BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 8 | MÜNCHEN, August 1954 | 9. Jahrgang

Das Arzttum in Deutschland

Gedanken über seine zukünftige Entwicklung

Von Senator Dr. Karl Weiler, Präsident der Bayer. Landesärztekammer

In der ganzen zivilisierten Welt gilt der Arzt neben dem Priester und dem Richter als eine der Hauptstützen der Kultur. Diese Stellung legt auch dem Arzt ungewöhnliche Pflichten auf, deren Erfüllung ihn berechtigt, sich als Kulturträger zu fühlen und eine dementsprechende Achtung in der menschlichen Gesellschaft zu erwarten. Wie dem Priester und dem Richter obliegt dem Arzt die besondere Pflicht, sich bei der Berufsausübung einer außerordentlich großen Verantwortlichkeit für das Wohl der Allgemeinheit bewußt zu sein.

Seine Berufung, als Diener der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit zu wirken, verpflichtet den Arzt bei seiner Berufstätigkeit zum vollen Einsatz seiner Persönlichkeit, seines Wissens und Könnens und zur selbstlosen Anwendung der ärztlichen Kunst. Dieser Aufgabe kann der Arzt nur dann wirklich gerecht werden, wenn ihm — ebenso wie dem Priester und dem Richter — die Berufsfreiheit gewährt ist, deren Grenzen durch die Grundsätze der ärztlichen Ethik bestimmt sind.

Unabdingbare Voraussetzung für Bestand und Erhaltung eines echten als Kulturfaktor wirkenden Arzttums ist daher die Sicherung der Freiheit des Arztes bei seiner Berufstätigkeit, damit er als der berufene Helfer der Kranken und Diener der Volksgesundheit seiner hohen kulturellen Sendung entsprechend wirken kann. Die Erkenntnis der ausschlaggebenden Bedeutung der ethischen Grundlagen des Arzttums für die Sicherung der Volksgesundheit war auch entscheidend für die Einrichtung einer gesetzlich geregelten ärztlichen Berufsvertretung.

Die ihr anvertraute Obsorge für die Erhaltung einer ethisch hochstehenden Ärzteschaft verpflichtet sie alles zu tun, was zur Sicherung des Fortbestandes eines echten Arzttums notwendig erscheint. Diese Aufgabe erfordert auch eine sorgfältige Beobachtung aller Erscheinungen, die eine Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit erkennen oder befürchten lassen. Beim Auftreten ernster Gefahren muß die ärztliche Berufsvertretung Stellung nehmen und alle erfolgversprechenden Abwehrmaßnahmen ergreifen.

Mannigfache Vorgänge geben Anlaß zu schwerwiegenden Bedenken und zu ernstester Sorge um die Erhaltung eines echten Arzttums in Deutschland, worunter hier das von deutschen Menschen bewohnte Siedlungsgebiet in Europa gemeint ist. Es erscheint daher eine klare Stellungnahme der gesamten deutschen Ärzteschaft zu dieser brennenden Frage geboten. Sie kann nicht von der Ärzteschaft eines einzelnen deutschen Landes entschieden werden, auch nicht von mehr oder weniger bedeutsamen Gruppen von Ärzten, viel weniger noch von einer einzelnen Persönlichkeit.

Wenn ich hier meine eigenen Gedanken über zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten des Arzttums in Deutschland bekanntgebe, so kann diesem Unternehmen nur die Bedeutung eines Versuchs zukommen, eine verantwortungsbewußte Beachtung der überaus ernsten, ja kritischen Lage des Arzttums zu fördern. Die Darlegungen sollen mit dazu dienen, den Blick aller dazu Berufenen zu schärfen und ihren Willen zu kräftigen, der dringend erforderlichen Planung von Abwehrmaßnahmen gegen einen Verfall des Arzttums die gebotene Aufmerksamkeit zu schenken.

Auswirkungen des Wechsels der Allgemeinverhältnisse und der weltanschaulichen Einstellungen beeinflußten die ethische Haltung der Ärzteschaft zeitweilig mehr oder weniger einschneidend. Seit mehr als zweitausend Jahren blieben die von dem großen griechischen Arzt Hippokrates aufgestellten Grundsätze des Arzttums für die Ärzte aller Kulturländer maßgeblich. Es bedarf hier keiner Darstellung weit zurückliegender, zeitbedingter Schwankungen der vollen Geltung dieser Grundsätze. Eine Behandlung der Frage der Weiterentwicklung des Arzttums in Deutschland erfordert aber einen Rückblick auf die für seine bisherige Entwicklung in neuerer Zeit entscheidenden geschichtlichen Tatsachen und Vorgänge.

Der deutsche Arzt erfreute sich in der Zeit bis kurz vor der Gründung des deutschen Kaiserreiches gemeinhin in und außerhalb seines Vaterlandes, das als „Land der Dichter und Denker" auch auf dem Gebiete des medizinischen Fortschrittes mit in vorderster Linie wirkte, besten Ansehens. Seiner Berufstätigkeit konnte der deutsche Arzt in der den Bedingungen echten Arzttums entsprechenden Art und Weise nachgehen; die Freiheit seiner Berufsausübung war nur durch den Rahmen der ärztlichen Ethik begrenzt.

Die deutsche Gewerbeordnung des Jahres 1869 führte — im Gegensatz zu den Gebräuchen in fast allen europäischen und auch den meisten zivilisierten außereuropäischen Ländern — eine völlige Kurierfreiheit ein. Diese gestattete allen deutschen Staatsbürgern ohne jede Rücksicht auf deren Vorbildung die Ausübung der Heiltätigkeit. Die Einführung der Kurierfreiheit schränkte nicht nur das Arbeitsfeld des Arztes ein, sie bedeutete auch eine unerhörte Herabwürdigung seiner wissenschaftlichen Ausbildung. Eine Schwächung der Festigkeit der ethischen Haltung des Arztes konnte nicht ausbleiben.

Seit Gründung des deutschen Kaiserreiches war der Arzt den freien Gewerbetreibenden zugeordnet. Dies berechtigte ihn, seinen Beruf nach den Grundsätzen freien wirtschaftlichen Gewinnstrebens auszuüben. Die Anwendung solcher Grundsätze bei der Betreuung kranker Men-

schen widersprach nicht nur den sittlichen Anschauungen der überwältigenden Mehrheit der Ärzte, sondern auch denen der Allgemeinheit. Auch deren Ansicht ging dahin — sie tut dies wohl auch heute noch —, daß der dem gesundheitlichen Wohl aller dienende Beruf des Arztes auf einer höheren Stufe stehen soll und steht, als auf der von Berufen beanspruchten, die vornehmlich zur Sicherung der eigenen Wohlfahrt ergriffen werden.

Die Ende des Jahres 1937 erfolgte Wiedereingliederung des Arztes in die Gemeinschaft der freien Berufe schaltete die mit seiner Einbeziehung in den Kreis der Gewerbetreibenden verbundene Gefährdung seiner ethischen Haltung zwar wieder aus, doch war schon eine Erschütterung der Festigkeit des Arzttums in Deutschland eingetreten. An jene nun nicht mehr bestehende Einrichtung mußte hier auch deshalb erinnert werden, weil sie zeigte, daß gesetzliche Einrichtungen, deren Auswirkungen der gesundheitlichen Wohlfahrt des Volkes abträglich sind, trotz besserer Einsicht der Allgemeinheit jahrzehntelang fortbestehen können.

Größte Bedeutung für die Entwicklung des Arzttums in Deutschland gewann das am 13. Juni 1883 als erstes Sozialversicherungsgesetz der Welt erlassene deutsche Krankenversicherungsgesetz. Bei seiner Vorbereitung hatte man geglaubt, der Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft entraten zu sollen. Diese Unterlassung wurde stark beklagt, doch hätten Vertreter der Ärzteschaft, wenn sie damals zur Mitberatung zugezogen worden wären, die für den Fortbestand des echten Arzttums in Deutschland im Laufe der Zeit höchst bedeutsam gewordenen Folgen des Krankenversicherungsgesetzes kaum voraussehen können. Die Grundsätze der ärztlichen Ethik hätten keinen Widerspruch gegen dies erste, zur Sicherung der Gesundheit der im Krankheitsfalle zur Selbsthilfe nicht fähigen Bevölkerungsschicht erlassene Gesetz erlaubt. Der Gesetzgeber durfte daher die grundsätzliche Zustimmung der deutschen Ärzteschaft zu seinem Vorgehen voraussetzen.

Der seiner hohen Sendung bewußte Arzt gewährt dem kranken Menschen selbstlos auch dann seine Hilfe, wenn dessen wirtschaftliche Verhältnisse keine entsprechende oder überhaupt keine Honorierung der ärztlichen Leistung erwarten lassen. Da zunächst nur wirtschaftlich tatsächlich Schwache in den Kreis der Zwangsversicherten einbezogen wurden, bestand für den Arzt kein Anlaß, in der geringen Bezahlung seiner Arbeit im Rahmen dieser Versicherungsgesetzgebung einen Mißbrauch seiner selbstauferlegten ethischen Verpflichtung zur Opferbereitschaft zu erblicken.

Die Ärzteschaft erhob nur Einwendungen gegen die Durchführung des Gesetzes, soweit diese dem Erkrankten nicht gestattete, jeden Arzt seines Vertrauens zu Rate zu ziehen, ihn vielmehr nötigte, sich an einen zu seiner Betreuung vorbestimmten Arzt zu wenden. Die unablässigen Bestrebungen der Ärzteschaft führten zur Einrichtung der sog. freien Arztwahl, die es dem Versicherten erlaubte, jeden Arzt in Anspruch zu nehmen, der sich zur Teilnahme an der Behandlung Zwangsversicherter bereit erklärte.

Das in der sozialen Krankenversicherungsgesetzgebung zum Ausdruck gelangte Naturrecht auf Gesundheit und Leben auch der Ärmsten verpflichtet auch zu einem ungewöhnlichen sozialen Gesundheitsgewissen. Dessen Beachtung konnte kaum ohne eine entsprechende erzieherische Beeinflussung der Massen erhofft werden. Tatsächlich trat denn auch bald eine verbreitete Bereitschaft zu Tage, das vom Gesetzgeber bestätigte soziale Recht in Anspruch zu nehmen, ohne die damit verbundene soziale Pflicht zu beherzigen.

Solange die Zwangskrankenversicherung auf den Kreis der Personen beschränkt blieb, die infolge ihrer bedrängten wirtschaftlichen Lage zur Selbsthilfe im Krankheitsfalle nicht fähig erschienen, kam der antisozialen Begleiterscheinung dieses Zweiges der sozialen Gesetzgebung keine große Bedeutung für das Arzttum zu. Dieses wurde erst mit der gedanken- und bedenkenlosen Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf weiteste, seiner nicht bedürfende Volkskreise einer nicht ernst genug zu nehmenden Gefährdung ausgesetzt.

Die Erkenntnis dieser Gefahr und Beobachtungen ihrer verhängnisvollen Auswirkungen veranlaßten die im Weltärztebund verkörperte Gemeinschaft der Ärzte aller Kulturländer zur Aufstellung klarer und eindeutiger Grundsätze für die Ausübung des ärztlichen Berufes im Rahmen sozialer Gesetze oder Einrichtungen. Die der Erhaltung eines echten Arzttums dienenden Richtlinien lassen sich in folgenden Forderungen zusammenfassen:

1. Freie Arztwahl durch den Kranken. Freie Wahl des Kranken durch den Arzt (außer in Notfällen). Freie Wahl des Krankenhauses durch den Kranken.
2. Keine Einmischung Dritter in das Vertrauensverhältnis von Arzt und Krankem. Keine Beschränkung der Medikation oder Behandlungsart für den Arzt (außer zur Verhütung von Mißbrauch).
3. Keine Abhängigkeit der Bezahlung ärztlicher Dienstleistungen von der wirtschaftlichen Lage einer Versicherungsorganisation.
4. Beschränkung aller Pflichtversicherungspläne auf Personen, die zur Selbsthilfe im Krankheitsfalle wirtschaftlich nicht fähig sind.
5. Offene Tür für die Teilnahme jedes approbierten Arztes an allen der sozialen Versicherung dienenden Einrichtungen.

