoch auch untergeordnete medizinische, nicht ärztlich verantwortliche Arbeiten im Krankenhaus leistet, wurde ihm, ähnlich wie auch Pflichtassistenten, eine außertarifliche Vergütung für seine Arbeit gewährt.

Die Einstellung von solchen Volontärärzten konnte und durfte ebensowenig zur Deckung des Bedarfs für die Krankenbehandlung notwendiger Ärzte dienen, als die Verwendung von Pflichtassistenten. Daß dies aus hier nicht nochmals zu erörternden Gründen trotzdem geschah, ist zu beklagen und nicht durch den Versuch einer Einbeziehung solcher Arztkategorien in einen TV gutzumachen. Dieser Versuch würde nur zu einer weiteren Fortsetzung und scheinbaren Rechtfertigung der Ausnützung der bedauerlichen Tatsache führen, daß z. Z. mehr Ärzte zur Verfügung stehen, als zur Behandlung der Kranken erforderlich sind. Hierzu brauche ich an dieser Stelle keine weiteren Ausführungen zu machen, da ich dazu schon oft genug Stellung genommen habe.

Es kann nicht versucht werden, das Risiko der Ergreifung des Medizinstudiums mit dem Ziel, die Berechtigung zur Ausübung selbständiger, freier ärztlicher Berufstätigkeit zu erhalten, durch eine tariflich festgelegte, unter der für die Angestellten mit abgeschlossener Hochschulbildung liegende Bezahlung der Leistungen der angestellten Krankenhausärzte zu verringern.

Soweit Ärzte, die infolge des Überangebots von ärztlichen Kräften eine Beschäftigung in einem ihrer Ausbildung entsprechenden Arbeitsverhältnis nicht erlangen können, in einem andersartigen, eine geringere Ausbildung voraussetzenden tätig sein wollen — statt von irgendwelchen Unterstützungen zu leben —, kann dies nur begrüßt werden. In solchen Fällen steht ihnen selbstverständlich nur die ihren Leistungen entsprechende tarifmäßige Entlohnung zu. Tätigkeiten dieser Art gehören aber nicht in eine Tarifordnung für die in Krankenanstalten „auf Privatdienstvertrag beschäftigten Ärzte“.

Die gesetzliche Berufsvertretung der Ärzte in Bayern, die Bayerische Landesärztekammer ist zwar nicht berechtigt, Tarifverträge abzuschließen, jedoch beauftragt, für einen ethischen Hochstand der Ärzteschaft des Landes Bayern besorgt zu sein. Da ein solcher nicht aufrechtzuerhalten ist, wenn die Achtung vor der ärztlichen Aufgabe und Leistung durch tarifliche Bestimmungen gefährdet und gemindert wird, muß sie schärfstens Verwahrung gegen Vorgänge der hier behandelten Art einlegen. Die engen Verbindungen der Entlohnung ärztlicher Arbeit mit der Erhaltung des ethischen Hochstandes der Ärzteschaft berechtigt auch das Verlangen einer beratenden Zuziehung der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung bei der Vorbereitung von Tarifabschlüssen. Soweit diesem Verlangen nicht Rechnung getragen wird, muß die ärztliche Berufsvertretung die Verantwortung für die Folgen von der beteiligten Ärzteschaft als untragbar beurteilten Tarifabmachungen ablehnen, insbesondere auch für die damit verbundene Gefährdung der ordnungsgemäßen Versorgung der in Krankenanstalten verpflegten, ärztlicher Hilfe bedürftigen Menschen.

Ich werde als gesetzlicher Vertreter der Bayer. Landesärztekammer — nicht als solcher anderer ärztlicher Verbände — nach wie vor bestrebt sein, die bayerische Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit vor unberechtigten Schmälereien ihres Ansehens und deshalb auch vor einer Unterbezahlung ärztlicher Leistungen unter Beachtung der verbrieften Rechte nichtärztlicher Stellen bestmöglich zu wahren. Ich werde mit allen rechtlich zulässigen Mitteln zu verhüten trachten, daß Ärzte ihr Erstgeburtsrecht als Zugehörige zu den Angestellten mit abgeschlossener Hochschulbildung nicht gegen ein Linsengericht eintauschen.

Von der anderen Seite betrachtet

Bemerkungen zu „Der Arzt im öffentlichen Dienst“ von Dr. Karl Weiler in Heft 9 Bayer. Ärzteblatt

Von Medizinal-Rat Dr. Werner Jacobi

Da die Veröffentlichung an so ins Auge fallender Stelle von prominenter Seite gebracht wurde, ist es wohl nicht falsch, anzunehmen, daß die darin ausgedrückten Gedankengänge und Anregungen sozusagen die „Politik“ der bayerischen Ärzteschaft, jedenfalls die ihres derzeitigen Präsidenten, ausdrücken sollen. Leider muß den Darlegungen, wenigstens soweit sie sich auf die Verhältnisse der beamteten und angestellten Ärzte im öffentlichen Dienst im engeren Sinne (Gesundheitsämter, Regierungen u. a.) beziehen, in vielem ganz energisch widersprochen werden. Zwar legt der Herr Verfasser ein gutes Wort dafür ein, daß der Staat diese Gruppe von Ärzten angemessen bezahlen möge, und diese Geste mag daher dankbar anerkannt werden, im übrigen zeigen aber seine Ausführungen, daß er sich die Dinge doch etwas gar zu leicht gemacht hat und daß seine Schlußfolgerungen daher recht einseitig sind und die Objektivität vermissen lassen, die man billigerweise von einem Manne seiner Stellung erwarten sollte. Ursache dieses Mißgeschickes ist, daß die Dinge nur durch die finanzielle Brille betrachtet werden und daß daher erklärlicherweise nur das schon so oft von Berufenen und Unberufenen gesungene Lied herauskommt: wozu müssen diese Ärzte, die ja ohnehin ihre festen Bezüge haben — auch die Schlußstrophe von der Pension fehlt nicht —, denn noch andere Einnahmen aus freier Praxis oder anderem haben und so den frei praktizierenden Ärzten das ach so karge Brot schmälern!

Gewiß, um den Schein der Objektivität zu wahren, wird zugegeben, daß dies Problem nicht neu sei und daß es ein Für und Wider der Meinungen gäbe, aber ernstlich eingegangen wird auf das Wider überhaupt nicht. Wie anders ist doch da das Bemühen, beispielsweise den Krankenhausärzten Gerechtigkeit werden zu lassen; ich bin der letzte, der sich darüber nicht freuen würde, und beglückwünsche die Krankenhausärzte dazu, daß sie in dem

Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer einen so vorzüglichen Fürsprecher gefunden haben; es ist eine Selbstverständlichkeit, daß man diese Gruppe von Ärzten nicht aus der freien Praxis ausschalten kann, wie man es versucht hat, das Publikum hätte kein Verständnis dafür, aber könnte eben dieses Publikum sich nicht auch bisweilen des ärztlichen Rates auch des Amtsarztes — früheren Physikus — bedienen wollen? Doch das ist scheinbar eine ganz andere Angelegenheit! Die Möglichkeit zu freier praktischer ärztlicher Tätigkeit ist ohnehin für die im öffentlichen Dienst stehenden Ärzte nur gering, da die ihnen dafür zur Verfügung stehende Zeit nicht allzu groß sein dürfte und da sie außerdem der Erlaubnis der vorgesetzten Dienststelle bedürfen. Es muß daher schon mehr als merkwürdig berühren, wenn bei dieser Sachlage von einem „Versuch den Hochstand der ärztlichen Staatsbeamten auf Kosten einer Einengung der Lebensbedingungen der freipraktizierenden Ärzteschaft zu sichern“ geschrieben werden kann! Hat der Herr Präsident denn schon einmal, abgesehen von der geringen Zeit für Praxisausübung, die den beamteten Ärzten zur Verfügung steht, Überlegungen über das Zahlenverhältnis beamtete Ärzte / freie Ärzte angestellt, dann würden die Befürchtungen einer auch nur nennenswerten Existenzschmälerung der freien Ärzte sehr leicht sich als hinfällig erweisen. Es muß daher schon gesagt werden, daß es betriebllich ist, daß die Spitze der bayerischen Ärzteschaft sich nicht bemüht hat, diese Dinge etwas objektiver zu betrachten.

Aber es geht hier im wesentlichsten nicht um eine Steigerung der Einnahmen des beamteten Arztes, es geht hier vor allem um sein Recht, soweit es ihm seine dienstlichen Verpflichtungen erlauben, ärztlich tätig sein zu dürfen, damit er nicht die Verbindung zur lebendigen ärztlichen Praxis und Wissenschaft verliert, damit er, kurz gesagt,

nicht zum Bürokraten erstarrt; nur so wird er auch seine amtliche Tätigkeit in dem rechten Geist erfüllen können. Es gibt eben keinen ärztlichen Verwaltungsbeamten — oder sollte ihn wenigstens nicht geben, wenn er auch Herrn Präsident Dr. W. vorschweben mag. Keine ärztliche Standesorganisation hat m. E. das Recht, einem Arzt, aus den hier erörterten Gründen, das Recht auf ärztliche Tätigkeit abzusprechen. Oder meint der Herr Präsident etwa gar, daß die beamteten Ärzte zur Krankenbehandlung nicht geeignet seien, wie man aus den etwas nebelhaften Ausführungen auf Seite 126 letzter Abschnitt Sp. 1 schließen könnte?

Gar so einfach ist das Problem also nicht zu lösen, da es als solches wie Herr Präsident Dr. W. meint gar nicht existiert und somit einer Lösung gar nicht bedarf.

Zu den „Bemerkungen“ von Med.-Rat Dr. Werner Jacobi

Als ich bei der Betrachtung der Verhältnisse des Arztes im öffentlichen Dienst auch die Frage einer Abgrenzung der Arbeitsgebiete der angestellten und der freipraktizierenden Ärzte berührte, war ich mir bewußt, daß vielleicht Einwände der von Dr. Jacobi vorgetragene Art erfolgen würden. Ich hatte allerdings gehofft, daß sie in sachlicher Form bekanntgegeben und nicht mit Zweifeln an der Gewissenhaftigkeit und Objektivität meiner Stellungnahme verbrämt würden.

Seit meiner vor mehr als 50 Jahren erfolgten Approbation als Arzt stand ich ununterbrochen selbst im öffentlichen Dienst, zunächst der Stadt München, dann des Staates Bayern, dann des ehemaligen Deutschen Reiches und zuletzt wieder des Freistaates Bayern, bis ich mit der Anerkennung einer 47jährigen Dienstzeit als beamteter Arzt in den Ruhestand trat. Da ich während dieser langen Zeit in besonders reichem Maße auch Gelegenheit hatte, bei organisatorischen Maßnahmen mitzuwirken, die von nicht unwesentlicher Bedeutung für den Arzt in beamteter Stellung waren, wird man mir eine genügende Sachkenntnis auf diesem Arbeitsgebiet und eine Berechtigung zur Stellungnahme, nicht absprechen.

Meine persönlichen Erfahrungen im öffentlichen Dienst reichen weit in glücklichere Zeiten zurück, die eine Abgrenzung der Arbeitsfelder der angestellten (beamteten) Ärzte und der freipraktizierenden nicht erforderten. Es erschienen nur insoweit Einschränkungen einer freien behandelnden Tätigkeit festangestellter Ärzte geboten, als ein Widerstreit der Pflichten zu befürchten war. Die derzeitige unerhörte, den Weiterbestand eines echten Arztums schwer gefährdende Not in der freipraktizierenden Ärzteschaft verpflichtet leider den Sprecher der ärztlichen Berufsvertretung, alle rechtlich zulässigen Erwägungen, die zur Linderung dieses Übelstandes beitragen können, der Ärzteschaft und den sonst maßgeblichen Kreisen bekanntzugeben.

Im Rahmen seiner Gegenäußerung macht Dr. Jacobi mir mehrfach den Vorwurf mangelnder Objektivität bei meiner Einstellung zu den Angelegenheiten der beamteten Ärzte. Es mag ihm zur Beruhigung dienen, daß mein Verhalten während meines fast ein halbes Jahrhundert währenden ärztlichen Wirkens nicht nur der Kritik vor-

gesetzter Dienststellen, sondern auch der Öffentlichkeit unterlag, ohne daß ich Anlaß gab, Zweifel in die Objektivität meiner für ungezählte Tausende von Beurteilten abgegebenen Stellungnahmen und Gutachten zu setzen. Die mir von Dr. Jacobi ohne Begründung unterstellte Abweichung vom Wege der Pflicht kann mich daher gar nicht berühren.

Als nicht völlig unsachlichen Einwand lasse ich die von ihm vertretene, von seiten beamteter Ärzte vordem schon oft vorgetragene Ansicht gelten, daß der Amtsarzt an der Behandlung Kranker teilnehmen solle, „damit er nicht die Verbindung zur lebendigen ärztlichen Praxis und Wissenschaft verliert, nicht zum Bürokraten erstarrt“. Ich glaube in meinen Ausführungen doch schon klar und eindeutig zum Ausdruck gebracht zu haben, daß das Arbeitsgebiet des Amtsarztes vornehmlich eine Eignung zur Erledigung seiner besonderen hochbedeutsamen Aufgaben als ärztlicher Sachverständiger im Dienste des Staates d. h. der Allgemeinheit erfordert.

Ob ein ärztlicher Beamter Gefahr läuft, „zum Bürokraten zu erstarren“, hängt davon ab, ob das Schicksal es versäumt, ihm die Eigenschaften in die Wiege zu legen, die einen Menschen zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit überhaupt berufen erscheinen lassen. Hat er solche Eigenschaften, so wird er nie „zum Bürokraten erstarren“, auch dann nicht, wenn er sie nicht zur Behandlung kranker Menschen, sondern nur im Dienste der Gesunderhaltung des Volkes verwenden kann. M. E. ist ein Mehr oder Weniger des Besitzes ärztlicher Eigenschaften ausschlaggebend dafür, ob und inwieweit der Amtsarzt seine Tätigkeit in dem richtigen d. h. dem ärztlichen Sinne erfüllt. Möge diese Bemerkung den Nebel zerstreuen, über den Dr. Jacobi bei der Beschäftigung mit meinen Darlegungen glaubte klagen zu sollen. Dem Amtsarzt kann es im übrigen nicht schwerfallen, die Verbindung mit der medizinischen und ärztlichen Wissenschaft aufrechtzuerhalten, da es dazu gar nicht einer eigenen ärztlichen Behandlungstätigkeit bedarf.

Meine Ausführungen in dem hier behandelten Aufsatz stellten keineswegs den Niederschlag einer besonderen „Politik“ der ärztlichen Berufsvertretung dar, sondern nur eine zusammenfassende Stellungnahme zu der derzeitigen Lage auf dem Gebiete ärztlicher Tätigkeit im öffentlichen Dienst und zu den daraus sich ergebenden Überlegungen zur Besserung der immer bedrohlicher werdenden Lage weiter Ärztekreise. Neben einer besseren Verteilung der im Bundesgebiet vorhandenen Ärzte halte ich dazu auch eine dem einzelnen Arzt zumutbare vernünftige Beschränkung seines Arbeitskreises für geeignet. Nur ein von wirklich kollegialen Gefühlen getragener fester Zusammenschluß der Ärzteschaft wird den Bestand eines echten Arztums zu sichern vermögen, eines Arztums, das den Anspruch auf eine hohe Bewertung der ärztlichen Tätigkeit und eine dementsprechende Honorierung der ärztlichen Leistungen von allen, die sie in Anspruch nehmen, rechtfertigt. Dem Kollegen Dr. Werner Jacobi fühle ich mich zu Dank verpflichtet, daß er mir die Gelegenheit gab, diese Grundabsichten meines Aufsatzes: „Der Arzt im öffentlichen Dienst“ nochmals betonen zu dürfen.

Reg.-Med.-Direktor a. D. Dr. Karl Weiler

MITTEILUNGEN

Marburger Bund

Der Abschluß des Tarifvertrages zwischen der Gewerkschaft OeTV und dem kommunalen Landesarbeitgeberverband hat bei den bayerischen Krankenhausärzten große Empörung hervorgerufen. In verschiedenen bayerischen Städten drangen die Krankenhausärzte auf Arbeitsniederlegung. In Nürnberg fand am 21. 10. 52 eine Urabstimmung statt, bei der sich 96,8% der Krankenhausärzte für eine Arbeitsniederlegung entschieden. Auch in Kreisen der OeTV wird der Tarifvertrag abgelehnt.

Der Vorsitzende von Nürnberg legte sein Amt nieder. Der Marburger Bund hat dem Landesarbeitgeberverband Tarifverhandlungen angeboten, um der ärztlichen Tätigkeit wieder zu ihrem Recht zu verhelfen.

Achtung, Spätheimkehrer!

Wichtige Mitteilung des Marburger Bundes und des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte.

Nach dem Zulassungsgesetz können gemäß § 44, Abs. 5 Kassenzulassungen erfolgen, wenn ein Übergangsfall ge-

geben ist, eine besondere Härte vorliegt und Antrag gestellt wird.

Wir empfehlen daher den Spätheimkehrern, die sich bisher vergeblich um Zulassung beworben haben, bei ihrem örtlich zuständigen Zulassungsausschuß Antrag auf Zulassung nach § 44 mit entsprechender Begründung zu stellen, auch wenn keine Stellen ausgeschrieben sind.

Ein Rechtsanspruch auf eine solche Zulassung besteht zwar nicht, jedoch sind die Entscheidungen des Zulassungsausschusses berufungsfähig.

gez. Dr. v. Brentano gez. Dr. Hellbrügge
Verband der niedergelassenen Nichtkassenärzte. Marburger Bund, Verband der angestellten Ärzte.

Das goldene Zeitalter der Medizin

Von Dr. Hans Drexler

Mit freundlicher Genehmigung des Verfassers entnahmen wir die nachfolgenden Zeilen der Nr. 218/52 d. Schwäbischen Landeszeitung. Die Schriftleitung.

Bundespräsident Prof. Dr. Heuss hat in seinem Grußwort zum diesjährigen Deutschen Ärztetag auf die soziale Krisenhaftigkeit hingewiesen, in welcher der deutsche Arzt als Berufsstand heute stehe und sie als ein Teilproblem des Akademikertums schlechthin bezeichnet. Er meinte, wer das Wagnis auf sich nehme, Arzt zu werden, der lade das Abenteuer der Wissenschaft auf sich; dahinter aber stehe das Wagnis eben des freien Berufes. Er hat damit tatsächlich die Problematik nicht nur der medizinischen Forschung, Lehre und Tätigkeit, sondern unserer gesamten Gesundheitspflege charakterisiert. An der Forschung und Lehre sind zunächst nur die Wissenschaftler beteiligt. Die Allgemeinheit des Volkes nimmt an ihren Ergebnissen und Erfolgen nur mittelbaren Anteil. Aber sie bekommt ihren Nutzen oder ihr Versagen dann zu spüren, wenn sie selbst das Opfer von Alter und Krankheit wird. Deshalb kann ihr das Problem auch in seiner wissenschaftlichen Form durchaus nicht gleichgültig sein. Aber das brennendste Interesse hat sie an einer raschen und alseitigen Nutzung und Anwendung der neuesten Erkenntnisse und Erfahrungen in der täglichen Gesundheitspflege. Wie steht es damit bei uns in Deutschland? Die deutsche Ärzteschaft hat gerade in diesem Sommer alle ihre Berufszugehörigen in zahlreichen Kongressen und Tagungen, in Schulungs- und Fortbildungskursen mit den neuesten und erfolgreichsten Methoden der Krankheitsverhütung und -bekämpfung vertraut gemacht. Ärzte aus dem Ausland haben uns bestätigt, daß ihre deutschen Kollegen bereits wieder das große Ansehen zurückgewonnen haben, das sie früher einmal und lange Jahrzehnte hindurch in der ganzen Welt besessen haben, als der Völkerhaß noch nicht die Beziehungen der Kulturen vergiftete; ein durchaus verdientes Ansehen übrigens! Gleichwohl mußte uns eine Rede in Staunen versetzen, die vor einer Woche Präsident Truman vor der Spitzenorganisation der amerikanischen Krankenhäuser gehalten und in welcher er die Leistungen der amerikanischen Medizin gewürdigt hat. Truman sagte nämlich, die USA hätten das bisher höchste gesundheitliche Niveau in ihrer Geschichte erreicht und er gab seiner Überzeugung Ausdruck, daß die moderne Forschung die Welt einem goldenen Zeitalter der Medizin entgegenführe. Mit einem Kostenaufwand von Milliarden Dollar habe die amerikanische Atom-Apotheke der USA-Regierung in Oakridge mehr als 27 000 Sendungen radioaktiver Isotope an 922 Kliniken und Institute verschickt und das amerikanische Volk, das so viele Wunder vollbracht habe, werde auch die unbeugsame Entschlossenheit an den Tag legen, die ewigen Feinde der Menschheit, Krankheit und vorzeitigen Tod, durch bessere gesundheitliche Verhältnisse für jedermann zu besiegen.

Soll dieses goldene Zeitalter der Medizin, von dem Truman sprach, auch uns in Deutschland zugute kommen? Das ist die Frage, die nicht nur unsere Ärzte angeht, son-

dern jeden von uns beschäftigt, der nicht so töricht ist, zu glauben, daß er selbst und seine Familie für immer von jeglicher Krankheit verschont bleiben werde. Aber gerade die Ergebnisse der Kongresse unserer deutschen Ärzte in den vergangenen Wochen geben der Befürchtung Spielraum, daß die Fortschritte medizinischer Kenntnisse und ärztlicher Erfahrung einerseits und ihre Anwendung in der normalen Gesundheitspflege andererseits bald nicht mehr im gleichen Tempo Schritt halten werden. Diese Befürchtung wird bereits von einer so großen Anzahl verantwortungsbewußter und gutinformierter Tageszeitungen ausgesprochen, daß nicht mehr von einem dirigierten Zweckpessimismus geredet werden darf. Immer lauter, deutlicher und zahlreicher werden die Klagen darüber, daß der deutsche Arzt zum Gesundheitspolizisten, zum angestellten Rezeptschreiber, zum Büttel der Bürokratie degradiert wird, daß nicht mehr er, sondern eine allmächtige Kassenbürokratie darüber zu bestimmen hat, wem, wann, wie und wo und wie lange geholfen werden soll.