Diesen klaren, keiner besonderen Erläuterung bedürfenden Richtlinien entsprechen die Bedingungen, unter denen der Arzt in Deutschland die Betreuung der von der gesetzlichen Zwangsversicherung erfaßten Kranken zu besorgen hat, in gar keiner Weise.

Insbesondere ist es keineswegs allen zur selbständigen Krankenbehandlung berechtigten Ärzten gestattet, an der Behandlung der Zwangsversicherten teilzunehmen. Die ständig wachsende Zahl der davon ausgeschlossenen Ärzte wird in absehbarer Zeit bereits ebenso groß sein wie die der zugelassenen.

Die Pflichtversicherung ist längst nicht mehr auf die Personen beschränkt, die ihrer mangels einer entsprechenden Fähigkeit zur Selbsthilfe wirklich bedürfen. Dies zeigt schon die Tatsache, daß rund 80 v. H. der im deutschen Bundesgebiet lebenden Menschen pflichtgebunden — oder gesetzlich dazu berechtigt freiwillig — nach den Bedingungen des Zwangsversicherungsgesetzes ärztlich zu behandeln sind.

Im Gegensatz zu der Forderung einer Unabhängigkeit der Bezahlung ärztlicher Dienstleistung von der wirtschaftlichen Lage der Versicherungsorganisation ist diese durchaus bestimmend für die Bezahlung der ärztlichen Arbeit, da dazu lediglich die Einnahmen aus den Versicherungsbeiträgen verfügbar sind und die wirtschaftliche Lage des Versicherten selbst völlig unberücksichtigt bleibt.

Die unbedingt erforderliche Freiheit der ärztlichen Berufsausübung ist bei der Behandlung Zwangsversicherter nicht mehr gewahrt. Die weitgehende Einmischung der mit der Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes Beauftragten in das Vertrauensverhältnis von Arzt und Krankem und die bedenkliche Beschränkung der Medikation und der Behandlungsart des Arztes bei der Behandlung der Zwangsversicherten engt die ärztliche Berufsfreiheit weitgehend ein.

Wenn auch eine gewisse freie Wahl des Arztes durch den Kranken insoweit besteht, als diesem in großen Wohnsiedlungen die Wahl unter einer mehr oder weniger großen Zahl von Ärzten freisteht, so ist diese Freiheit doch gemeinhin durch den Ausschluß sehr zahlreicher Ärzte von der Behandlung Zwangsversicherter stark beeinträchtigt. Auch steht dem Versicherten die Wahl des Krankenhauses nicht völlig frei. Die Freiheit des Arztes

in der Wahl des Kranken, d. h. das dem Arzt als freiberuflich tätigem Menschen unbedingt zustehende Recht, die Behandlung eines Kranken — außer in Notfällen — abzulehnen, besteht praktisch so gut wie nicht mehr.

Die den Grundsätzen freier ärztlicher Berufsausübung geradezu Hohn sprechende Art der Tätigkeit des Arztes im Rahmen der Krankenversicherungsgesetzgebung mußte zu einer schweren Schädigung des Arzttums in Deutschland führen. Verstärkt wird diese noch durch die unwürdige Art der zudem unzureichenden Bezahlung der ärztlichen Leistungen. Diese ist nicht nur vollkommen abhängig von der wirtschaftlichen Lage der Versicherungsorganisation, d. h. hier der Krankenkasse. Sie wird auch wesentlich mitbestimmt, von einer mehr oder weniger gerechten Verteilung eines Pauschales, das nur abhängig ist von der wirtschaftlichen Lage der Kassen, nicht aber vom Krankenstand. Der Kassenarzt ist daher als Erfüllungsgehilfe bei der Durchführung der Behandlung Zwangsversicherter und insofern als Arbeitnehmer in der einzigartigen Lage, zur Zeit seiner Arbeitsleistung gar nicht zu wisssen, welche Bezahlung er dafür erhält, da sich dies erst bei der vierteljährlichen Verteilung der Pauschalsumme herausstellt. Diese bringt dann manchmal recht unliebsame Überraschungen.

Was würde ein deutscher Arbeiter anderer Art zu einer solch unsicheren Bezahlung seiner Arbeitsleistung sagen? Die Antwort möge sich der deutsche Arzt selbst geben. Leider vermag ich ihn nicht aufrichtig zu bedauern, da er schließlich selbst mit die Schuld trägt, wenn er seit Jahrzehnten diese Art der Behandlung duldet.

Er wird mir wohl die Frage entgegenhalten: „Was soll ich denn tun? Ich bin zwar im Sinne eines Arbeitnehmers in einer einzigartigen unerträglichen Lage, doch darf ich ja nach der von meiner Standesvertretung, deren Sprecher du doch selbst bist, verfochtenen Anschauung, als Arzt nicht streiken. Infolgedessen ist es mir verwehrt, die Methode der sonstigen Arbeitnehmer im Kampf um das in der Verfassung festgelegte Recht jeden Arbeiters, für seine ehrliche Arbeit ein angemessenes Entgelt zu erhalten, anzuwenden."

Meine Antwort: „Verteidige zunächst bis aufs Äußerste das dir noch zustehende, aber von einer gesetzlichen Aufhebung bedrohte Recht des vertraglosen Zustandes; beeile dich aber sehr, alles zu tun, um von diesem Recht notfalls wirklich Gebrauch machen zu können!"

Falls der Staat schließlich nicht davon abstehen sollte, dem Arzt dies Recht der Selbstverteidigung zu nehmen und damit dem Arzttum das Rückgrat zu brechen, so müßte die gesetzliche ärztliche Berufsvertretung dem Staat die ihr übertragene Verantwortung für die Erhaltung der ärztlichen Ethik zurückgeben. Der Arzt wäre dann seiner selbst auferlegten Pflicht, nicht zu streiken, enthoben. Im Hinblick auf die unabsehbaren Folgen eines vorauszusehenden Unterganges des wirklichen Arzttums bei einer fortdauernden Mißachtung seiner Grundsätze könnte ein solcher Schritt der Gesamtärzteschaft — nicht zuletzt auch im Interesse der Volksgesundheit — wohl verantwortet werden, da der Arzt auch dann eine Nothilfe nicht verweigern würde.

Vorerst sind jedoch alle Kräfte dafür einzusetzen, daß dieser letzte Schritt nicht getan werden muß. Die gesamte deutsche Ärzteschaft muß zusammenstehen, wenn die fatale kritische Lage des Arzttums in Deutschland überwunden und dieses wieder auf seinen ehemaligen hohen Stand gebracht werden soll. Vor allem muß der unheilvollen Zerrissenheit unseres ärztlichen Standeslebens so schnell und so gründlich wie möglich ein Ende bereitet werden. Zugleich muß die bedauerliche Indolenz weiter Ärztekreise überwunden und ihre tätige Anteilnahme am Kampf um die Sicherung eines Fortbestandes des von ihnen hochgehaltenen Arzttums geweckt werden. Die Gefahr klar erkennen, heißt auch hier den besten Schritt zu ihrer Bekämpfung tun. Nur unter diesen Voraussetzungen wird es möglich sein, die erforderlichen Kräfte zum erfolgversprechenden Kampf um die Freiheit der Berufsausübung des Arztes in Deutschland zu sammeln.

Nach dem Willen der Gesetzgeber soll die Vertretung der Berufsinteressen der Gesamtärzteschaft von den durch die Gesetze der Länder der Bundesrepublik errichteten Ärztekammern besorgt werden. Neben diesen bestehen die ebenfalls gesetzlich geregelten Vertretungen der Kassenärzte, denen aber lediglich die Aufgabe zusteht, die praktische Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes sicherzustellen, soweit Ärzte daran beteiligt sind. Da die Ärztekammern aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht auch mit rein wirtschaftlichen Aufgaben befaßt sind, besteht zu deren Vertretung noch der wirtschaftliche Verband der Ärzte Deutschlands, der Hartmannbund. Unter der Führung der zur Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztekammern werden diese Vertretungen der Berufs- und Wirtschaftsinteressen der deutschen Ärzteschaft in engster Verbundenheit den Kampf um den Weiterbestand des in der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung wurzelnden Arzttums aufzunehmen, zu führen und zu bestehen haben.

Außer den vorbezeichneten maßgeblichen ärztlichen Vereinigungen besteht noch eine sehr große Zahl von Vereinen, die Sonderinteressen einzelner Ärztekategorien behandeln und zu vertreten suchen. Soweit sie sich nur mit der beratenden Vorbereitung von Vorschlägen zur Besserung der Lage der verschiedenen Ärztegruppen befassen, so gut. Ungut wirkt sich aber ein eigenmächtiges, manchmal auch eigensüchtiges Vorgehen solcher Gruppen in der Öffentlichkeit und bei Behörden aus, da daraus allzuleicht auf eine Zersplitterung der Interessenvertretung innerhalb der Ärzteschaft geschlossen und eine der Gesamtärzteschaft abträgliche Haltung gegnerischer Dritter unterstützt wird. Dies sollte nicht geschehen. Es wäre auch leicht zu vermeiden, wenn für die Behandlung der Interessen der verschiedenen Ärztekategorien bei den Ärztekammern Ausschüsse gebildet würden, deren Beschlüsse nach erfolgter Zustimmung durch die Kammern von diesen selbst in der Öffentlichkeit zu vertreten wären. Der schwerer wiegende Einfluß der gesetzlichen Gesamtvertretung der Ärzteschaft würde berechtigten Bestrebungen solcher Gruppen sicher eher zum Erfolg verhelfen. Zudem wäre die Geschlossenheit der ärztlichen Kampffront gesicherter.

Die überaus schnellen Fortschritte neuzeitlicher naturwissenschaftlicher Forschung behinderten die gebotene besinnliche Abklärung ihrer tieferen Bedeutung. Diese Unstimmigkeit begünstigte die Entwicklung einer zeitweilig rein materialistischen Betrachtungs- und Denkweise. Sie war insofern von ungünstigem Einfluß auf das

Störungsfreie Sommermonate
ALETE-FRÜHNAHRUNG bifidusfördernde, gesäuerte Zweidrittelmilch für den Säugling der ersten Lebensmonate
ALETEMILCH gebrauchsfertige, mit frischem Zitronensaft gesäuerte Vollmilch im Anschluß an Alete-Frühnahrung
Alete

Arzttum, als ihre Auswirkungen eine richtige Bewertung leibseelischer Zusammenhänge bei der Entwicklung von Krankheitszuständen sehr erschwerten. Die daraus entstandene mangelhafte Beachtung dieses Zusammenwirkens bei der Krankenbehandlung führte zwangsläufig zu einer Schwächung des Arzttums und zur Stärkung des Einflusses nichtärztlicher Heilbehandler.

Die bedeutende Erweiterung des ärztlichen Wissensbereiches und die Fortschritte auf dem Gebiet der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungstechnik hatten eine starke Vermehrung der Zahl der Fachärzte zur Folge. In gleicher Richtung wirkte sich die Beschränkung der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit aus, die eine Erschwerung des Absprungs junger Assistenzärzte in die freie Berufstätigkeit und eine längere Verweildauer dieser Ärzte in Krankenanstalten zur Folge hat. Der den wirklichen Bedarf überschreitende Zuwachs von Fachärzten engt das Arbeitsfeld des praktischen Arztes immer mehr ein, zumal sich manche Fachärzte nicht an die berufsrechtliche Vorschrift halten, nur in ihr Fach einschlägige Krankheitszustände zu behandeln. Da nun aber gerade der praktische Arzt als der mit dem Volke bestverbundene Helfer der hauptsächlichste Träger ärztlicher Kultur ist und bleiben muß, ist dessen Zurückdrängung auch in diesem Zusammenhang zu bedauern.