Daß die Verhältnisse der deutschen Gesundheitspflege reformbedürftig sind, hat vor allem der Aufstand der Ärzte gegen die Berliner Versicherungsanstalt gezeigt, in deren Händen der gesamte Gesundheitsdienst der ehemaligen Reichshauptstadt monopolisiert ist. 96 Prozent der Berliner Bevölkerung sind bei dieser Anstalt zwangsversichert, und jeder Berliner Arzt hängt von diesem allmächtigen Arbeitgeber ab. Aber am 30. Juni 1952 gründeten 2400 Berliner Ärzte eine Kampfleitung und sagten sich von dem bis dahin bestandenen Vertrag mit der VAB los. Der dadurch ausgelöste Rechtsstreit wurde bisher zugunsten der Ärzte entschieden, und noch immer herrscht ein vertragsloser Zustand, dessen Lasten allerdings die Ärzte tragen müssen, da sie von der Versicherungsanstalt keine Bezahlung mehr erhalten, ihre Patienten aber weiter behandeln. Die Krankenkasse, die weiter die Beiträge der Versicherten erhält, rechnet natürlich mit einer bedingungslosen Unterwerfung der Ärzte, von denen sie annimmt, daß ihnen schließlich ja doch die Luft ausgeht. Zwar haben sich einige Großbanken bereit erklärt, die Honorar-Abtretungserklärungen der Kassenpatienten, die bei der VAB versichert sind, zu bevorschussen; aber ob es überhaupt noch einmal gelingt, den jetzigen Konflikt zu liquidieren, ohne eine weitgehende und tiefgreifende Umgestaltung der VAB vorzunehmen, ist sehr fraglich. Die Berliner Patienten jedenfalls stehen in ihrer überwiegenden Mehrheit auf der Seite der Ärzte. Täglich werden mehr als 80 000 Kassenpatienten durch die Berliner Ärzte behandelt und beraten. Sie sind längst dahintergekommen, daß die extensive Einheitsversicherung nicht mehr ihrem wirklichen Interesse dient. Die VAB beschäftigt rund 5600 Angestellte, mehr als die doppelte Anzahl der Ärzte. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf nahezu die gesamte Bevölkerung hat dazu geführt, daß die Vertragsärzte weit über das erträgliche Maß belastet sind. Um die Kosten der Heilbehandlung darüber hinaus zu ermäßigen, hat die VAB das ärztliche Honorar davon abhängig gemacht, daß sich der Arzt an eine bestimmte Durchschnittsziffer als Richtzahl bei seinen Rezepten hält. Stellt er zu viele oder zu teure Rezepte aus, so kürzt ihm die Kasse das Honorar. Das ist freilich nicht nur in Berlin so. Die Ärzte versuchten früher, sich gegen eine derartige Bevormundung zu wehren, aber ein Schiedsspruch am 13. November 1951 entschied zugunsten der Kasse und damit — gegen die Gesundheit der Patienten. Als dann die Kasse Ende Juni auch noch mit der Zahlung der vereinbarten Honorare im Rückstand blieb und von einer bereits herabgesetzten Forderung der Ärzte, die vertraglich vereinbart war, abermals 10 Prozent abziehen wollte, lehnten die Ärzte eine weitere Zusammenarbeit mit der VAB ab.

Es ist nicht so sehr die Frage, ob Recht oder Unrecht im Berliner Kassenstreit mehr auf seiten der Ärzte oder der VAB liegt. Der Konflikt zeigt, daß unsere Gesundheitspflege von Grund auf reformiert werden muß. Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag wurde wieder ein-

B E I

Klinisch erprobt · Biologisch kombinierte Kur

Oxymors

Oxyurias 15 Erwachsene Nr. 201 - Doppelpack, Nr. 203 - Kleinpäckg.

- Bindungsreinigung -

Die kombinierte, wirksame, milde und wirtschaftliche Oxymors-Kur
Wohlschmeckend, daher von Kindern gern genommen. — Vollkommen ungiftig
Täfelchen zum Lutschen, Anolpuder; Bestell-Nr. 202

mal mit Nachdruck ein deutsches Gesundheitsministerium gefordert. Es sieht nicht danach aus, daß diese Forderung wirklich ernst genommen wird. Die Ärzte fordern aber auch ein modernes Gesundheitsprogramm der Regierung und werfen immer wieder die Frage auf, warum die meisten gesundheitspolitischen Gesetzesentwürfe steckenbleiben, so das Arzneimittelgesetz, das Gesetz über die Behandlung der Geschlechtskranken, das Blutspendengesetz, die Fachärzteordnung. Sie beklagen den ewigen Kompetenzstreit zwischen Bund und Ländern über Fragen der Gesundheitspflege, die unzulängliche Unterstützung der planmäßig angewandten medizinischen Forschung, vor allem aber die hemmende Bevormundung jeder fortschrittlichen Arbeit der Gesundheitsämter durch nicht-medizinische Bürokraten. Ministerialrat Dr. med. habil. Otto Buurmann betonte im Februar auf der Konferenz der Gesundheitsämter in Düsseldorf, daß die Gesundheitspolitik absolut gleichrangig neben das so bedeutungsvolle und große Gebiet der Sozialpolitik treten müsse, weil sonst unsere Gesundheitsämter wegen zu geringer Mittel weltferne, bürokratische Gutachterstuben zu werden drohen. Der wesentlichste Teil der Arbeit unserer Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals des öffentlichen Gesundheitsdienstes dürfe nicht in der Sprechstunden- und Bürotätigkeit liegen, sondern im hygienischen, gesundheits- und krankenfürsorglichen Außendienst. Wie aber steht es um die Masse unserer Ärzte, die in ihrer eigenen Praxis oder in den Krankenhäusern arbeiten? Es besteht die Gefahr, daß sie immer mehr zu Handlangern oder Exekutivorganen der Krankenkassen werden. Das eben ist der große Irrtum unseres Präsidenten Heuss, wenn er das Problem des Arztes aus dem Wagnis des freien Berufes erklärte. Dieser Stand hat nur noch die Risiken, aber nicht mehr die Chancen des freien Berufes. Die Eroberung der Schlüsselstellungen in der öffentlichen Verwaltung durch die Exponenten der politischen Parteien hat dazu geführt, daß nicht die fachliche Vorbildung, sondern das parlamentarische Gewicht der hinter den einzelnen Kandidaten stehenden Organisationen bei der Ämterbesetzung entscheidend ist. Wenn sich die Masse der Wähler damit abfindet, daß sie dadurch den staatlichen und behördlichen Verwaltungsapparat immer mehr aus den Händen der berufenen Fachleute in den Einflußbereich ehrgeiziger und machthungriger Bewerber leitet, so ist das ihre Sache. Wenn aber die Kompetenzansprüche derartiger Politiker auch die Gesundheitspflege unseres Volkes zu majorisieren versuchen, dann sollte man die Ärzte nicht im Stich lassen, solange sie sich dagegen noch wehren können. Das goldene Zeitalter der Medizin, das Truman den Amerikanern versprochen hat, und das sich das freie Amerika nicht wird nehmen lassen, würde sonst an Deutschland vorbeigehen; und das, obwohl es gerade deutsche Ärzte gewesen sind, welche sich die größten Verdienste als Pioniere der ärztlichen Wissenschaft, der medizinischen Forschung und Lehre erworben haben.

Krebssterblichkeit im XX. Jahrhundert

Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte kürzlich nachstehenden Bericht über die Sterblichkeit an Krebs und anderen malignen Tumoren während des XX. Jahrhunderts.

In dem Bericht wurde Informationsmaterial aus vielen Ländern Europas, aus der Südafrikanischen Union, Kanada, Chile, USA, Japan, Australien und Neuseeland verwendet für den Zeitraum von 1900 bis 1950.

Dr. M. Pascua, Direktor des WGO-Bureaus für Gesundheitsstatistik, betonte nach Abfassung des Berichtes die „außerordentlichen Schwierigkeiten“, die bei Verwendung des Materials entstanden und empfahl große Vorsicht für den Versuch, definitive Schlüsse aus dem Bericht zu ziehen. Zum Beweis führt er die erheblichen Unterschiede in den Bevölkerungszahlen an, in den Sterblichkeitsziffern, den ärztlichen Todesbescheinigungen und viele andere Faktoren, einschließlich der längeren Lebensdauer der Bevölkerungen, die natürlich die Krebssterblichkeit erhöht, da Krebs bei höherem Lebensalter sich mehr auswirkt. So ist zum Beispiel in Dänemark die Anzahl der Personen über 60 Jahre pro 1000 Köpfe seit 1900 (99 Per-

sonen) bis 1950 (131 Personen) erheblich angewachsen. In Frankreich stieg diese Zahl von 124 auf 163, in England und Wales von 75 auf 159, in den USA von 64 auf 116 usw.

Aus dem Bericht ergibt sich, daß zu Beginn des Jahrhunderts in vielen Ländern Krebs als Todesursache in weniger als 5% aller Fälle angegeben wurde. (Schweden, das die höchste Prozentzahl hatte, zeigte nicht mehr als knapp 8% an). Demgegenüber meldeten bereits im Jahre 1947 die meisten Länder einen von 7—9 Todesfällen als krebsbedingt, wobei in vielen Fällen der Prozentsatz über 10% hinausging. Dänemark und Holland überschritten hier schon 16%.

Der Bericht analysiert die Krebssterblichkeit nach Geschlecht, Lage der Geschwulst und Altersgruppen in 23 Ländern und schließt mit allgemeinen Ausführungen über folgende Punkte:

1. In den einzelnen Ländern gibt es sehr erhebliche Unterschiede in der Krebssterblichkeit, und manche Wissenschaftler glauben, es seien rassische Einflüsse zum Teil für diese Unterschiede verantwortlich zu machen. Aber diese These blieb bisher noch vollkommen ungeklärt, und noch immer werden sehr verschiedene Meinungen über das Überwiegen gewisser Tumorarten in den verschiedenen Rassengruppen laut.

2. Die Krebssterblichkeit „ist offensichtlich in praktisch allen in diesem Bericht erwähnten Ländern erheblich angestiegen“. Der Bericht behandelt eingehend die so oft diskutierte brennende Frage, ob nämlich dieser Anstieg der Krebssterblichkeit echt, also ähnlich einer sehr langsam fortschreitenden Epidemie ist, oder ob er nur ein scheinbarer Anstieg ist, der aus Gründen wie z. B. der besseren ärztlichen Diagnose usw. zu erklären ist. Der Autor läßt diese Frage offen, scheint aber der ersten Auffassung zuzuneigen.

3. Die Entwicklung der Krebssterblichkeit zeigt als eine der auffälligsten Tatsachen, daß die Sterblichkeit bei den älteren Bevölkerungsgruppen deutlich ansteigt, besonders im Alter über 70 Jahre. Diese Tatsache gilt für alle Länder. Der Anstieg betrifft mehr die Männer als die Frauen.

4. Allgemein gesprochen hat die Krebssterblichkeit bei Mund-, Pharynx- und Hautkrebs nicht zugenommen. In einigen Ländern hat sie sogar abgenommen.