Von einschneidender Bedeutung für das Arzttum in Deutschland waren Begleiterscheinungen und Folgen der beiden Weltkriege. Der unvorhergesehene Ausbruch und die lange Dauer des ersten bescherten der deutschen Ärzteschaft einen erheblichen Zuwachs von nicht bestausgebildeten, notapprobierten Medizinern, deren Heranbildung zum Arzt unter den Kriegsverhältnissen meist nicht entsprechend erfolgen konnte. Soweit es sich bei diesen jungen Menschen nicht um hervorragend zum Arzt geeignete Persönlichkeiten handelte, war ihr Einleben in ein echtes Arzttum sehr erschwert. Von übelster Wirkung waren auch damals die Nachkriegsverhältnisse. Der zweite Weltkrieg, die bisher katastrophalste Bekundung menschlicher Unzulänglichkeiten, war von schwersten Folgen auch für das Arzttum in Deutschland begleitet.

Einen besonders ungünstigen Einfluß übten und üben auch jetzt noch die Verhältnisse der Nachkriegszeit auf das Arzttum aus. Die unter den Kriegsnotwendigkeiten wiederum entstandene Fülle von zum Teil nicht ausreichend ausgebildeten Ärzten erfuhr in den westdeutschen Ländern eine weitere Steigerung durch den Zustrom aus außerdeutschen und aus den erst nach dem Zusammenbruch abgetrennten deutschen Ländern vertriebener Ärzte sowie durch flüchtige aus den nun unter russisch bestimmter Herrschaft stehenden Ostteilen Deutschlands. Die dadurch entstandene Überfülle von Ärzten veranlaßte zahlreiche Krankenanstalten, die mehr oder weniger durch die Kriegseinwirkungen notleidend geworden waren, Ärzte ohne eine entsprechende Bezahlung der von ihnen benötigten Dienstleistungen zu beschäftigen. Die wirtschaftliche Notlage zahlloser Ärzte verstärkte sich infolge der Geldentwertung derart, daß viele von ihnen dieser Not durch Handlungen abzuhelfen suchten, die mit den Grundsätzen der ärztlichen Ethik unvereinbar sind.

Der Rückblick über die in neuerer Zeit für den Bestand eines echten Arzttums in Deutschland besonders bedeutsam gewordenen Vorgänge und Tatsachen erleichtert die kritische Würdigung seiner heutigen Lage, die zu ernstester Sorge Anlaß gibt. Es sollten hier nicht nur Ursachen der Notlage des Arzttums klar herausgestellt, sondern auch Möglichkeiten seiner Weiterentwicklung so deutlich erkennbar gemacht werden, daß die Dringlichkeit der Ingangsetzung erfolgversprechender Abwehrmaßnahmen gegen seinen Verfall nicht zweifelhaft sein kann.

•

Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf. Demzufolge teilt der Arzt das Schicksal aller freiberuflich Tätigen, das ihnen keine Sicherung wirtschaftlichen Bestehens schlechthin gewährt. Aussicht auf ein solches haben Angehörige der freien Berufe nur dann, wenn man ihnen eine praktische Berufsausübung ermöglicht und damit Gelegenheit zur gewinnbringenden beruflichen Bewährung gibt. Der Bestand eines echten Arzttums hängt von der Haltung des Arztes in und außer seinem Berufe ab. Da ein den Grundsätzen des ärztlichen Ethos gerecht werdendes Verhalten des Arztes von dessen wirtschaftlicher Lage nicht unberührt bleibt, ist auch dieser die gebotene Beachtung zu schenken.

Dem ärztlichen Berufsstande obliegt die Betreuung einer öffentlichen Aufgabe, der Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Die öffentliche Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil des Gemeinwohles und dessen Verwirklichung Aufgabe des Staates. Dieser hat daher dafür zu sorgen, daß der Arzt seinen Beruf gewissenhaft ausübt und sich der Achtung würdig erweist, die sein Beruf erfordert. Der Staat übertrug diese Aufgabe der Ärzteschaft zur Selbstverwaltung. Deren Ordnung ist in den deutschen Ärztegesetzen durch Bestimmungen über die ärztliche Berufsvertretung festgelegt. Die damit erfolgte Übertragung seiner Verantwortlichkeit für die Sicherung der ärztlichen Ethik auf die ärztliche Berufsvertretung verpflichtet den Staat, sich des Erlasses von Gesetzen oder Verordnungen zu enthalten, die der ärztlichen Berufsvertretung die Erfüllung ihrer Aufgabe zu sehr erschweren oder überhaupt unmöglich machen.

Diese Verpflichtung beachtete der Staat bei der gesetzlichen Ordnung der Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes nicht entsprechend. Durch die völlig unangebrachte Ausdehnung des Zwanges zur Teilnahme an der gesetzlichen Krankenversicherung auf fast die ganze Bevölkerung und den Ausschluß eines erheblichen Teiles der Ärzteschaft von einer erfolgversprechenden ärztlichen Tätigkeit beschwor er eine ernste Gefährdung des ethischen Hochstandes der Ärzteschaft herauf. Dieser wird zudem durch die Bedingungen seiner Berufsausübung, die mit den Grundsätzen ärztlicher Behandlungstätigkeit nicht in Einklang zu bringen sind, selbst in unerträglicher Weise bedrängt.

Der Staat darf nicht versuchen, seine Verantwortlichkeit für die Entstehung der Überfülle von Ärzten mit dem Hinweis auf die verfassungsrechtliche Unzulässigkeit einer Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium in Abrede zu stellen. Ebensowenig kann er die Unzweckmäßigkeit eines Aufwands sehr erheblicher, von der Allgemeinheit aufzubringender Mittel für die viele Jahre umfassende Ausbildung von Ärzten leugnen, denen er dann mittels einer Gesetzesvorschrift jede Möglichkeit nimmt, das Erlernte zum ehrlichen Erwerb der Mittel zum

Lebensunterhalt zu verwerten. Der ärztlichen Berufsvertretung kann schließlich nicht zugemutet werden, die Verantwortung für die aus staatlichen Maßnahmen erwachsene äußerst ernste Gefahr eines um sich greifenden Verfalls der ärztlichen Ethik ohne entschiedenen Widerspruch zu tragen.

Zu erwarten wäre deshalb doch wohl, daß der Staat sich bereit erweist, mitzuhelfen, das drohende, auch die Volksgesundheit schwer gefährdende Unheil bestmöglich und schnellstens abzuwenden. Die derzeit immer noch bestehende Form der vor 70 Jahren als erstmaliger Versuch einer sozialen Gesetzgebung errichteten Zwangskrankenversicherung wurde der damaligen Lage einer schutzbedürftigen Schicht der arbeitenden Bevölkerung durchaus gerecht. Der Staat wird sich aber der Einsicht nicht verschließen wollen, daß er seiner Verpflichtung zur Verwirklichung des Gemeinwohles in Anbetracht der im Laufe der Zeit durchaus veränderten Verhältnisse heute mit Maßnahmen, die ehemals erfolgreich waren, nicht mehr gerecht werden kann,

Es darf daher erhofft werden, daß der Staat alle Bestrebungen der Ärzteschaft begrüßen wird, die eine den Bedingungen freier, im Rahmen der ewigen Gesetze echten Arzttums gehaltener ärztlichen Berufsausübung entsprechenden Reform der Krankenversicherungsgesetzgebung bezwecken. Die gesetzliche Berufsvertretung der Gesamtärzteschaft muß es als ihr nächstes Ziel — nicht als ein Fernziel — betrachten, im Zusammenwirken mit den beiden oben bezeichneten großen ärztlichen Zweckverbänden einen Weg zu finden, der allen approbierten Ärzten auch die Behandlung Zwangsversicherter unter den Grundbedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit und damit unter Wahrung der ärztlichen Ethik ermöglicht.

Daß es einen solchen Weg geben kann, habe ich bereits vor mehr als drei Jahren gezeigt, ohne den Anspruch zu erheben, daß es der beste oder einzige sei. Jede Reform der gesetzlichen Krankenversicherung muß aber in allererster Linie Bedacht auf eine Wiedererstarkung des eigenen Verantwortungsbewußtseins der Menschen legen, da dieses gerade auf dem hier behandelten Gebiete von größter, fast ausschlaggebender Bedeutung ist. Es gilt ja nicht etwa nur, die Gewissenhaftigkeit des Arztes bei der Krankenbehandlung ungeschwächt zu erhalten, sondern auch das Gesundheitsgewissen der von Krankheit bedrohten Menschen wieder zu wecken. Es muß wieder ein seiner außerordentlichen Verantwortung für Leben und Gesundheit des bei ihm Hilfesuchenden in aller Freiheit folgender Arzt einem Kranken gegenüberstehen, der sich auch seiner sozialen Verpflichtung bewußt ist, die er den anderen Mitgliedern der zum gegenseitigen Beistand im Krankheitsfalle geschaffenen gesetzlichen Versichertenvereinigung und darüber hinaus der Allgemeinheit schuldet.

Nur wenn es der zielbewußten Zusammenarbeit von Staat und ärztlicher Berufsvertretung gelingt, einen dieser Forderung Erfüllung versprechenden Weg zur Reform der Krankenversicherungsgesetzgebung zu finden, wird die Bahn zur Wiedergeburt eines wahrhaften, von sozialem Geist durchdrungenen Arzttums frei sein.

Zur Entscheidung der Frage, welche Entwicklung das Arztwesen in Deutschland nehmen würde, wenn es nicht gelingen sollte, eine derartige Reform durchzusetzen, genügt ein Blick in die derzeitigen Arztverhältnisse im deutschen Osten. Der kranke Mensch würde schließlich nur so lange noch eine ärztliche Betreuung im Interesse seiner Person erwarten dürfen, als Aussicht besteht, ihn wieder zur Arbeit verwendbar zu machen. Die Hoffnung auf den Weiterbestand eines wirklichen, von christlichem Geiste beseelten Arzttums, das dem Kranken in jedem Falle bestmögliche Hilfe sichert, wäre vergeblich gewesen.

Der hier verfügbare Raum ist beschränkt. Ich nehme daher auf meine früheren im Bayer. Ärzteblatt veröffentlichten einschlägigen Aufsätze*) Bezug und fasse zusammen:

Das Arzttum in Deutschland leidet Not; es befindet sich bereits in einer bedenklichen Krise.

Hauptursache seiner Bedrängnis sind Auswirkungen der deutschen Krankenversicherungsgesetzgebung.

Deren System wird den von der Ärzteschaft aller Kulturländer einhellig aufgestellten Grundsätzen ärztlicher Berufsausübung nicht gerecht.

Die Durchführungsart dieses fast die ganze Bevölkerung erfassenden Sozialgesetzes schließt einen sehr großen Teil der zur freiberuflichen Tätigkeit anstehenden Ärzte von der Krankenbehandlung aus.

Dieser Zustand ist unhaltbar; seine Fortdauer würde einen unaufhaltsamen Verfall des Arzttums zum Schaden der Volksgesundheit zur Folge haben.

Es muß ein Weg gesucht und gefunden werden, der den behandelnden Arzt aus den Fesseln der gesetzlichen Krankenversicherung befreit.

Die Wiederherstellung der für den Bestand eines echten Arzttums unerläßlichen Freiheit der ärztlichen Berufstätigkeit erfordert eine dieser Forderung angepaßte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vordringlichste Aufgabe der Berufsvertretung der Gesamtärzteschaft ist es, bestimmte Vorschläge zu einer derartigen Reform zu machen. Diese muß die Teilnahme aller approbierten Ärzte an der Behandlung der Zwangsversicherten nach den Grundsätzen ärztlicher Berufsausübung ermöglichen.

*) „Arzttum in Not", BÄBl. 4/1950.
„Der Arzt im Staat", BÄBl. 8/9/1950.
„Neue Zeiten — Neue Formen", BÄBl. 1/1951.
„Ein Weg aus der Not", BÄBl. 3/5/1951.
„Arzt wohin gehst Du?" BÄBl. 1/1952.
„Ärzte in Bayern", BÄBl. 4/1953.