5. Der Bericht erwähnt „irreführende Tatsachen“ bezüglich der Krebssterblichkeit an Krebs der Verdauungsorgane und des Peritoneums, da hier die Zunahmsätze in einzelnen Ländern bedeutend variieren, ebenso bei den Geschlechtern des gleichen Landes. Dies kann auf echte Unterschiede in den Völkern zurückzuführen sein, oder auch auf die wechselnde Beschaffenheit der ärztlichen Diagnose.

6. Todesfälle von Krebs der Atmungsorgane haben in den meisten Ländern sehr beträchtlich zugenommen, und zwar beim männlichen Geschlecht erheblich schneller. Der bedeutendste Anstieg fiel in die letzten 20 Jahre, hierbei erreicht der Lungenkrebs den höchsten Anteil dieser Kategorie. In diesem Zusammenhang weist der Bericht auf eine Forschungsreihe hin, die in London vom „Medical Research Council of England and Wales“ im Jahre 1950 durchgeführt wurde und die ergab, daß „Rauchen ein wichtiger Faktor für die Entstehung des Lungenkrebses sei“, und daß „im Alter über 45 Jahre das Risiko des Entstehens der Krankheit im einfachen Verhältnis zur Menge des Gerauchten ansteigt, und daß das Risiko für Personen, die 25 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchen, ungefähr 50mal so groß ist als für Nichtraucher“. Der Londoner Bericht erklärt aber weiter, daß dies vielleicht in den Methoden des Tabakanbaus und der Tabakbearbeitung begründet ist.

Bei der Erörterung des „außerordentlichen Anstieges der Sterblichkeit an Lungenkrebs“ führt der Autor des

WGO-Berichts auch an, daß noch andere Gründe angeführt wurden, einschließlich der längeren Inhalation industrieller Abgase und motorischer Auspuffgase.

7. Sterblichkeit an Uteruskrebs ist gleichgeblieben oder im Laufe des Jahrhunderts abgesunken. Die Todesziffer für Krebs der Genitalorgane beider Geschlechter ist hingegen in der gleichen Zeitspanne erheblich gestiegen.

8. Sterblichkeit der Frauen an Brustkrebs ist ebenfalls beträchtlich gestiegen, und zwar trotz der leichten Diagnose und der verhältnismäßig optimistischen Prognose bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung.

9. Todesziffer für Krebs der Harnwege — meist Blasenkrebs — ist bei Männern und Frauen angestiegen, besonders auffällig aber beim männlichen Geschlecht.

10. Die Anzahl der als „Senilität“ oder „schlecht definierbare oder unbekannte Gründe“ erklärten Todesfälle für die für Krebs wichtigen Altersgruppen ist in den meisten Ländern in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen; dies muß man beim Studium der Krebsstatistiken im Auge behalten, da die verbesserten diagnostischen Methoden offensichtlich mit dieser Entwicklung eng verbunden sind.

Der WGO-Autor endet seinen Bericht mit der Forderung nach besseren Krebsstatistiken und gibt der Hoffnung Ausdruck, daß das in einigen Ländern eingeführte neue Krebsregistrierungssystem erheblich dazu beitragen wird, die noch zahlreichen unbekannteten Aspekte der Epidemiologie des Krebses zu beseltigen.

(Inform.-Dienst der WGO, Nr. 50/1952) Kl.

Ärztlicher Bezirksverein Südfranken

Unter starker Beteiligung der Kollegen und in Anwesenheit einer großen Reihe von Ehrengästen und den Vertretern auswärtiger ärztlicher Organisationen feierte der Ärtzl. Bezirksverein Südfranken am Sonntag, den 28. 9. 1952, in Weißenburg i. B. sein 80jähriges Bestehen. Wenn das Bayer. Ärztegesetz von 1946 den Schwerpunkt des Standeslebens in die Bezirksvereine verlegte, dann bedeutet ein derartiges Jubiläum mehr als eine bloße Erinnerungsfest. Als einer der ältesten Bezirksvereine hat Südfranken einen entscheidenden Anteil gehabt an der Entwicklung des Standeslebens in- und außerhalb Bayerns und hat eine Reihe namhafter Standespolitiker gestellt, unter denen die alte Arztfamilie der Doerfler in erster Linie genannt zu werden verdient.

Nach Eröffnung der Festversammlung und der Begrüßungsansprache des ersten Vorsitzenden des Ärtzl. Bezirksvereins Südfranken, Dr. Hermann Doerfler, und nachdem die Gäste ihre Glückwünsche überbracht hatten, gab der 2. Vorsitzende, Dr. Arthur Mahner, Kipfenberg, einen Abriss aus der Geschichte des Bezirksvereins. Der Gründer war der Großvater des heutigen ersten Vorsitzenden, der spätere Bezirksarzt Dr. Karl Doerfler, der auch Mitbegründer und langjähriges Vorstandsmitglied des Deutschen Ärztevereinsbundes gewesen ist. Auch dessen Nachfolger Dr. Lochner erfreute sich im Deutschen Ärztevereinsbund wie in der mittelfränkischen Ärztekammer hohen Ansehens. Eine der markantesten Persönlichkeiten des bayerischen Standeslebens war der Geheime Sanitätsrat Dr. Hans Doerfler, der zusammen mit Stauder im Jahre 1923 die Bayerische Ärzteversorgung ins Leben gerufen hat. Der heutigen Generation ist er nahegebracht durch seine „Erinnerungen aus dem Standesleben“, welche die Zeit von 1903 bis 1933 behandeln und die von seinem Sohne bearbeitet und von der Bayer. Landesärztekammer zum 5. Bayer. Ärztetag im August 1950 herausgegeben wurden. Auch seine Nachfolger haben den Dank der Kollegen verdient durch Schaffung eines ärztlich-wirtschaftlichen Verbandes, durch Förderung der Fortbildung und durch die Standhaftigkeit, mit der sie in den schweren Zeiten des Nazi-Regimes den ärztlichen Standpunkt zu wahren wußten. In frischer Erinnerung ist noch der tragische Tod des letzten Vorsitzenden Dr. Helbig, Gunzenhau-

sen, der im Februar 1951 auf einer Dienstreise einem Unfall zum Opfer fiel.

Wieder ist es ein Doerfler, Dr. Hermann Doerfler, der heute an der Spitze des Bezirksvereins steht und der die Jubiläumsfeier durchführte. Sein Festvortrag: „Die Beziehungen von Landschaft und Geschichte in Südfranken zum Arzttum“ zeigte so recht die universelle Auffassung vom Arztsein, das nicht in erlernten Fertigkeiten besteht, sondern im intuitiven Erfassen der tiefsten Wurzeln von Anlage und Milieu.

Mit ganz besonderem Interesse wurde der Lichtbildervortrag von Prof. Dr. Frey, dem Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik München, aufgenommen, dessen vortreffliche Ausführungen über Operationen am freiliegenden Herzen im Mittelpunkt der Versammlung standen.

Die Feier klang aus mit einer geselligen Veranstaltung, die der Tagung einen harmonischen Abschluß verlieh. Dem Außenstehenden aber blieb der freundliche Eindruck, daß hier ein geglückter Versuch unternommen wurde, durch gemeinsame Feier einer gemeinsamen Tradition das Band kollegialer Beziehungen fester zu knüpfen und damit eine Atmosphäre zu schaffen, die uns gerade bei den mitunter harten Auseinandersetzungen des offiziellen Standeslebens so notwendig — wäre!

Deutscher Ärztinnenbund

Auf der 2. Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes vom 20.—21. September 1952 in Stuttgart-Cannstatt, auf der auch Professor Dr. Neuffer anwesend war, wurde Frau Dr. med. Thekla von Zwehl, München, wieder einstimmig zur 1. Vorsitzenden gewählt.

Besuch des Internationalen Ärztinnenbundes in München

In Vichy hielt der MWIA (Internationaler Ärztinnenbund) eine Tagung ab. Im Anschluß daran besuchten die Vertreterinnen desselben im Rahmen einer Europareise einige Tage München. Der Zweck dieses Aufenthaltes entsprang dem Wunsch, möglichst viele deutsche Kolleginnen kennenzulernen. Seit vorigem Jahr ist der Deutsche Ärztinnenbund dem Internationalen Ärztinnenbund angeschlossen, so daß die deutschen Vertreterinnen dieses Jahr zum ersten Male an der Tagung in Vichy teilnehmen konnten.

Nach München kamen an die 30 ausländische Kolleginnen aus Amerika, England, Irland, Norwegen und den Philippinen, zu unserer besonderen Freude auch die Präsidentin des MWIA selbst, Mrs. Chree Reid aus New York und die Vizepräsidentin Frau Haldorsen aus Norwegen. Die Kolleginnen wurden schon am Bahnhof und dann im Hotel Regina von zahlreichen Münchener Ärztinnen empfangen. Es entstand sofort ein sehr gemütliches Zusammensein, dadurch erleichtert, als vier Münchener Kolleginnen, die in Vichy waren, die Gäste kannten. Einigen Kolleginnen war es auch möglich, verschiedene Ausländerinnen bei sich aufzunehmen. Der eine Vormittag war dem Besuch der Haunerschen Kinderklinik gewidmet, es fand eine Stadtrundfahrt statt, die Oper hatte für beide Abende Plätze reserviert und einer der leitenden Herren von Bayer. Nationalmuseum war so liebenswürdig, den Damen die Sammlungen zu zeigen. Am 23. September gab Ministerpräsident Dr. Ehard einen Tee-Empfang in den schönen Räumen der Schackgalerie. In einer herzlichen Ansprache begrüßte er vor allem die erste und zweite Vorsitzende des MWIA Dr. Ada Chree Reid, New York, und Dr. Enger Haldorsen, Norwegen. Die Herren der Regierung, Ministerialdirektor Schwend, Ministerialrat Freiherr von Brandt, Regierungsdirektor Hopfner, der Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Bingold, ebenso wie andere prominente Gäste nahmen sich zusammen mit den sehr zahlreich erschienenen bayerischen Kolleginnen, der Vorsitzenden des Deutschen Ärztinnenbundes Dr. Thekla von Zwehl und der Vorsitzenden des Bayerischen Ärztinnenbundes, Dr. Thorgunna Kuntze, in liebenswürdiger Weise der geladenen Gäste an. Es war ein sehr gelungener Nachmittag, der viele Anregungen und ein sehr herzliches Zusammensein brachte.

In Vichy hatte der Bayer. Ärztinnenbund Mrs. Chree Reid ein Buch über bayerisches Barock von Dr. Theodor Müller (Bayer. Nationalmuseum) überreicht. Es sollte ein kleines Zeichen der Dankbarkeit sein für die großzügige Hilfe, die Amerika den bayerischen Kolleginnen während ihrer schwersten Zeit erwiesen hat.

Mrs. Chree Reid fuhr von hier weiter zum Besuch anderer Ärztinnenvereinigungen in Wien, Athen, Istanbul, Israel und Indien.

Mit großer Freude erhielten die bayerischen Kolleginnen einen besonderen Brief von Mrs. Chree Reid, in dem sie in herzlicher Weise für die hier verbrachten Stunden dankt. Es ist uns eine besondere Genugtuung, daraus zu entnehmen, daß es gelungen ist, die Wege zur gegenseitigen Verständigung anzubahnen und weiter zu befestigen. Ein kleiner Fortschritt in einer Welt, in der es so schwer scheint, sich gegenseitig zu verständigen!

Arbeitstagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands

In Murnau fand am 11./12. Okt. eine Arbeitstagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands statt, an der Delegierte von ganz Westdeutschland teilnahmen. Die Erhaltung des Berufs des freien Arztes wurde im Interesse der Volksgesundheit und für das Funktionieren der sozialen Krankenversicherung als unabdingbare Voraussetzung festgestellt. Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages in Berlin über die ärztliche Schweigepflicht und über die Richtlinien des Weltärztebundes können nach Ansicht des Hartmannbundes nur dann verwirklicht werden, wenn im kommenden Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen die echte Selbstverwaltung und die Vertragsfreiheit der Ärzteschaft verankert wird. In der sozialen Krankenversicherung wurde eine genaue Arbeitsteilung — Verwaltung und ärztliche Versorgung — gefordert.

Der Staatsbürger muß im eigenen Interesse als Patient fordern, daß der Arzt selbstverantwortlich und nicht als Erfüllungsgehilfe der Verwaltungsbürokratie tätig ist.

Innerhalb des Hartmannbundes wurde eine ärztliche Wirtschafts-Genossenschaft gegründet.

Lebensversicherungen

Nach eingehenden Vorsprachen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. beim Bundeswirtschaftsministerium ist mit Bestimmtheit damit zu rechnen, daß das Wirtschaftsministerium eine preisrechtliche Genehmigung für folgende Leistungssätze erteilen wird, die die Zustimmung unseres Verbandes wie die der Lebensversicherungsgesellschaften finden werden.

I. Großes Attest unter obligatorischer Blutdruckmessung

bis	4 999 DM	DM 12.—
ab	5 000 „	„ 15.—
„	7 500 „	„ 18.—
„	10 000 „	„ 20.—
„	15 000 „	„ 25.—
„	25 000 „	„ 30.—
„	50 000 „	„ 40.—
„	100 000 „	„ 50.—

II. Das kleine Attest

bis	4 999 DM	DM 10.—
-----	----------	---------

III. Die hausärztliche Auskunft DM 10.—

Bei der Erstattung von Gutachten (auch Formulargutachten) kann bereits jetzt nach den oben aufgeführten Sätzen verfahren werden.

Weitere Einzelheiten werden nach der Entscheidung des Wirtschaftsministeriums veröffentlicht.

17. September 1952.

Auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in München

wurde eine Resolution gefaßt, in der die gesetzgebenden Bundesbehörden ersucht wurden, die möglichen Folgen ärztlicher Behandlung und Eingriffe, wenn sie sachgemäß durchgeführt wurden, weder als Körperverletzung noch als Tötung zu betrachten, wie es die jetzt gültige Recht-

sprechung tut. Dagegen soll jede Behandlung und jeder Eingriff von der Einwilligung des Patienten abhängig gemacht werden.

Medizinische Kolloquien in Davos

1. Reise: 3. Januar bis 18. Januar 1953.
2. Reise: 17. Januar bis 21. Februar 1953.

Teilnehmerpreis ab	In Hotel Bristol	Hotel Albana
München	DM 347.—	DM 300.—
Nürnberg	DM 360.—	DM 313.—
Bregenz	DM 325.40	DM 290.50
Aufenthalt ohne An- und Rückreise	DM 298.—	DM 251.—

Im Preis eingeschlossen sind Fahrt III. Klasse so weit als möglich im Ferlen-Sonderzug in der Polsterklasse, erstklassige Verpflegung, Unterbringung in der gewünschten Hotelkategorie, Trinkgelder, Steuer, Kurtaxe und Kolloquiengebühren.

Näheres und Anmeldung durch Reise- und Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13.

Förderung des internationalen ärztlichen Vortragswesens

Dr. Louis H. Bauer, Präsident der American Medical Association und Generalsekretär des Weltärztebundes richtete an die ärztlichen Organisationen der einzelnen Mitgliedsländer des Weltärztebundes die Bitte, dem Sekretariat Namen und Anschriften gut qualifizierter Ärzte mitzuteilen, die Interesse daran haben, in anderen Ländern medizinische Vorträge zu halten. Diese Mitteilungen sind an das Generalsekretariat des Weltärztebundes, 2 E 103rd Str. New York 29, USA zu richten. Kl.

Erhöhung der Pflegesätze in den Münchener Krankenhäusern

Bestrebungen, die erst im Herbst 1951 von DM 6.— auf DM 8.— erhöhten Pflegesätze in den Münchner städtischen Krankenhäusern um weitere DM 2.80 zu steigern, führten zu Besprechungen mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse München, da diese sich außerstande erklärte, diese Mehrkosten bei fast gleichbleibenden Einnahmen und Verpflichtungen tragen zu können. Während die Löhne und Gehälter und damit die Beiträge zur Krankenkasse seit dem vergangenen Jahre um 3% gestiegen sind, würde die geplante Erhöhung der Krankenhausgebühren einer Steigerung um 37% entsprechen. Sollte jedoch die AOK gezwungen werden, die erhöhten Gebühren bezahlen zu müssen, so müßte eine Einschränkung der Leistungen die unbedingte Folge sein. Die Ärzteschaft muß schon jetzt mit aller Entschiedenheit erklären, daß eine Sanierung der Krankenhäuser auf Kosten der Ärzteschaft auf keinen Fall zumutbar ist, und eine scharfe Abwehrstellung der Ärzteschaft die notwendige Folge wäre. Ist die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser eine derartige, daß sie ohne Zuschüsse nicht auskommen können, dann müßten diese von der öffentlichen Hand (Staat, den kommunalen Stellen usw.), nicht aber von den Ärzten und Krankenkassen getragen werden.

Wiederaufbau der Universitätsanstalten

Am Donnerstag, den 16. Oktober, besuchten etwa 30 Abgeordnete des Bayerischen Landtags, die dem Haushaltsausschuß angehören, den großen Komplex der Münchener Universitätskrankenanstalten und der medizinischen Universitätsinstitute.

Während der Wiederaufbau Münchens die ungeteilte Bewunderung ausländischer Besucher erregt, hat der Zustand der weltberühmten wissenschaftlichen Forschungsstätten selbst bei den Vertretern des Landtags offenbar peinliches Erstaunen hervorgerufen. Der Kompetenzstreit um das Besitzrecht und die Wiederaufbaupflicht der Universitätskrankenanstalten waren bisher der stärkste Hemmschuh für eine großzügige Inangriffnahme eines Wiederaufbaues. Der Berichterstatter für Universitätsfragen im Haushaltsausschuß, Otto von Feury, äußerte die Hoff-

Bronchalen

Das bewährte Kombinationspräparat
mit optimaler Wirkung

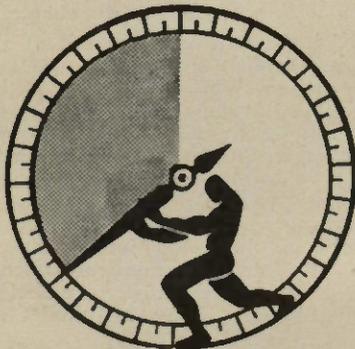
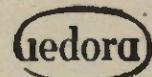
ZUR ASTHMA-THERAPIE

TABLETTEN · INHALATION
AMPULLEN · SUPPOSITORIEN

BEI ALLEN
ERKÄLTUNGS-
KRANKHEITEN

Thymodrosin

GEDORA vertrieb Thymodrosin-Ges. Arzneimittelfabrik Bad Godesberg



BEI *Hypertonie*

PACYL

Schonende Senkung des
erhöhten Blutdruckes
Lösung von Gefäßspasmen
Besserung der subjektiven
Beschwerden auf peroralem Wege

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G.
BERLIN-WAIDMANNSLUST HANN. MÜNCHEN

30 TABL. DM 1.95 5 AMPULLEN DM 3.45 o.U.

1. Internationaler Allergiekongress

23. - 29. SEPTEMBER 1952 in ZÜRICH

Kongreßbericht

XXXII + 1143 Seiten, 305 Abb.

in Ganzleinen DM 170.—

Der Bericht enthält in extenso die 26 gehaltenen Referate, 22 Diskussionseinleitungen, sämtliche Diskussionen und alle 152 Vorträge. Sämtliche Referate und Vorträge sind in der Originalsprache wiedergegeben und durch eine Zusammenfassung in zwei Komplementärsprachen ergänzt. Der Band wird dadurch zu einem unerschöpflichen Nachschlagewerk.

CARL GABLER GMBH

Abt. Fachbuchhandlung

München 2, Kaufingerstraße 10

Auf Wunsch steht das Werk einige Tage ansichtshalber zur Verfügung.

nung, daß vielleicht mit Hilfe von Auslandskrediten eine Finanzierung möglich sei.

Die Kommission wird demnächst die Universitätskliniken in Würzburg und Erlangen besichtigen und voraussichtlich sich in Freiburg von dem musterhaften Wiederaufbau der dortigen Universitätsanstalten überzeugen.

Volontärärzte sollen bezahlt werden

Der Besoldungsausschuß des Bayerischen Landtags sprach sich erneut für eine angemessene Bezahlung der an Krankenanstalten ohne Vergütung arbeitenden Jungärzte aus. Auf Antrag aller Fraktionen wurde die Regierung ersucht, den an staatlichen Krankenhäusern beschäftigten Pflichtassistenten- und Volontärärzten ähnliche Bezüge zu gewähren wie Assessoren und Referendaren. Den kommunalen und privaten Krankenanstalten soll eine gleiche Regelung empfohlen werden.

Kollektiver Zwang

hi. Bonn, 13. Juli (Eigener Bericht). In zuständigen Bonner Regierungsstellen wird mit großer Aufmerksamkeit die Tatsache verfolgt, daß in einer Reihe von Städten beschlossen worden ist, tariflich vereinbarte Ausgleichszahlungen nur an solche Arbeiter und Angestellte zu geben, die Gewerkschaftsmitglieder sind. Während jeder private Arbeitgeber selbstverständlich an dem Prinzip festhalte, bei gleicher Tätigkeit und gleicher Leistung auch den gleichen Lohn zu zahlen, wolle man hierdurch nichtorganisierte Arbeiter und Angestellte praktisch dazu nötigen, einer bestimmten Organisation beizutreten. Es sei besonders bedauerlich, daß ausgerechnet im öffentlichen Dienst und in der öffentlichen Verwaltung der Versuch unternommen werde, die verfassungsmäßig garantierte Koalitionsfreiheit beiseite zu schieben und statt dessen einen kollektiven Zwang einzuführen.

(Frankfurter Allgemeine Zeitung,
Deutschlandausgabe vom 14. Juli 1952)

Das erste Rheuma-Kinderkrankenhaus der Bundesrepublik

wurde vom Präsidenten der Inneren Mission in Bayern, Kirchenrat Dr. Karl Nicol in Garmisch-Partenkirchen seiner Bestimmung übergeben. Dem Kinderkrankenhaus ist eine Schulabteilung angegliedert, so daß die Kinder während des Krankenhausaufenthaltes keinen Unterrichtsausfall haben. Die Gesamtkosten für den Krankenhausbau betragen rund 600 000 Mark, von denen 100 000 Mark aus dem McCloy-Fonds gespendet wurden.