Ausbildung von Medizinalassistenten

Nach §§ 63, 64 der mit VO. des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 15. 3. 1954 in Bayern eingeführten Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. 9. 1953 hat der Kandidat der Medizin im Anschluß an die vollständig bestandene ärztliche Prüfung und vor Erteilung der Bestallung als Arzt eine zweijährige praktische Tätigkeit als Medizinalassistent an einer Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einem dazu ermächtigten Krankenhaus oder medizinischen Universitätsinstitut oder Gesundheitsamt oder einem hierzu ermächtigten Arzt innerhalb des Bundesgebietes abzuleisten. Die Ermächtigung erfolgt durch das Bayer. Staatsministerium des Innern.

Von der gesamten Medizinalassistentenzeit ist eine Tätigkeit von sechs Monaten auf dem Fachgebiet Innerer Medizin und von je vier Monaten auf den Fachgebieten Chirurgie und Gynäkologie und Geburtshilfe abzuleisten.

Wie aus der vorstehenden Aufstellung hervorgeht, ist die Medizinalassistentenzeit vorwiegend an Kliniken und Krankenanstalten zu verbringen. Eine Tätigkeit der Medizinalassistenten bei freipraktizierenden Ärzten kommt daher nur hilfsweise in Betracht, soweit die an den Kliniken und Krankenanstalten zu bestimmende Zahl von Stellen für die Medizinalassistenten nicht ausreichen sollte.

Das Bayer. Staatsministerium des Innern wandte sich nunmehr an die Kammer mit der Bitte, ihm bis zum 1. 11. 1954 geeignete Ärzte in Vorschlag zu bringen.

Von diesem Ersuchen wurden die Ärztlichen Bezirksvereine mit Schreiben vom 30. 7. 1954 verständigt. Soweit Ärzte sich der Aufgabe unterziehen wollen, sich an der Ausbildung dieser angehenden Ärzte zu beteiligen, werden sie gebeten, sich mit ihrem zuständigen Bezirksverein ins Benehmen zu setzen. Dr. Weiler

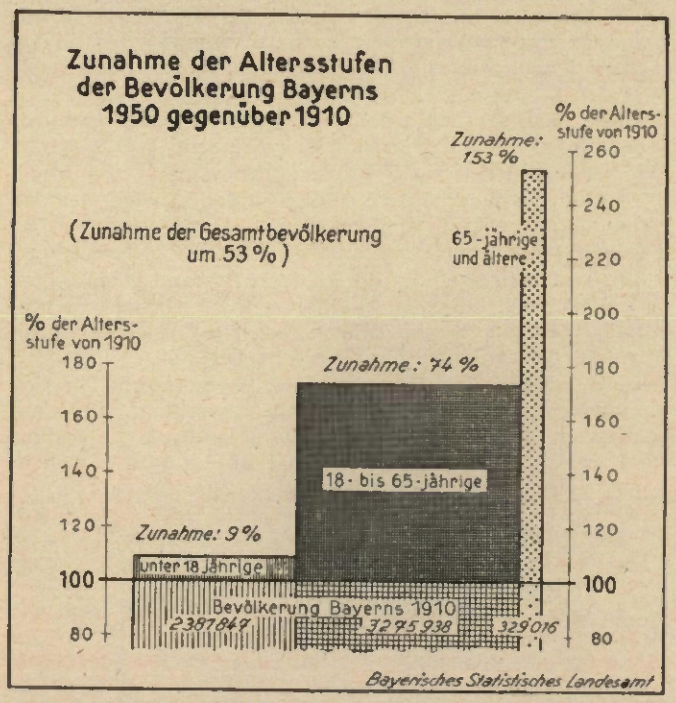
Probleme der Ärzteschaft in anderer Sicht

Von Dr. Walther Koerting

Die Beschäftigung mit ärztlicher Standespolitik kann dazu verleiten, die berufspolitischen Probleme des Ärztestandes aus enger Sicht zu beurteilen.

Während bei der Berufsausübung des Arztes seit einigen Jahren das Schlagwort „Ganzheits"-Medizin lautet — übrigens eine alte Forderung, die keineswegs erst der jüngsten Zeit zugeschrieben werden darf —, wird in standespolitischen Fragen sozusagen „Organ"-Therapie getrieben, oft genug losgelöst von den Entwicklungen und Wandlungen auf politischen, sozialpolitischen und anderen Gebieten des öffentlichen und privaten Lebens. (Andererseits ist es verfehlt, wenn von Außenstehenden angenommen oder behauptet wird, daß die Ärzte bei ihrem berufsständischen Vorgehen in erster Reihe von der Vertretung ihrer eigenen Interessen geleitet werden.)

Daß dem nicht so ist, geht wohl am augenscheinlichsten aus den amtlichen Zahlen hervor, die über den Rückgang der Säuglingssterblichkeit (in Bayern: 1900 27,8%, 1938 7,3% und 1952 5,3% der Lebendgeborenen) und über die erfolgreiche Bekämpfung einer Reihe von Infektionskrankheiten berichten. Daß dieser Erfolg auch Auswirkungen in mehrfacher Hinsicht für die Allgemeinheit hat, sei kurz angemerkt. Er wirkt sich durchaus positiv auf die Erhaltung und Mehrung des Bevölkerungsstandes aus.

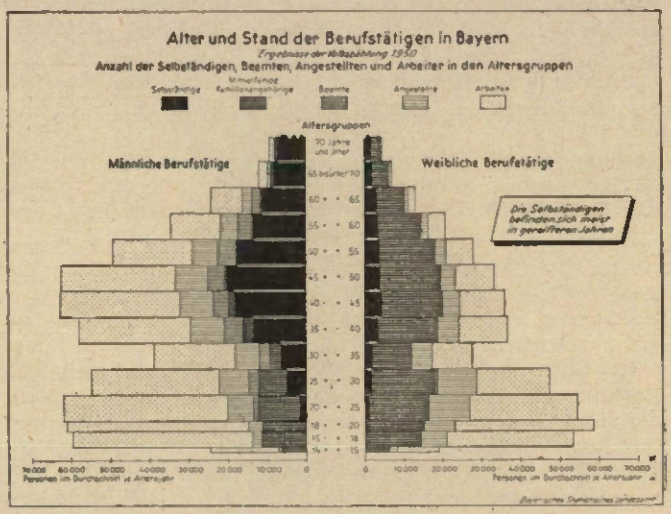


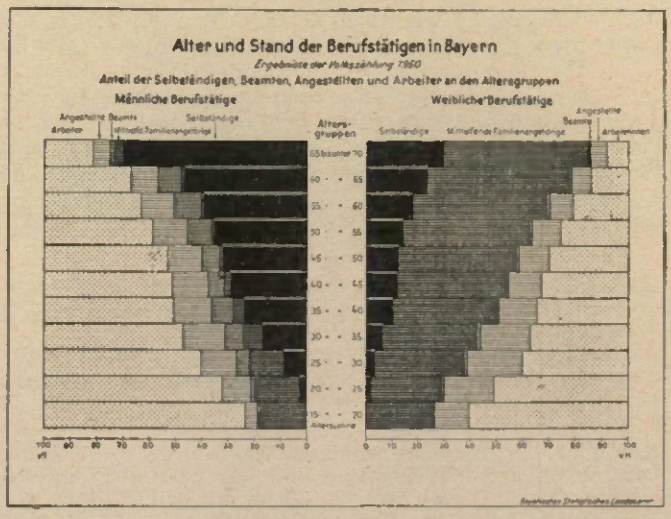
Der erfolgreichen Tätigkeit der Ärzte ist auch eine wesentliche Verschiebung im Altersaufbau der Bevölkerung zuzuschreiben: das durchschnittliche Lebensalter hat wesentlich zugenommen. Es entfielen von 100 der Bevölkerung Bayerns auf die Altersgruppe 65 und darüber im Jahre 1871 5,7, 1925 5,8, 1939 7,4, 1950 9,1 und 1952 9,5 Personen. (Statist. Taschenbuch für Bayern 1954). Es ist aber natürlich, daß dieser Zunahme der älteren Jahrgänge ein Ansteigen jener Krankheiten zuzuschreiben ist, die als Alters- und Abnutzungskrankheiten bezeichnet werden.

Demzufolge ist ein Ansteigen der Todesursachen: Kreislaufkrankheiten, Hirnschlag, Altersschwäche und Krebs zu beobachten. Es sei nicht unterlassen, in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen von B. Rodewald („Über die Weiterentwicklung der Gesundheitsfürsorge", Ärztl. Mitteilungen, 1954, Heft 10) hinzuweisen, der an Hand eines reichen Zahlenmaterials gegen die These von der Krebs-„Vermehrung" an und für sich ankämpft. Ohne das Krebsproblem seiner Bedeutung zu entkleiden, vertritt Rodewald den Standpunkt, daß der Krebs als Todesursache sich nicht vermehrt hat, sondern daß mehr Menschen an Krebs sterben, weil mehr Menschen das krebsfähige Alter erreichen. (Die anderen in dieser Arbeit aufgeworfenen Probleme der Krebsfrüherkennung usw. seien hier nicht besprochen.)

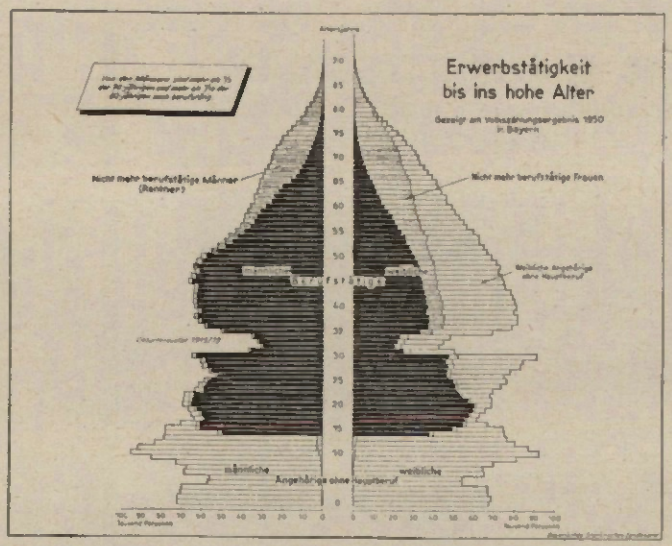
Alter und Erwerbstätigkeit

Daß die Überalterung die Ärzte vor erweiterte Aufgaben in der ärztlichen Betreuung der in den höheren Lebensaltern für Krankheiten anfälligeren und vor allem auch länger zur Genesung brauchenden Patienten stellt, ist klar. Es muß betont werden, daß die Zahl der Erwerbstätigen über 60 Jahre in Bayern verhältnismäßig hoch ist. „Von den 60jährigen stehen noch fast die Hälfte, von den 65jährigen noch gut ein Drittel und von den 70jährigen noch ein Viertel im Beruf. Sogar unter den 77jährigen findet man noch 10 v. H. Berufstätige." (Dr. habil. A. Voelcker, „Alterserwerbstätigkeit und Altersversorgung in Bayern", in „Bayern in Zahlen" 1954, Heft 6.)





Trotz des in den letzten Jahren erfolgten Ausbaues der sozialen Altersfürsorge verzichtet ein relativ großer Teil der älteren Erwerbstätigen auf die ihnen daraus erwachsenden Ansprüche. Voeicker glaubt den Grund darin zu erblicken, daß „die ergänzenden Ersparnisse, die zusammen mit der Soziairente den Ruhestand erst angenehm gemacht haben würden, in zwei Inflationen verlorengegangen sind, sei es, daß eine zunehmend größer werdende Zahl von Menschen in voller körperlicher Rüstigkeit in das Greisenalter eintritt und sich keineswegs



arbeitsmüde fühlt." Von den 60jährigen sind erst 27 v. H. Renten- bzw. Unterstützungsempfänger, im Alter von 65 Jahren ist, obwohl mit Vollendung dieses Jahres die soziale Altersversorgung grundsätzlich in Kraft tritt, noch ein gutes Drittel der Bevölkerung erwerbstätig. Im 67. Lebensjahr betragen die Rentner erst mehr als 50 v. H. (Zur Vervollständigung des Bildes muß angeführt werden, daß 16 v. H. der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und darüber ganz auf die Unterstützung ihrer erwerbstätigen oder Renten beziehenden Familienangehörigen angewiesen sind.)

Unter den 164 828 Erwerbspersonen in Bayern, die das 65. Lebensjahr überschritten haben, befindet sich nur ein Fünftel, das keine Alterversorgung auf Grund eines persönlichen Anspruches geltend machen kann. Von den Erwerbspersonen in Bayern erwarten keine Altersversorgung auf Grund persönlichen Anspruches im Alter von 45 bis unter 65: 8,8 v. H. männliche, 25,3 v. H. weibliche Personen, im Alter von 65 Jahren und darüber 22,2 v. H. männliche und 33,5 weibliche Personen. Bei den Selbständigen nimmt die Altersvorsorge, die zum großen Teil freiwillig ist, erst mit den reiferen Jahren zu. Die von selbständigen und abhängigen Erwerbstätigen abgeschlossenen privaten Lebensversicherungen sind zum großen Teil für den Erlebensfall abgeschlossen, sie dienen meist mehr der Kapitalbeschaffung für bestimmte Zwecke als für eine Altersversicherung, wozu die Beträge meist zu gering sind. Die weiblichen Selbständigen verlassen sich mehr auf die natürliche Altersversorgung: die Familienunterstützung durch Angehörige. Diese Tatsachen berühren natürlich auch den Arzt. Gerade der Vergleich zwischen Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer, der am deutlichsten an Hand der Zahlen aus der sozialen Krankenversicherung abgeleitet werden kann, läßt Zusammenhänge aufscheinen, die für die Ärzte deutlich werden und von Interesse sind. (Daß nicht jede Erkrankung von Arbeitsunfähigkeit begleitet ist, braucht nicht betont zu werden.) Die jüngeren Altersgruppen beiderlei Geschlechts weisen eine über dem Durchschnitt liegende Krankheitshäufigkeit auf, ebenso an und für sich die Männer gegenüber den Frauen. Jedoch sind Frauen, berechnet auf ein Mitglied und Jahr, durchschnittlich länger arbeitsunfähig und krank als Männer. Diese zeigen jedoch vom 50. Lebensjahr ab eine zunehmende Krankheitsdauer. Daß bei einer Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall etwa ab 50. Lebensjahr eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit auftritt, ist physiologisch bedingt. (Siehe Schaubilder Seite 162 und 166.)

Bevölkerungsaufbau in Bayern

Wenn man die voraussichtlichen Veränderungen im Bevölkerungsaufbau in Bayern betrachtet, so sind bei einer Untersuchung der Bevölkerungsentwicklung, wie Dr. W. Maier in seinem „Überblick über die Bevölkerungsentwicklung in Bayern während der letzten 50 Jahre" („Bayern in Zahlen", 1954, Heft 3) ausführt, nicht nur Geburten und Todesfälle, sondern auch die Wanderungsbewegung, d. h. die Zu- und Fortzüge über die Landesgrenzen, zu berücksichtigen. Auf der Aktivseite stehen die Geborenen und die Zugewanderten, auf der Passivseite die Gestorbenen und Fortgezogenen. Die Bevölkerungsbilanz 1950 bis 1952 ergibt:

Jahr	Saldo aus Zu- (+) bzw. Abwanderung (—)	Geburtenüberschuß	Bevölkerungsgewinn (+) bzw. -verlust (—)
1950	— 33 000	+ 53 000	+ 20 000
1951	— 48 000	+ 47 000	— 1 000
1952	— 50 000	+ 45 700	— 4 300

Die Geburten sind in Bayern von 37 auf 1000 der Bevölkerung im Jahre 1900, bis 1925 auf 23, 1946 auf 19 und 1952 auf 16, 1953 auf 15,6 abgesunken. Dadurch, daß es gelang, die Säuglingssterblichkeit stark herabzudrücken (im Jahre 1900 von 100 Lebendgeborenen 29 Sterbefälle, 1925: 14, 1952: 5) und da durch die ärztliche Kunst das Lebensalter verlängert werden konnte, wurde ein über die wahren Verhältnisse täuschendes, weil zahlenmäßig in der Summe nur in geringem Maße aufscheinendes Absinken der Bevölkerungszahl erreicht. Ausschlaggebend bleibt aber nach wie vor die Zahl der Geburten für die Beurteilung der Lebensfähigkeit eines Volkes. Vergleichszahlen sind hier recht lehrreich: Auf je 1000 Einwohner entfielen Geburten im Jahre 1952 in:

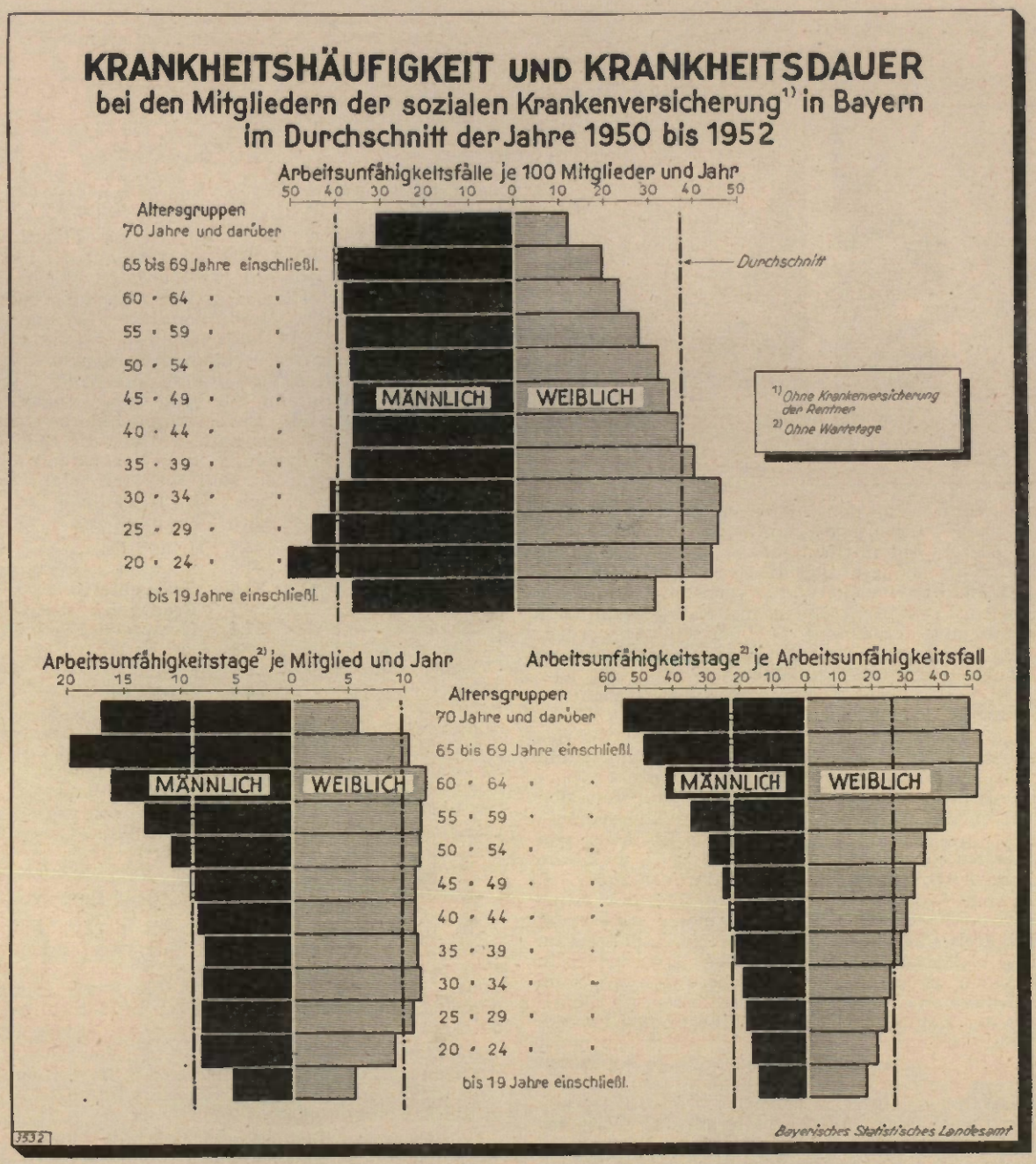
Mexiko	43,9	Niederlande	22,4
Venezuela	43,7	Irland (Eire)	21,8
Ägypten	41,8	Spanien	20,8
Chile	33,6	Saargebiet	19,3
Jugoslawien	29,7	Frankreich	19,2
Kanada	27,4	Norwegen	18,7
Indien	26,8	Dänemark	17,8
Griechenland	26,1	Italien	17,6
Japan	26,0	Schweiz	17,4
Peru	25,9	Belgien	16,5
Südafr. Union (weiße Bev.)	25,9	Großbritannien und Nordirland	15,7
Argentinien	24,9	Bundesrepublik Deutschland	15,7
Neuseeland	24,8	Schweden	15,5
Portugal	24,7	Luxemburg	15,0
USA	24,6	Österreich	14,5
Austral. Bund	23,3		
Finnland	23,0		

(Nach „Statistisches Taschenbuch für Bayern" 1954.)

(In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, daß nach den vor kurzem stattgefundenen Volkszählungen in China 602 Millionen und in Indien 367 Millionen Menschen leben, so daß die Bevölkerung dieser beiden Länder 40 v. H. der Gesamtbevölkerung der Erde beträgt.)

Die Zahl der Geburten macht sich folgerichtig in den späteren Jahren bei der Zahl der in die Schulen eintretenden Kinder und in den weiteren Jahren beim Eintritt in die Erwerbstätigkeit geltend.

Die voraussichtliche Entwicklung der Schülerzahlen in den kommenden Jahren wird nach Dr. H. Lohbauer („Bayern in Zahlen", 1954, Heft 6) einen teilweise erheblichen Rückgang zur Folge haben. „Auf die Abnahme der Schülerzahlen wird zwar für einige Jahre ein geringfügiger Aufstieg folgen, dann aber wiederum ein langsamer weiterer Rückgang einsetzen. Die Änderungen im Bevölkerungsaufbau werden sich auch auf dem Wirtschaftssektor geltend machen. Während der bayerischen Wirtschaft im Jahre 1954 mindestens 182 000 Schulentlassene zur Verfügung stehen, werden dies im Jahre 1960 voraussichtlich nur noch 95 000 sein. Die im Erwerbsalter stehende Bevölkerung (15 bis unter 65 Jahre) wird nach der Berechnung von Dr. W. Maier („Bayern in Zahlen", 1954, Heft 6) ab 1956/57 ebenfalls eine Minderung erfahren. In dem Zeitraum von 1954 bis 1965 wird nach Maier die erwerbsfähige Bevölkerung Bayerns (15 bis unter 65 Jahren) voraussichtlich um mehr als 4 v. H. abnehmen. Bei den 15- bis 65jährigen Frauen wird die Abnahme in den nächsten 11 Jahren gegenüber den Männern wesentlich höher sein (6 v. H. gegenüber 3 v. H.), weil bei den Frauen die ins erwerbsfähige Alter eintretenden Jahrgänge nicht mehr ausreichen, um die aus dem erwerbsfähigen Alter ausscheidenden stark besetzten Jahrgänge auszugleichen. Der Grund ist darin zu erblicken, daß die noch stark besetzten Jahrgänge aus der Zeit vor dem ersten Weltkrieg durch Alter aus dieser



Bevölkerungsgruppe ausscheiden, und die ins erwerbsfähige Alter nachrückenden Jahrgänge bei weitem nicht mehr die Stärke derjenigen vor dem ersten Weltkrieg erreichen (Maier), dagegen scheiden die schwachbesetzten männlichen Jahrgänge der Teilnehmer des ersten Weltkrieges aus der Gruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung durch Alter aus, werden aber durch gleichstark nachrückende Jahrgänge ersetzt.