Die Ärzteschaft und die Wahlen zur Sozialversicherung

Bei den Vorbereitungen für die Wahlen in die Organe der Sozialversicherung wird von den Arbeitgeberverbänden vielfach die Ansicht vertreten, daß Ärzte und Angehörige von Heilberufen nicht gewählt werden sollten, weil sonst Interessenkonflikte zu befürchten wären. Die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern erblickt darin eine ungerechtfertigte Diskriminierung der Heilberufe. Die Wahl von Vertretern der Heilberufe ist gerade im Interesse der gesundheitlichen Betreuung der Versicherten geboten. Es ist nicht bekannt geworden, daß die Arbeitgeberverbände hinsichtlich der Wahl von Vertretern der pharmazeutischen Industrie gleiche Bedenken geäußert hätten, obwohl für Heilmittel z. Z. der gleiche Betrag wie für die gesamte ärztliche Behandlung aufgewendet wird.

Entwurf einer Bundesrechtsanwaltsordnung

In der Bundestagssitzung vom 2. Oktober soll der Entwurf einer Bundesrechtsanwaltsordnung erstmalig beraten worden sein. Diese Beratungen sind auch für die Ärzteschaft von großem Interesse, da sie für ein vom Bund zu erlassendes Ärztegesetz in mancherlei Hinsicht Richtlinien und Präzedenzentscheidungen bringen dürften. In 275 Paragraphen und 9 Teilen bringt

der vom Bundesrat bereits am 30. Juli behandelte Entwurf u. a. detaillierte Bestimmungen über Bestallung, Zulassung, Rechte und Pflichten des Rechtsanwalts, über Zusammensetzung, Bildung und Stellung der Anwaltskammern, über ehrengerichtliche Verfahren und das Verfahren zum Zwecke der Ausschließung aus der Rechtsanwaltschaft, ferner über die Bundesrechtsanwaltskammer und über Kosten in Anwaltsachen.

Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat ein Merkblatt herausgegeben:

„Über die Notwendigkeit der Anstellung einer Tuberkulinprobe bei den im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege tätigen Personen“,

das vom Arbeitsausschuß für Tuberkulose im Rahmen der Unfallversicherung entworfen worden ist. Das Merkblatt kann kostenlos von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in Hannover, Sallstraße 41, bezogen werden.

Deutsche Ärzteversicherung auf Gegenseitigkeit Berlin—Hamburg

Die 47. Hauptversammlung dieser schon seit über 70 Jahren bestehenden Standesversicherung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker fand am 11. September 1952 in den Verwaltungsräumen der Gesellschaft in Berlin-Zehlendorf statt.

Der Vorstand konnte noch keine Jahresabschlüsse vorlegen, er berichtete über die auch bei anderen Lebensversicherungsgesellschaften vorliegenden Gründe hierfür und über die Entwicklung der Gesellschaft seit der Umwälzung. Danach befindet sich die Lösung besonders der ärztlichen Versorgungsfrage noch in der Schwebe. Die Gesellschaft hat gegen viele Bestrebungen zu kämpfen, die auf ein Umlageverfahren herauskommen. Bei einem solchen werden die Versorgungsansprüche im wesentlichen auf die Mitglieder umgelegt, ohne daß ein Vermögen angesammelt wird, das allein zusammen mit den künftigen Beiträgen die sichere Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen verbürgt.

Recht erfreulich war die Auswirkung der Rentenaufbesserung für den großen Bestand der Gesellschaft an Rentenversicherungen. Weitere rund 43 Millionen DM an Ausgleichsforderungen sind der Gesellschaft zugeflossen, mit denen die früheren Reichsmark-Renten zu sehr günstigen Sätzen in D-Mark umgestellt werden konnten, ein weiterer Beweis dafür, daß die Alters- und Hinterbliebenenversorgung doch in ordnungsmäßiger Versicherungsform gesichert werden sollte und nicht durch Umlageverfahren, die bisher immer zusammengebrochen sind oder vor dem Zusammenbruch noch in eine Versicherungsform übergeführt wurden, wobei es nicht ohne bittere Enttäuschungen für die Mitglieder abging.

Der Versicherungsbestand beläuft sich gegenwärtig auf 179 Millionen DM, wozu noch ein Bestand an laufenden Renten mit einer Jahresrente von 2 472 000 DM kommt.

Das Vermögen der Gesellschaft beträgt jetzt rund 80 Millionen DM, womit wieder rund die Hälfte des Vorkriegsvermögens erreicht wurde. Von dem Vermögen liegen 94 v. H. im Bundesgebiet, 6 v. H. in Berlin. Ein Vergleich der geschätzten künftigen Verbindlichkeiten mit dem zur Deckung hierfür vorhandenen Vermögen zeigt eine Überdeckung von mehr als 2 Mill. DM. 78 v. H. des Vermögens bestehen aus Ausgleichsforderungen. Diese richten sich zum größten Teil gegen den Bund, zum anderen Teil gegen die Hansestadt Hamburg, wo die Gesellschaft ihren zweiten Sitz hat.

Unter dem Vermögen außer den Ausgleichsforderungen nehmen die Hypothekendarlehen den ersten Platz ein, deren Anteil im Steigen begriffen ist. Die Gesellschaft leiht ihr Vermögen in Form von Hypothekendarlehen vorzugsweise den Mitgliedern aus, um diesen wieder zu Wohn- und Praxisräumen zu verhelfen. Auf diesem Gebiet konnte viel Gutes geleistet und den akademischen

Heilberufen vor Augen geführt werden, welcher Wirkung die zusammengefaßte Wirtschaftskraft der angeschlossenen Berufe auf dem kleinen Teil der Versicherung fähig ist.

Die Hauptversammlung wählte den Aufsichtsrat für weitere drei Jahre wieder bis auf Herrn Dr. Neumann, Gelsenkirchen-Buer, der sich wegen seines Alters nicht wieder zur Wahl stellte.

Die Verwaltungsträger der Deutschen Ärzteversicherung auf Gegenseitigkeit bestehen aus folgenden Herren:

A. Hauptversammlung

Dr. med. Herbert Britz, Vorstandsmitglied des Marburger Bundes, Köln-Mülheim, Elisabeth-Breuer-Str. 5
Reg.Med.Rat Dir. Dr. med. Theodor Dobler, Vorsitzender der privatärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer Nord-Württemberg, Schorndorf/Württ., Friedrich-Fischer-Str. 2

Dr. med. Viktor Egen, Präsident der Ärztekammer Westfalen, Münster i. W., Warendorfer Str. 77

Dr. med. Richard Fuchs, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Hamburg 39, Grillparzerstraße 29

Dr. med. Alois Geiger, Vorsitzender der Ärztekammer Nordbaden, Karlsruhe, Fichtestr. 5

Dr. med. Fritz Hamann, Berlin-Nikolassee, Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 16

Dr. med. Richard Hammer, Mitglied des Bundestages, Darmstadt, Heinheimer Str. 21

Dr. med. Ernst Heiß, Kötzing/Bayer. Wald, Marktstr. 30

Dr. med. Otto Jost, Meinerzhagen i/W., Bahnhofstr. 4

Dr. med. Heimut Jung, Oberdielfen Krs. Siegen

Dr. med. Hans Kadow, Osnabrück, Martinistr. 28

Dr. med. Walter Malech, Gießen, Friedrichstr. 17

Dr. med. Sotirios Pharmakidis, Rhaunen/Hunsrück

Dr. med. Erich Röper, Hamburg 36, Alsterterrasse 9

Dr. med. Hans Sauer, Inning/Ammersee

Dr. med. Emil Selter, Frankfurt a/M., Hans-Thoma-Str. 8

Dr. med. Erich Tenbaum, Limburg/Lahn, Diezer Str. 50

Dr. med. Rudolf Weise, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf, Fischerstr. 59

Dr. med. Hugo Wolff, Steinkirchen, Krs. Stade

B. Aufsichtsrat

Dr. med. Richard Fuchs, Hamburg 39, Grillparzerstr. 29

Dr. med. Georg Hinzmann-Fürstenau, Berlin-Friedenau, Bundesallee 74

Dr. med. Wilhelm Schleef, Berlin-Friedenau, Stubenrauchstr. 8

Dr. med. Viktor Egen, Münster i/W., Warendorfer Str. 77

Dr. med. Alois Geiger, Karlsruhe, Fichtestraße 5

Assessor Karl Hörle, Köln-Braunsfeld, Eisenborner Str. 6

C. Vorstand

Walter Meewes, Berlin-Britz, Miningstr. 87

Dr. Wilhelm Fricke, Hamburg 20, Kaiser-Friedrich-Ufer 15

Eine Richtigstellung

Zu den auf Grund der Meldungen einer amerikanischen Nachrichtenagentur in verschiedenen Tageszeitungen erschienenen Berichten, wonach das Gesundheitsministerium der Sowjetzonenregierung das Präsidium des Deutschen Ärztetages um Entsendung westdeutscher Ärzte in die sowjetische Besatzungszone gebeten haben soll, ist fest-

zustellen, daß weder offiziell noch inoffiziell das Präsidium eine derartige Anfrage vom sowjetzonalen Gesundheitsministerium erhalten hat. Es haben daher weder Verhandlungen mit Sowjetzonenvertretern, noch mit dem Beauftragten der Bundesrepublik in Berlin, Dr. Vockel, über diese Frage stattgefunden. Das Präsidium des Deutschen Ärztetages würde in dieser Frage ohnehin nur in Fühlungnahme mit den zuständigen Regierungsstellen in Bonn verhandeln.

Arztchicksal in der Sowjetzone

Noch immer ist nichts über das Schicksal des in der Nacht vom 24. zum 25. Januar 1952 in Liebenwalde vom SSD verhafteten Dr. med. Konrad Fischer bekannt geworden. Auch Protestschreiben an den sowjetzonalen Gesundheitsminister, Dr. Steidle, in dieser Angelegenheit sind unbeantwortet geblieben. Dr. Konrad Fischer, der 1951 sein Staatsexamen und seine Promotion in Göttingen mit „Sehr gut“ abgeschlossen hatte und aus idealistischen Gründen seine ärztliche Tätigkeit in der Sowjetzone aufgenommen hatte, wurde aus unbekanntem Gründen, angeblich als westdeutscher Agent, verhaftet, ohne daß bisher eine Möglichkeit bestand, ihm eine Rechtsbeihilfe zu beschaffen. In einer Erklärung der Göttinger Universität zu diesem Vorfall hieß es unter anderem: „Wenn Vorkommnisse dieser Art nicht ein für allemal unterbleiben, ist nicht nur jede Empfehlung an unsere Studenten, ihre Verpflichtung für den Ostteil unseres Vaterlandes ernst zu nehmen, zur Unglaubwürdigkeit verurteilt, sondern auch die wissenschaftliche Zusammenarbeit, die hier und da noch zwischen Ost und West besteht, aufs schwerste gefährdet.“

Der Mietzuschlag bei Altbaumieten Klärung von Zweifelsfragen

(C.) Auf Grund der „Verordnung über einen allgemeinen Mietzuschlag bei Wohnraum des Althausbesitzes“ vom 27. 9. 1952 darf bekanntlich die Miete für Wohnraum, der vor dem 1. April 1924 bezugsfertig geworden ist, um 10 vom Hundert erhöht werden.