Bayern als Grenzland

Die wirtschaftliche Entwicklung Bayerns, die auch die Ärzte aus verschiedenen Gründen interessieren muß, wird heute bedingt durch die Tatsache, daß Bayern Grenzland geworden ist und sein Aufschwung eine Hemmung dadurch erfahren mußte, daß nunmehr im Norden, Osten und Südosten wichtige Gebiete durch die grundlegende Änderung der politischen und wirtschaftspolitischen Verhältnisse als Bezugs- und Absatzgebiete ausfallen. Von den Deutschland berührenden Grenzen gegenüber dem „Eisernen Vorhang" entfallen 45 v. H. allein auf Bayern, davon sind 419 km Grenze mit der sowjetischen Besatzungszone und 358 km mit der Tschechoslowakei. Während Bayern im Jahre 1938 5,56 Mill. Tonnen Güter im Eisenbahnverkehr aus Mittel- und Ostdeutschland bezog und 2,94 Mill. Tonnen dorthin versandte, waren die entsprechenden Zahlen für die sowjetische Besatzungszone im Jahre 1951 nur noch 0,54 bzw. 0,20 Mill. Tonnen. (Dr. L. Leiberich, Bayern als Grenzland in „Bayern in Zahlen" 1954, Heft 4.) Es konnte nicht ausbleiben, daß sich in Bayern selbst regionale Auswirkungen durch die Änderung der politischen Verhältnisse auf die Wirtschaft ergaben. Waren schon vor dem letzten Kriege die Gebiete des Bayerischen Waldes Notstandsgebiete durch den geringen Bodenertrag, durch die geringe Verkehrsdichte, die Verkehrsferne und die mangelnde industrielle Erschließung, so wurde diese Situation durch die Errichtung einer künstlichen Grenze zwischen der Bundesrepublik und dem sowjetisch besetzten Teil Deutschlands noch verschärft, wobei auch andere Teile Ostbayerns (Niederbayern, Oberpfalz und Oberfranken) ähnlichen Folgen ausgesetzt wurden. Während der Anteil der ostbayerischen Regierungsbezirke an den Gesamtbeschäftigten Bayerns im September 1950 29,8 v. H. betrug, war dort bis September 1953 eine Beschäftigtenzunahme von nur 11 v. H. festzustellen. In Bayern waren im September 1950 2 433 000 (1953: 2 597 000) Personen beschäftigt, davon in den östlichen Gebieten, d. h. Niederbayern, Oberpfalz und Oberfranken, 1950 726 000 (1953: 744 000) Personen.

Lederle

TETRACYCLINE

Aktive Kernsubstanz
der neuesten
Breitspektrum-Antibiotika

Kapseln
Intravenös
Spersoids

ACHROMYCIN
TETRACYCLIN-HCl

führend durch Verträglichkeit, Stabilität, Löslichkeit, Resorptionsquote und Diffusion

Kapseln, Schokoladenpulver,
Tropfen, Sirup, Intravenös, Salbe
Augensalbe, Augentropfen,
Ohrentropfen, Nasentropfen, Pastillen,
Vaginal-Puder, Vaginal-Suppositorien,
Wundpuder, Lösungstabletten,
Dentalpaste, Dentalkegel

AUREOMYCIN
CHLOR-TETRACYCLIN-HCl

bewährt in Klinik u. Praxis

Der Fülle der Indikationen entspricht die Vielzahl der Applikationsformen.

Therapeutische Sicherheit

Tagesdosis
12,5 - 20 mg/kg Körpergewicht
1,0 g für Erwachsene

LEDERLE GMBH · MÜNCHEN / CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH · STOLBERG/RHLD.

Besuchen Sie uns bitte bei der Heilmittelausstellung in Karlsruhe, Stand 34/35

G 141

mehr Details

stärkere Kontraste

keine Schleierbildung

- dazu hohe Empfindlichkeit
und absolute Gleichmäßigkeit der Emulsion...
das bedeutet für Sie:
leichteres Arbeiten und bessere Ergebnisse mit

Gevaert 1894 60 1954

CURIX
RÖNTGENFILM
klar und blau

Sie bekommen CURIX jederzeit über den Fachhandel
VERTRETUNG FÜR DEUTSCHLAND: VOIGTLÄNDER A. G. BRAUNSCHWEIG

Aegrosan

Ferro-Calc. Sach.

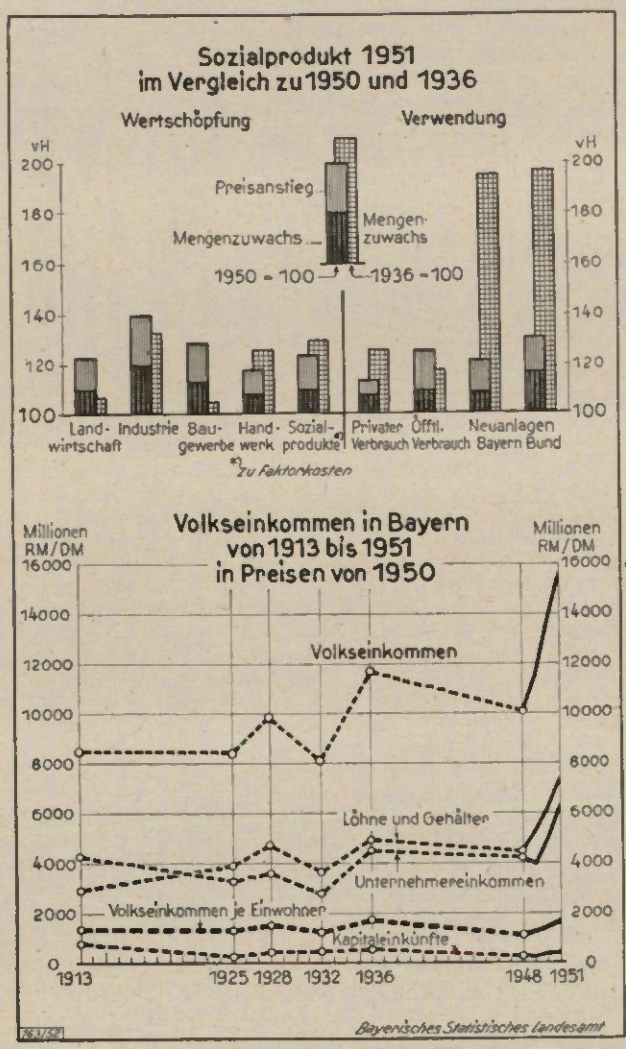
Appetitlosigkeit
Anaemien
Skrofulose
Rachitis
Kachexie

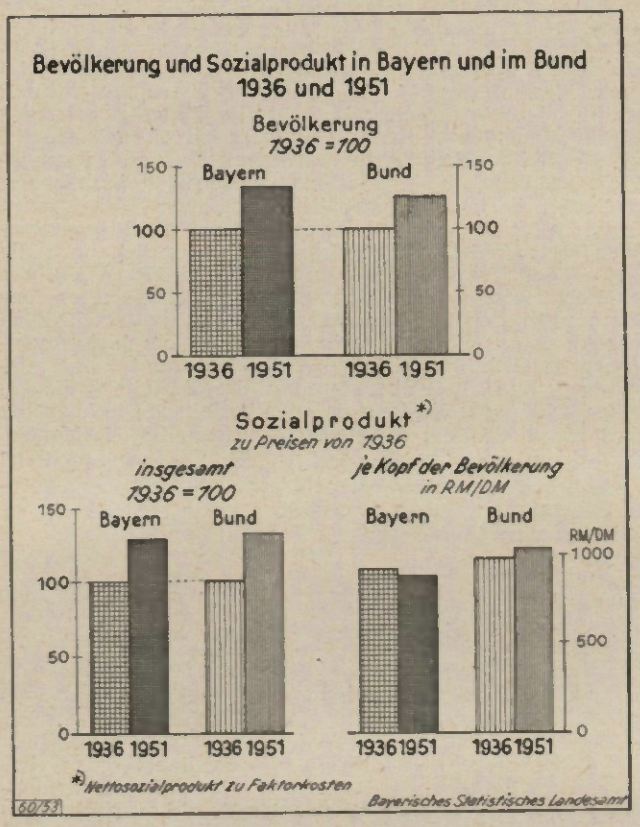
JOHANN G. W. OPFERMANN u. SOHN
Bergisch-Gladbach
Seit 1907

Aescosulf
bei varicösem Symptomenkomplex

Dragees
Tropfen
Hämorrhoiden-
Salbe u. Supp.

APOTHEKER MÜLLER GMBH
ARZNEIMITTELFABRIK · BIELEFELD





Sind in Bayern selbst wesentliche regionale Unterschiede zu verzeichnen, so gilt das gleiche im Verhältnis von Bund und Bayern. Es sei hier eingeschaltet, daß das Sozialprodukt der Ausdruck für die wirtschaftliche Gesamtleistung eines Volkes ist. Der Marktwert der in einem bestimmten Zeitraum erzeugten Güter und geleisteten Dienste wird als „Bruttosozialprodukt" bezeichnet, während sich nach Abzug der verbrauchsbedingten (d. h. dem Anlageverschleiß entsprechenden) Abschreibungen das „Nettosozialprodukt zu Marktpreisen" ergibt. „Das Nettosozialprodukt wird, wenn man an die Verteilung denkt, auch als Volkseinkommen bezeichnet."

Das Bruttosozialprodukt — in Bayern 1953 rund 21 Milliarden DM — zeigt in den letzten Jahren folgende Entwicklung:

	Bayern	Bundesgebiet insgesamt (1950 = 100)	Bayern	Bundesgebiet je Einwohner
1936	84,9	87,5	114,9	108,7
1949	87,3	85,7	87,6	87,0
1950	100,0	100,0	100,0	100,0
1951	113,5	115,2	113,4	113,8
1952	118,1	122,7	118,2	120,3

Das Sozialprodukt war in Bayern im Jahre 1952 gegenüber 1936 zwar (etwa im Verhältnis des Bevölkerungszuwachses von 35 v. H.) mengenmäßig höher. Der hohe Stand der Produktion im letzten Vorkriegsjahr 1938 je Kopf der Bevölkerung wurde jedoch bei weitem nicht erreicht. Der Anteil Bayerns am Sozialprodukt des Bundesgebietes (etwa 16 v. H.) liegt um knapp ein Sechstel unter dem Bevölkerungsanteil. Vor dem Kriege war dieser Abstand vom Bund wesentlich geringer. Er erklärt sich aus seiner im Vergleich zum Bundesdurchschnitt stärkeren agrarischen und kleingewerblichen Wirtschaftsstruktur, in der noch unzureichenden Anpassung der bayerischen Wirtschaft an den außerordentlichen und unerwarteten Bevölkerungszustrom nach dem Kriege sowie der bereits erwähnten regionalen Auswirkungen der Änderung der wirtschaftspolitischen Grenzen. Ein Blick in den Anteil der einzelnen Wirtschaftsbereiche am Nettosozialprodukt muß auch die Ärzte interessieren:

Wirtschaftsbereich	Wertschöpfung in Bayern 1936	1952	im Bundesgebiet 1936	1952
	in vH			
Landwirtschaft	18,1	16,7	12,4	10,9
Forstwirtschaft	1,7	2,4	1,0	1,2
Industrie (ohne Bau)	31,1	36,8	39,3	44,4
Baugewerbe	6,8	5,9	5,4	6,3
Handwerk (ohne Bau)	5,3	5,2	4,8	4,4
Handel	10,1	8,1	11,0	9,8
Verkehr	9,6	9,2	8,5	8,0
Öffentliche Verwaltung	9,6	9,2	9,7	8,4
Sonstige[1])	7,7	5,1	7,9	5,0

(Statist. Taschenbuch für Bayern 1954)

[1]) Banken, Privatversicherungen, Wohnungswesen, freie Berufe, private Haushaltungen und sonstige Dienste.

Bei der Betrachtung und Beurteilung dieser Probleme darf an der Tatsache nicht vorübergegangen werden, daß die Heimatvertriebenen keineswegs nach ihrer Wirtschaftskraft und ihren wirtschaftlichen Entwicklungsmöglichkeiten über das Bundesgebiet verteilt wurden. Da die alten Industriegebiete stark zerstört waren, wurden sie vornehmlich in die Agrargebiete gelenkt, wobei noch politische Erwägungen eine Rolle spielten, da man eine Zusammenballung der landsmannschaftlich zusammengehörenden Volkskreise von seiten der Besatzungsmächte fürchtete, die damals noch den Einflüsterungen der Machthaber in den schon oder später sowjetisch besetzten oder den Sowjets politisch gleichgeschalteten Ländern allzuwillig Gehör gaben und deshalb eine willkürliche Verteilung der einzelnen Volksgruppen unter Zerreißung ihres natürlichen Zusammenhanges auf Grund des Besatzungsrechtes anordnete.

Die Bemühungen, durch eine Umsiedlung zwischen den einzelnen Ländern einen Ausgleich zu schaffen, sind nur zum Teil erfolgreich gewesen. Auf dem Gebiete der gesetzlich festgelegten Umsiedlung von Ärzten ist man, entgegen anders lautenden, der Verschleierung dienenden Falschmeldungen über theoretische Erwägungen und Beschlüsse, nicht hinausgekommen. Auch dies sei festgestellt.

Eine Übersicht über die Zu- (+) oder Abnahme (—) der Wohnbevölkerung 1950 gegenüber 1939 nach Ländern läßt manche Entwicklung erklärlich erscheinen.

Land	in 1000	in v. H.
Schleswig-Holstein	+ 1006	+ 83,3
Niedersachsen	+ 2258	+ 49,7
Bayern	+ 2100	+ 29,8
Hessen	+ 845	+ 24,3
Württemberg-Baden	+ 691	+ 21,5
Bundesgebiet	+ 8358	+ 21,2
Württemberg-Hohenzollern	+ 154	+ 15,0
Nordrhein-Westfalen	+ 1262	+ 10,6
Baden	+ 109	+ 8,9
Rheinland-Pfalz	+ 45	+ 1,5
Bremen	— 4	— 0,8
Hamburg	— 106	— 6,2

Ergänzend sei auch angeführt, daß das Volkseinkommen in Bayern je Kopf der Bevölkerung wesentlich niedriger ist als im Bundesdurchschnitt. Es betrug je Kopf im Jahre 1951 in Bayern 1582 DM, im Bund 1876 DM; preisbereinigt lag es in Bayern gegenüber 1936 noch um 4 v. H. niedriger, während im Bundesdurchschnitt der Vorkriegsstand bereits um 5 v. H. übertroffen wurde. (v. Pokorny in „Die wirtschaftliche Entwicklung Bayerns im Rahmen des Bundes", Bayern in Zahlen, 1953, Heft 4.)

Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Lage Bayerns muß bei allen in der Nachkriegszeit erzielten Erfolgen berücksichtigt werden, daß es sich in dieser Periode um einen riesigen Nachholbedarf handelte und daß in Zukunft die bayerische Wirtschaft in zunehmendem Maße unter stärkeren Konkurrenzdruck kommen dürfte. Durch die fortschreitende Industrialisierung hat sich die Abhängigkeit von der Umwelt verstärkt. Für die wirtschaftliche Entwicklung war es nicht gleichgültig, daß die französisch besetzte Zone durch viele Jahre keine Vertriebenen und Flüchtlinge aufnehmen mußte und so schon von vornherein einen Vorsprung erhielt. Bayern und den anderen mit Flüchtlingen und Vertriebenen überfüllten Ländern müssen gleiche Wettbewerbsbedingungen wie allen anderen Ländern zugestanden werden. Was für das wirtschaftliche Gebiet gilt, hat seine Berechtigung auch für das ärztliche. Hier ist allerdings die Tatsache festzustellen, daß eine Entlastung Bayerns mit allen möglichen Mitteln verhindert werden soll. Das Bundesvertriebenenministerium hat bisher für die Lage in den Abgabeländern recht wenig Verständnis gezeigt.

Bei Betrachtung der wirtschaftlichen Verhältnisse, die auch für die Ärzteschaft von großer Wichtigkeit sind, muß auch die Einkommensverteilung in Bayern Beachtung finden. Diese stellt sich folgendermaßen dar:

Art der Einkünfte	Verfügbare Einkünfte in Bayern[1])					
	1936 in Mill. RM	in v. H.	1951 in Mill. DM	in v. H.	1952 in Mill. DM	in v. H.
Löhne und Gehälter	2,425	34,5	6,388	37,3	6,974	37,6
Einkünfte aus selbst. Erwerb, Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen	2,867	40,8	5,178	30,2	5,026	27,1
Öffentl. Einkommensübertragungen (Pensionen, Renten, Unterstützungen)	577	8,2	2,454	14,3	2,923	15,7
Restliche öffentl. Einkünfte	1,163	16,5	3,423	20,1	4,052	21,8
Sozialeinkünfte aus öffentlichen Finanzausgleichsvorgängen[2]).	0	0,0	— 333	— 1,9	— 412	— 2,2

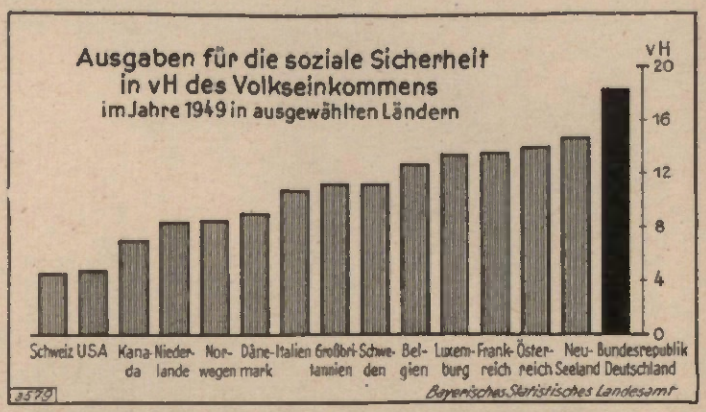
(Statistisches Taschenbuch für Bayern 1954)

[1]) Nach Abzug der Einkommen- und Körperschaftssteuern, Soforthilfe und Lastenausgleichsabgabe, des Notopfers Berlin und Sozialversicherungsbeiträge.

[2]) Den Beitrag aus dem bayer. Sozialprodukt übersteigende Sozialleistungen zentraler Haushalte (Bund, Lastenausgleich, Sozialversicherung), öffentl. Pensionen, Renten und Unterstützungen.

Die Auswirkung der Sozialversicherung

Die öffentlichen Sozialleistungen, zu denen nach den Grundsätzen des Internationalen Arbeitsamtes die Leistungen der Sozialversicherung (Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung), Beamtenversorgung, Wohlfahrtspflege (Arbeitslosenfürsorge-, Öffentl. Fürsorge, Unterhaltshilfe und -zuschüsse), Gesundheitspflege (Aufwendungen für die Staati. Gesundheitsämter) und Kriegsopferversorgung gehören, sind in keinem Lande der Erde derartig hoch wie in der Bundesrepublik. Im Jahre 1952



wurden in Bayern mehr als 3,5 Milliarden DM (gut 17 v. H. der Ausgaben im Bundesgebiet) für die soziale Sicherheit ausgegeben. Im Jahre 1952 waren die Aufwendungen für die soziale Sicherheit im Bundesgebiet mit 19,7 Milliarden DM um 70 v. H. höher als 1949.

Die Bestrebungen einer allumfassenden sozialen Sicherheit bergen natürlich die Gefahr in sich, daß der einzelne sich seiner Verantwortlichkeit nicht mehr bewußt ist, wie man das bei den an Krankenkassen und Arzt oft genug gestellten unberechtigten Ansprüchen sieht. Lord Beveridge, der Schöpfer des nach ihm benannten Planes, hat in einer Abhandlung, betitelt: „Die freiwillige Mitarbeit — eine Abhandlung über die Methoden des sozialen Fortschritts", gesagt, daß einer der drei wesentlichen Grundsätze sei, daß „der Staat bei seinen Maßnahmen zur allgemeinen sozialen Sicherheit nicht die antreibende Kraft der persönlichen Verantwortlichkeit unterdrücken sollte. Wenn der Staat ein nationales Existenzminimum sicherstellt, so sollte er genügend Spielraum und Anreiz für den freiwilligen Einsatz jedes einzelnen bestehen lassen, damit jeder sich bemüht, mehr zu erreichen als das für ihn und seine Familie festgelegte Minimum."

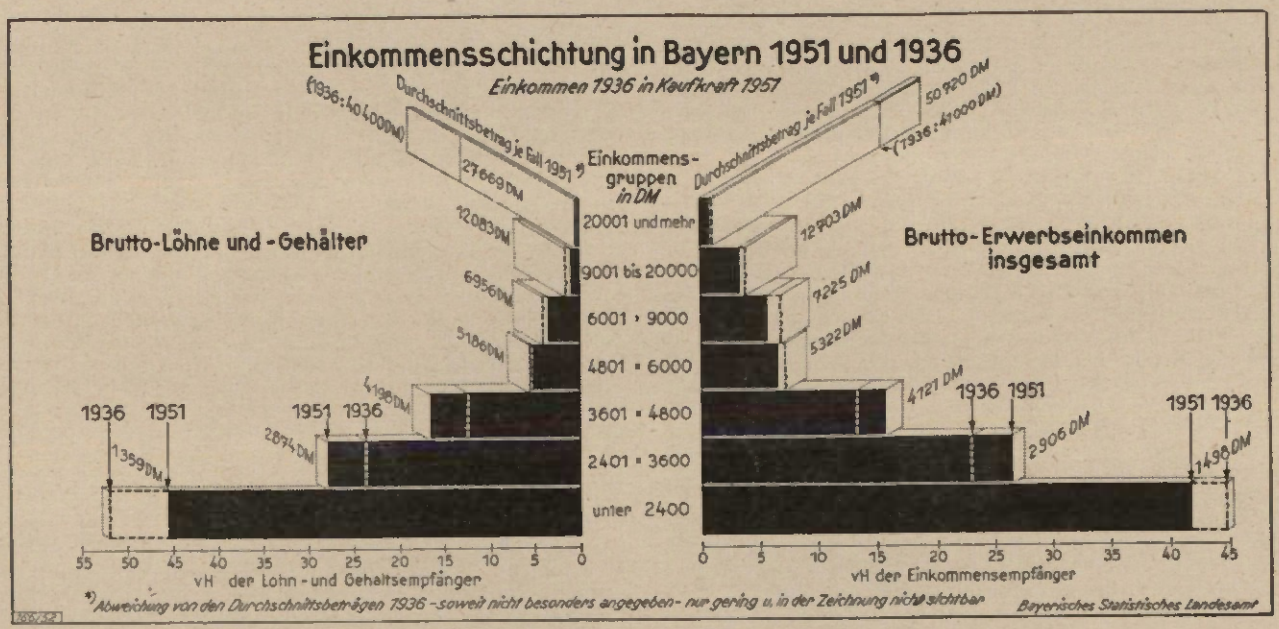
Die Höhe der Versicherungspflichtgrenze

Im Hinblick auf die Bestrebungen, die Versicherungspflichtgrenze in der sozialen Krankenversicherung noch weiter heraufzusetzen, sei darauf verwiesen, daß die soziale Krankenversicherung dazu geschaffen wurde, den einkommensschwachen Arbeitern und Angestellten bei Krankheitsfällen einen Schutz zu gewähren. Es erübrigt sich, darauf hinzuweisen, daß die Krankenversicherung im Laufe ihres Bestandes eine immer größere Ausweitung erfahren hat. Während alle im abhängigen Arbeitsverhältnis stehenden Arbeiter grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitseinkommens versicherungspflichtig sind, sind dies die Angestellten nur dann, wenn ihr Gehalt die jeweils gesetzlich festgesetzte Höchstgrenze nicht übersteigt. Neben den versicherungspflichtigen Personen (§ 165, Abs. 1 RVO) besteht bekanntlich noch die Gruppe der Versicherungsberechtigten (§ 176 RVO), die der Versicherung unter den im Gesetz festgelegten Bestimmungen der Versicherung freiwillig beitreten können. Allerdings können nach § 313 RVO ein bisher versicherungspflichtiges Mitglied unter bestimmten Voraussetzungen auch bei Überschreiten der Arbeitsverdienstgrenze sowie geschiedene oder überlebende Ehegatten eines Mitgliedes die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen.