Vielfach sind Geschäftsräume wegen ihres räumlichen oder wirtschaftlichen Zusammenhanges mit Wohnräumen zugleich mit diesen vermietet oder verpachtet und unterliegen nach dem Geschäftsraummietengesetz noch den Preisvorschriften. In derartigen Fällen kann die auf die Wohnräume entfallende anteilige Miete um 10 v.H. erhöht werden, während der Vermieter für den geschäftlich genutzten Teil der Mieträume einen Zuschlag erheben darf, der seiner wirtschaftlichen Mehrbelastung entspricht.

Wird eine Wohnung mit nicht mehr als der Hälfte der Wohnfläche zu anderen als Wohnzwecken benutzt, so darf die gesamte Miete um 10 v.H. erhöht werden.

Der Mietzuschlag ist von der Miete zu berechnen, die für die letzte Mietzeit vor dem 1. Oktober in preisrechtlich zulässiger Weise vereinbart war. Dies ist entweder die am 17. 10. 1936 gezahlte oder die mit Zustimmung der Preisbehörde später festgelegte Miete.

Von dieser Miete sind vor Berechnung des 10prozentigen Zuschlags abzuziehen:

1. die Umlagen für Wasserverbrauch, soweit sie über den in der Miete enthaltenen Pauschalbetrag für Wasserverbrauch hinausgehen,
2. die Brennstoffkosten, Anfuhrkosten für die Brennstoffe und die Kosten oder Bedienung für Heizungs- und Warmwasserversorgungsanlagen,



West-Berlin

Antirheumaticum

Salipur
Salicylamid purum

40 Dragées DM1.10

Antipyreticum

Salichin
Salicylamid · Chinin ·
Vitamin C

18 Dragées DM1.-

Analgeticum

Salimed
Salicylamid · Amidopyrin
Phenazetin · Coffein

20 Dragées DM0.80

3. die seit dem 1. April 1945 in zulässiger Weise vereinbarten Umlagen für laufende Mehrbelastungen wie Grundsteuer- und Gebührenerhöhungen,
4. die nach der Verordnung über Maßnahmen auf dem Gebiete des Mietpreisrechts in zulässiger Weise vereinbarten Untermietzuschläge.

Wenn der Mietpreis durch die Preisbehörde nach dem 1. 10. 1952 auf Antrag des Vermieters erhöht wird, so kann auf der Grundlage der durch die Preisbehörde festgesetzten Miete noch der Mietzuschlag von 10 v.H. berechnet werden.

Mit Geldstrafe wird bestraft, wer als Vermieter oder als dessen Beauftragter einen höheren als den nach den vorstehend genannten Bestimmungen zulässigen Mietbetrag sich versprechen läßt, fordert oder annimmt oder als Mieter einen höheren Mietbetrag zu zahlen verspricht oder zahlt.

Damit sind die Bestimmungen der Verordnung über die Erhebung eines allgemeinen Mietzuschlags bei Wohnraum des Althausbesitzes, die am 1. Oktober 1952 in Kraft getreten sind, erschöpft.

Sowohl Mieter als auch Vermieter vermischen aber eine ausdrückliche Bestimmung darüber,

von welchem Zeitpunkt an der Mietzuschlag in Höhe von 10 Prozent verlangt werden kann.

Nach § 3a des Mieterschutzgesetzes kann der Vermieter auf Aufhebung des Mietverhältnisses klagen, wenn der Mieter sich weigert, eine von der zuständigen Preisbildungsstelle für Mieten genehmigte Mieterhöhung anzuerkennen. Die Mietaufhebungsklage steht dem Vermieter ebenfalls zu, wenn der Mieter sich weigert, der Aufforderung des Vermieters zur Erhöhung des Mietpreises im Rahmen der eingangs erwähnten Verordnung nachzukommen. Nach § 5 des Mieterschutzgesetzes ist das Mietverhältnis alsdann für den Zeitpunkt aufzuheben, für den eine zur Zeit der Klageerhebung erfolgende Kündigung zulässig sein würde, entweder nach dem Mietvertrag oder in Ermangelung eines solchen nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Viele Mieter vertreten nun den Standpunkt, sie seien auch nach der neuen Verordnung nicht verpflichtet, während der Dauer der vereinbarten Mietzeit bzw. bis zu dem Zeitpunkt der ersten Kündigungsmöglichkeit einer Mieterhöhung zuzustimmen, weil durch eine Verordnung nicht in bestehende privatrechtliche Verträge eingegriffen werden könne. Sie erklären sich erst nach Ablauf der vertraglich festgelegten Mietzeit bzw. der Kündigungsfrist bereit, die erhöhte Miete zu zahlen. Ob die Mieter mit diesem Einwand Erfolg haben werden, kann nur durch die Rechtsprechung geklärt werden. Sicherlich werden bei der ungeklärten Rechtslage die Urteile der Gerichte zugunsten, aber auch zuungunsten der Mieter ausfallen können. Der Ausgang eines Prozesses läßt sich mit Sicherheit nie voraussagen. Hier kommt für den Mieter noch die Gefahr hinzu, zugleich mit dem Prozeß auch seine Woh-

nung zu verlieren, ein Risiko, das einzugehen wohl überlegt sein-will.

Dr. jur. Cordes
(23) Vechta, Falkenrotterstr. 30

K.V.D.A.

Kraftfahrervereinigung Deutscher Ärzte e. V.

Es ist zu hoffen, daß die K.V.D.A. noch vor Ablauf des Jahres das erste Tausend der Mitglieder erreicht haben wird. Um den noch abseits stehenden kraftfahrenden Kollegen von der Zweckmäßigkeit der K.V.D.A. Kenntnis zu geben, wird auf Anforderung kostenlos und unverbindlich die Nummer 1 der soeben wieder neu erschienenen KVDA-Mitteilungen zugesandt. Anzufordern durch die K.V.D.A.-Hauptgeschäftsstelle, Hamburg 13, Oderfelderstraße 21.

Jubiläum in der Firma Merck, Darmstadt

Dr. Dr. h. c. Karl Merck, der Seniorchef der Chemischen Fabrik E. Merck, Darmstadt, feierte am 1. Oktober d. J. sein 40jähriges Dienstjubiläum. Der Bundespräsident verlieh ihm aus diesem Anlaß das Großkreuz des Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland, das der hessische Innenminister Zinnkann dem Jubilar in einer Betriebsfeier überreichte. Gleichzeitig wurde anlässlich des 125jährigen Bestehens der Fabrik ein von der Belegschaft gestiftetes Denkmal enthüllt.

Das Jubiläumsheft, das bei diesem Anlaß herausgegeben wurde, zeigt, wie eng die Familie und das Werk des Merck'schen Unternehmens mit der Geschichte und Entwicklung der chemisch-pharmazeutischen Forschung verbunden ist.

AUS DER FAKULTÄT

Erlangen: Dr. Dr. Gunther Barth, wissenschaftl. Assistent an der Medizinischen Klinik, wurde zum Priv.-Dozent für Strahlenheilkunde und Physikalische Therapie ernannt.

Dr. Friedrich Stelzner, wissenschaftl. Assistent an der Chirurgischen Klinik Erlangen, wurde zum Priv.-Dozent für Chirurgie ernannt.

München: Prof. Dr. Konrad Bingold wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät ernannt.

PERSONALIA

München. Auf der diesjährigen Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie wurden Prof. Dr. Martin Wassmund, Berlin, zum 1. Vorsitzenden, Prof. Dr. Otto Hofer, Linz, zum 2. Vorsitzenden und Dr. Dr. habil. Fritz Schön, Bad Reichenhall, zum Schriftführer gewählt.

IN MEMORIAM

In Bad Oy/Allg. starb im Alter von nahezu 82 Jahren Dr. med. Friedrich Vogl, der dort im Ruhestand lebte,

EUSEDON

Neurosedativum



In umfangreichen pharmakolog. Testreihen eingestellt
auf
ausgewogen-harmonischen Wirkungs-
charakter u. hohen Verträglichkeitsindex

- 1) Angenehme Nervenberuhigung (bei Tagesdosierung)
- 2) Erquickender Schlaf (bei Nachdosierung)

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

Bei RHEUMA → Thermulsion

MEISSNER & CO.
Chem. pharm. Präd.
Bayr. Gm.ain

seitdem er seine Allgemeinpraxis in Kottern bei Kempten im Jahre 1938 aufgegeben hatte.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Heinrich Zenker †

Am 14. Oktober 1952 verstarb in München der Gehelme Sanitätsrat Dr. Heinrich Zenker. Nach Jahren segensreicher Berufstätigkeit an der Seite seines sozial eingestellten Freundes und Augenarztes, weiland Herzog Carl Theodor in Tegernsee, entstand die vorbildliche „Augenheilanstalt Herzog Carl Theodor“ in München. Auch hier noch anfangs an der Seite des herzoglichen Freundes, bewältigte Zenker später, ohne ärztliche Hilfskräfte in Anspruch zu nehmen, die ausgedehnte ambulante und stationäre Praxis aus Stadt und Land kommend allein, bis er die Unterstützung seines Sohnes, des jetzigen Leiters der Anstalt finden konnte.

Das Wohnhaus Dr. Zenkers in der Thorwaldsenstraße bildete für die älteren Münchener einen Begriff als Zentrum bester Münchener Geselligkeit und Kulturpflege.

Bis ins hohe Alter stand Zenker seiner Anstalt immer noch, mindestens beratend, zur Seite, fehlte nie bei Sitzungen der Ophthalmologischen Gesellschaft oder des Ärztlichen Vereins und zeigte sich stets aufgeschlossen für alle Fortschritte auf wissenschaftlichem Gebiet.

Heute ruht er in der Erde des über alles geliebten Tegernseer Tales.

Dr. Sautier.

RUNDSCHAU

Medizinische Staatsexamina in den USA im Jahre 1951. Die verschiedenen Staaten und die angegliederten Gebiete der USA haben im Jahre 1951 12 008 Kandidaten die Lizenz als Ärzte erteilt. 2,9% der Kandidaten der anerkannten nordamerikanischen Medizinischen Fakultäten bestanden das Examen nicht. Von den Kandidaten, die im Ausland ausgebildet waren, erfüllen dagegen 47,9% die Examenbedingungen nicht. (Med. Klinik Nr. 39/52)

Geburtenziffern sinken. In allen westeuropäischen Ländern mit Ausnahme von Irland und Luxemburg ist die Geburtenzahl im Verhältnis zur Bevölkerungszahl im vergangenen Jahr abgesunken. Die höchste Geburtenziffer unter den westeuropäischen Ländern hat Malta mit 30,1 Geburten auf 1000 Einwohner. Es folgten Portugal mit 24,1, Finnland mit 22,9 und Irland mit 21,2 Geburten auf 1000 Einwohner. In der deutschen Bundesrepublik wurden 15,7 Geburten auf 1000 Einwohner gemeldet. Ungefähr die gleiche Zahl wurde auch in Schweden, Luxemburg, Österreich, England und Wales verzeichnet. Die niedrigste Geburtenzahl hatte Triest mit 10,5 auf 1000 Einwohner aufzuweisen. (Mü. Merkur Nr. 245/52)

Schweigepflicht abgelehnt. Der Vorstand der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, dem 44 Ortskrankenkassen des Bundesgebietes angehören, lehnte auf einer in Berlin abgehaltenen Sitzung die vom Deutschen Ärztetag erhobene Forderung nach Wiedereinführung der traditionellen Schweigepflicht des Arztes ab. Nach Ansicht des Vorstandes würde eine Verwirklichung dieser Forderung ernste Folgen für die Unfall- und Rentenversicherung haben. Ohne die den Kassenärzten auferlegte Pflicht zur Berichterstattung sei es auch den Krankenversicherungen unmöglich, die im Interesse der Volksgesundheit notwendigen Abwehrmaßnahmen zu treffen.

Diskussion um ärztliche Schweigepflicht geht weiter. Die nordwürttembergische Ärztekammer erklärt zu den Äußerungen des Vorstandes der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, daß es gegenüber den Krankenkassen keine absolute Schweigepflicht geben dürfe, die Ortskrankenkassenverbände hätten sich offenbar nicht genügend mit den Vorschlägen des Deutschen Ärztetages befaßt. Der Deutsche Ärztetag habe brauchbare Empfehlungen ausgearbeitet, welche die berechtigten Interessen der sozialen Krankenversicherungen wahrten, ohne daß es notwendig sei, das Geheimnis des Kranken in der bisher üblichen Weise preiszugeben. Die soziale Krankenversicherung sollte nicht vergessen, daß es sich bei den Versicherten um Kranke und nicht „um Statisten auf der Bühne der Bürokratie“ handle. Die Ärztekammer stellt weiter fest, daß den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer statistischen Verpflichtung jedes notwendige Material unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht zur Verfügung gestellt werden könne.

Abnahme der Kinderlähmung. In fast allen Gegenden des Bundesgebietes klingt die Kinderlähmung ab. Aus Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz kommt diese erfreuliche Nachricht. Die tödliche Krankheit hat in diesem Jahr, wie Aufstellungen aus den einzelnen Bundesländern ergeben, 406 Todesopfer gelodert. 6244 Kinder und Erwachsene erkrankten an Kinderlähmung. Die Krankheit ist besonders in Nordrhein-Westfalen aufgetreten, wo sogar die Sommerferien verlängert wurden, um die Ansteckungsgefahr zu mindern. 3450 Menschen erkrankten dort und 215 von ihnen erlagen der Krankheit.

Ostzone Sozialversicherung in Anflözung. Selbstverwaltung der Sozialversicherung in der Ostzone völlig abgeschafft: „Die Leistungen der Sozialversicherung sind für die Versicherten in den volkseigenen Betrieben nach der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Industriezweige zu stellen. An die Stelle von Krankenscheinen treten Berechtigungsscheine, die quotale zugeteilt werden. Die staatliche Planbürokratie bestimmt also, wieviel Arbeiter oder Angestellte im Laufe eines Zeitabschnittes krank sein dürfen.“ Vgl. das DGB-Organ „Die Quelle“, 1952, 5. (DMI 7/8/52)

Politische Ehescheidungen. Nach Mitteilung des Untersuchungsausschusses freierlicher Juristen werden Studenten in der Ostzone nicht mehr zum Studium zugelassen, wenn ein Elternteil in West-Berlin oder der Bundesrepublik wohnhaft ist. Eine daraufhin eingeleitete Ehescheidung kann ohne Beweisaufnahme aus Verschulden des nicht in der Sowjetzone lebenden Ehepartners vorgenommen werden.

Lebensretter DDT. Im Jahre 1947 wurde auf der Insel Ceylon, wo Malaria die bedeutendste Gesundheitsgefährdung darstellt, zum ersten Male DDT in großem Stil angewendet. Der Erfolg war durchschlagend: die Sterblichkeit Ceylons wurde seither auf fast die Hälfte reduziert. Auch in anderen Teilen Asiens, wie Indien, Pakistan und Thailand, erzielte die in Zusammenarbeit zwischen den Vereinten Nationen und der jeweiligen Landesregierung durchgeführte Bekämpfung der Malaria übertragenden Insekten ausgezeichnete Erfolge. (Med. Klinik Nr. 39/52)

Berichtigung

In einer Notiz über den 55. Deutschen Ärztetag in Berlin wurde in Heft 9/1952, S. 135 irrtümlicherweise als Gast des Deutschen Ärztetages der Präsident des Schweizer Ärztebundes Herr Dr. Torsten genannt. Wie uns das Generalsekretariat der Schweizer Ärzteorganisation lebenswürdigerweise mitteilt, lautet der Name des Präsidenten Dr. Forster.

Moorbad Wetterstein in München, Grünwalderstraße 26, Tel. 49 41 30 und 49 27 47

am Fußballstadion 1860, Original-Moorbäder, kein Extrakt, kein Ersatz, sondern bestes frisches, alpines Hochmoor, bei spinaler Kinderlähmung, Gicht, Rheuma, Ischias, Frauenleiden, nach Operationen etc., Unterkunit für auswärtige Gäste in der Pension Wetterstein im gleichen Hause möglich, Fußpflege, Massage und alle med. Bäder. Das Moorbad Wetterstein liegt am Beginn des Villenvorortes Harlaching und bietet herrliche Spaziergänge am Isarhang bis Grünwald. Geöffnet täglich von 8 bis 19 Uhr einschl. Samstag. Straßenbahnhelfestelle Wettersteinplatz, Linien 12, 15 und 25

AMTLICHES

Stellenausschreibung für die Staatlichen Gesundheitsämter

Nach einer Bekanntmachung des BStMdl. vom 20. Oktober 1952 Nr. III 1a-5010 a 66 sind die Amtsarztstellen bei den Staatl. Gesundheitsämtern München-Land, Sulzbach-Rosenberg und Rehau neu zu besetzen. Bewerber können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben, im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind oder waren und die für die Leitung eines Gesundheitsamtes erforderliche fachliche Eignung besitzen. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen. Ärzte, die bereits bei einem Staatl. Gesundheitsamt tätig sind, richten ihr Gesuch an die für ihren Dienort zuständige Regierung. Die Gesuche müssen gesondert für jede Stelle bis spätestens 13. November 1952 eingegangen sein. Mitteilung an die Bewerber ergeht nur bei Einstellung.

Die Arztstelle für den Facharzt für Lungenkrankheiten am Staatl. Gesundheitsamt Regensburg ist neu zu besetzen. Die Anstellung erfolgt nach Verg.-Gr. III TO. A (keine Beamtenstelle). Bewerber können sich Ärzte, die die Facharztanerkennung für Lungenkrankheiten besitzen. Den Bewerbungsgesuchen sind beizufügen: Der Lebenslauf, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde, der Facharztanerkennung und des Spruchkammerentscheids. Die Bewerbungsgesuche sind bis spätestens 24. November 1952 an das Bayer. Staatsministerium des Innern — Gesundheitsabteilung — München, Briener Str. 55, einzureichen.

Vergehen gegen das Opiumgesetz

Aus einem Schreiben des Bayer. Staatsministeriums des Innern geben wir nachstehende Mitteilung wieder:

Nach einer Mitteilung des Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen wurde Dr. med. Jürgen Kopp, geb. 19. 8. 1916 in Ebernburg/Pfalz, früher wohnhaft in Mülheim-Ruhr, Schloßstr. 74, derzeitiger Aufenthaltsort unbekannt, durch Urteil des Schöffengerichtes in Mülheim-Ruhr vom 17. 4. 1951 — 5 Ms 34/51 — wegen Vergehens nach §§ 1, 3, 10 Abs. 1 Ziffer 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 10. 12. 29 — RGBl. I S. 215 — in der Fassung der Gesetze vom 22. 5. 33 — RGBl. I S. 287 — und vom 9. 1. 34 — RGBl. I S. 22 — und der VI. VO, über die Unterstellung weiterer Stoffe unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes vom 12. 6. 41 — RGBl. I S. 328 — zu einer Geldstrafe von 100.— DM ersatzweise 10 Tage Gefängnis — kostenpflichtig verurteilt. Der Genannte hatte Pervitin ohne die vorgeschriebene Erlaubnis erworben und für sich verwandt. Dr. Kopp ist durch den Herrn Regierungspräsidenten in Düsseldorf schriftlich darauf aufmerksam gemacht worden,

daß im Falle eines Rückfalles in die Pervitinsucht seine Approbation nach § 7 der Reichsärzteordnung für ruhend erklärt werden wird.

Nach einem Bericht des Gesundheitsamtes in Mülheim-Ruhr ist Dr. K. im Dezember 1951 wegen Alkoholismus der Landesheilanstalt Düsseldorf-Grafenberg zugeführt worden. Vor einiger Zeit ist er dann von Mülheim-Ruhr, unbekannt wohin, verzogen. Dr. K. soll vorübergehend in der russischen Besatzungszone tätig gewesen sein, diese jedoch wegen erneut aufgetretener Süchtigkeit wieder verlassen haben.

Neuerdings soll Dr. Kopp nach Bayern verzogen sein, wo er versuchen wird, ärztliche Tätigkeit aufzunehmen. Es erscheint zweckmäßig, die Gesundheitsämter auf Dr. Kopp aufmerksam zu machen.

I. A.: gez. Hopfner,
Regierungsdirektor.

Schluß des redaktionellen Teils

Isonikotinsäurehydrazid. „Wie uns die Firmen F. Hoffmann-La Roche & Co. A. G., Basel, und die Farbenlabriken Bayer, Leverkusen, mitteilen, haben diese nach gegenseitiger Einsichtnahme in die einschlägigen Akten festgestellt, daß sie im Rahmen einer völlig unabhängigen Forschung auf dem Gebiet der Tuberkulose das Hydrazid der Isonikotinsäure als Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose erkannt haben. Das Isonikotinsäurehydrazid wurde von beiden Firmen unabhängig voneinander im Jahre 1951 in die klinische Erprobung eingewiesen.“

(Kleine Mitteilung der „Schweiz. med. Wschr.“ Nr. 55/1952.)

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

CIBA Aktiengesellschaft, Wehr/Baden

Dr. Rudolf Reiff, Chemische Werke, Berlin NW 87, Erasmushof

Dr. Schwab & Co., München, Martiusstr. 8

Asid Serum-Institut GmbH, Berlin W 35.

„Bayerisches Arzteblatt“, Organ der Bayerischen Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königinstraße 23, Schriftleiter Dr. Wilhelm Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6, Telefon 6 31 21-23, 6 23 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25-27, Telefon 2 51 33. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139.00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“), Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 49, Tel. Sammel-Nr. 2 53 31, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

Veröffentlichung gemäß § 8 Abs. 3 des Gesetzes über die Presse vom 3. 10. 1949: Inhaber des Richard Pflaum Verlages ist die Richard Pflaumsche Erbengemeinschaft mit Anteilen von Frau Violet Pflaum, geb. Price, München, zu 1/4, Frau Elfriede Meckel, geb. Pflaum, München, und Herrn Carl Heinz Pflaum, London, zu je 1/4. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.



→ - ELIXIR DM 1.55
→ - TROPFEN DM 1.15
→ - VEGETABILE DM 1.55

Bronchicum - Nattermann-

Reich an seltenen und edlen Wirkstoffen. Flochkonzentriert.