Die für die Versicherungspflicht und -berechtigung maßgebliche Jahresarbeitsverdienstgrenze wurde in den letzten Jahrzehnten mehrfach erhöht.

Sie betrug von	bis	
Anfang 1912	Ende 1913	2000 M
Anfang 1914	Ende 1923	2500 M
Anfang 1924	Februar 1924	1800 M
Anfang März 1924	Mitte Januar 1925	2400 M
Mitte Januar 1925	Ende September 1927	2700 M
Anfang Oktober 1927	Ende Mai 1949	3600 RM/DM
Anfang Juni 1949	Ende Juli 1952	4500 DM
Anfang August 1952		6000 DM

Die Änderung der Jahresarbeitsverdienstgrenze bedingte eine Erhöhung der Zahl der Versicherungspflichtigen und ein Zurückgehen jener der Versicherungsberech-



tigten. Daß diese Tatsache sich naturgemäß auch bei den zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassenen Ärzte, aber natürlich auch in der freien Praxis entsprechend auswirkt und auswirken muß, ist klar. Die Erhöhungen der Jahresarbeitsverdienstgrenze wurde immer mit der Anpassung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge begründet. Die Auswirkungen auf die Einkommensverhältnisse der Ärzte, die mittel- und unmittelbar auch von der Änderung des Lohn- und Preisniveaus durch die Auswirkung auf die Preisbildung usw. betroffen sind, fand keine oder keine angemessene Berücksichtigung.

Die Versicherungspflichtgrenze und der Mitgliederbestand der sozialen Krankenversicherung in Bayern wurde von Dr. E. Schmidt (Bayern in Zahlen, 1953, Heft 3) zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht. Er betont, daß sich an und für sich durch die günstige Entwicklung des Arbeitnehmerpotentials in den letzten Jahren auch der Gesamtmitgliederbestand der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern nach Inkrafttreten des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes („Gesetz über die Anpassung von Leistungen der Sozialversicherung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über die finanzielle Sicherstellung") vom 17. Juni 1949 weiterhin ständig erhöht. Die Auswirkungen des Einkommensgrenzen-Erhöhungsgesetzes („Gesetz über die Erhöhung der Einkommensgrenze in der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung und zur Änderung der 12. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung") vom 13. August 1952 waren noch stärker.

Einige wenige Zahlen seien zur Veranschaulichung der Verhältniszahlen von Versicherungspflichtigen und -berechtigten in Bayern angeführt:

Januar	Mitglieder insgesamt (ohne Rentner)	davon Versicherungspflichtige Männer	Frauen	berechtigte Männer	Frauen
1949	2 714 193	1 393 643	733 903	281 772	304 875
1950	2 727 194	1 454 057	771 880	248 163	253 094
1951	2 757 125	1 445 185	823 599	257 085	231 256
1952	2 790 888	1 416 259	849 057	296 820	228 752
1953	2 860 310	1 468 493	897 122	280 457	214 238

Schmidt verweist darauf, daß den gesetzlichen Krankenkassen, da bei ihnen die Gesamtbeiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung eingehen, die Möglichkeit gegeben ist, die Zahl der Angestellten, die nicht mehr krankenversicherungspflichtig sind, jedoch noch der Angesteliten- und Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen, vierteljährlich festzustellen. Das waren bis Ende Mai 1949 Angestelite mit einem Monatsgehalt zwischen 300 und 600 DM, dann bis Ende August 1952 zwischen 375 und 600 DM sowie seit dem 1. September 1952 zwischen 500 und 750 DM. An solchen Angesteliten zählten die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern:

am	mit einem Monatseinkommen in DM	Männer	Frauen	Zusammen
1. Juni 1949	300 bis 600			88 894
1. Dez. 1949				53 383
1. Juni 1950				53 235
1. Dez. 1950				61 283
1. Juni 1951	375 bis 600	67 018	11 082	78 100
1. Dez. 1951		73 065	14 025	87 090
1. Juni 1952		77 455	16 401	93 856
1. Dez. 1952	500 bis 750	37 209	4 814	42 023

Der infolge des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes eingetretene Rückgang war bereits bis Ende 1951 fast aufgeholt. Anfangs Juni 1952 war dieser Versicherungskreis um 5,6 v. H. größer als Anfang Juni 1949. Durch das Einkommensgrenzen-Erhöhungsgesetz wurde die Entwicklung wiederum gehemmt.

Dem „Statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1953" seien die Zahlen entnommen, denen in diesem Zusammenhang Bedeutung zukommt:

Die Zahl und der Bruttolohn der Lohnsteuerpflichtigen*) ergab nach der Lohnsteuerstatistik 1950 für das Bundesgebiet:

Bruttolohn-Gruppe in DM	Steuerpflichtige in 1000	Bruttolohn Mill. DM
6 000 bis unter 8 600	143	895
6 600 „ „ 7 200	89	615
7 200 „ „ 8 400	95	733
8 400 „ „ 9 000	31	266
9 000 „ „ 9 600	24	224
9 600 „ „ 12 000	49	510
12 000 „ „ 15 000	20	260
15 000 „ „ 20 000	13	218
20 000 und mehr	5	114

Auch die nachstehende Aufstellung ist geeignet, über einschlägige Fragen Auskunft zu geben.

Einkommensteuerveranlagung 1949 in Bayern (in Klammern: Bund)

Einkommen bis unter DM	Steuerpflichtige Anzahl		darunter Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit Fälle		1000 DM	
1 200	42 558	(231 640)	2 246	(13 696)	2 352	(16 232)
2 400	164 743	(706 096)	9 744	(54 140)	11 416	(63 744)
3 600	136 563	(608 995)	12 075	(69 308)	25 884	(147 428)
4 800	74 062	(378 129)	9 213	(58 265)	28 299	(180 509)
6 000	41 102	(225 551)	5 486	(35 253)	21 388	(142 115)
9 000	44 695	(263 916)	6 433	(41 641)	34 423	(229 879)
20 000	31 054	(196 213)	4 223	(28 806)	37 769	(274 875)
50 000	7 674	(47 156)	1 136	(8 395)	21 455	(168 674)
100 000	1 098	(6 298)	138	(968)	2 929	(24 662)
100 000 u. mehr	414	(2 696)	47	(448)	1 199	(8 722)

*) nur statistisch erfaßte Steuerbelastete und Steuerbefreite.

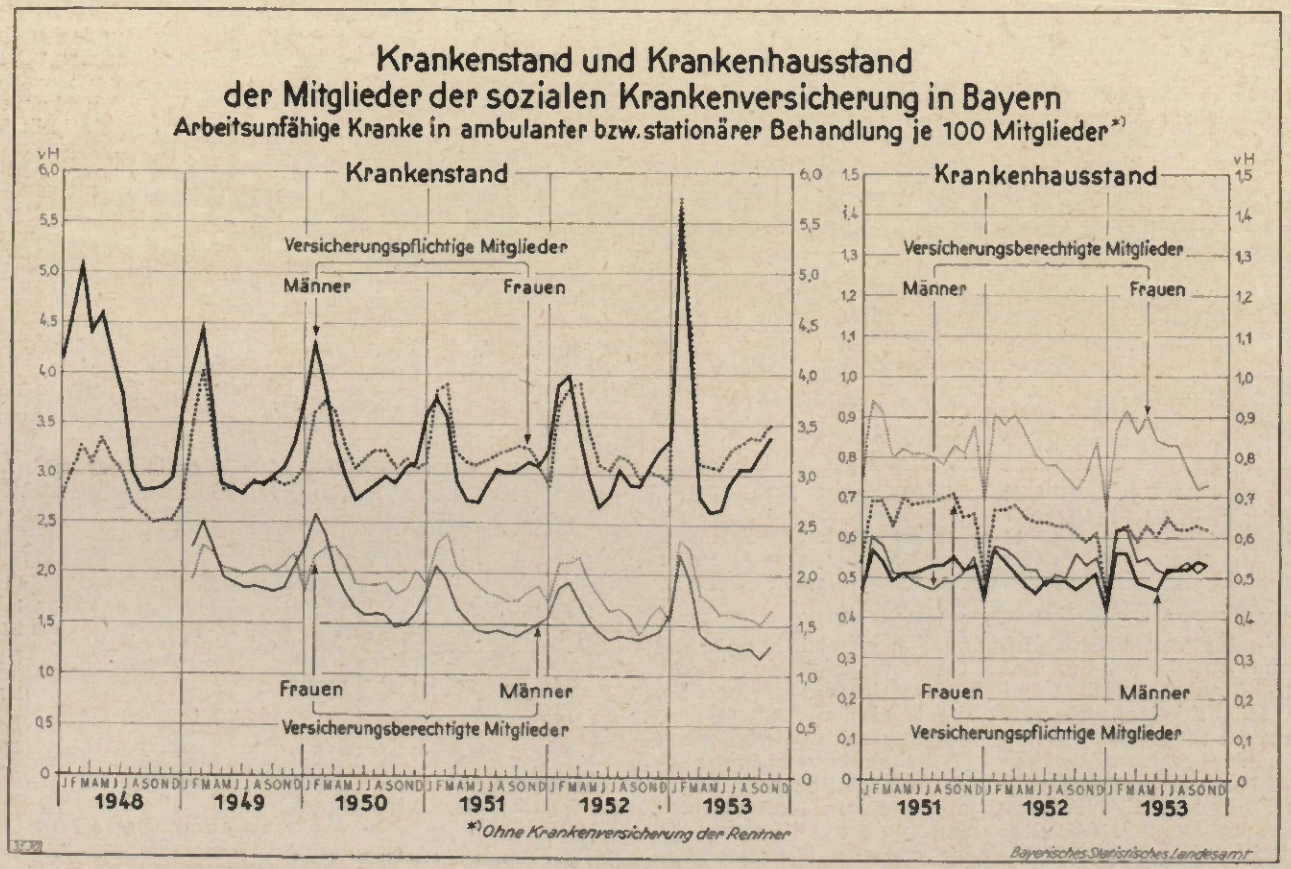
Nach den Äußerungen der Ortskrankenkassen könnte man annehmen, daß die ständige Erweiterung des Personenkreises der sozialen Krankenversicherung aus sozialer Not entsprungen ist. Während im Jahre 1885 von 100 Einwohnern 10, 1905: 20, 1915: 20 und 1925: 30 Versicherte der als soziale Krankenversicherung bezeichneten, seinerzeit für die Unbemittelten gedachten Einrichtung waren, waren es im Jahre 1953: 80 (in Worten: achtzig!). Auch in der privaten Krankenversicherung („Die Ortskrankenkasse", 1954, Nr. 12, S. 281) ist ein ähnlicher Vorgang zu beobachten. Bis zum Jahre 1924 überstieg die Zahl der Versicherten in der privaten Krankenversicherung nicht die Grenze von 500 000 Personen. 1939 waren im alten Reichsgebiet bereits 10 000 000 Versicherte vorhanden. Heute im Bundesgebiet, also auf einem wesentlich verengertem Raum und mit einer bedeutend niedrigeren Zahl von Einwohnern (Deutschland in den Grenzen vom 31. 12. 1937: 69 314 100, in der Bundesrepublik am 13. September 1950: 47 695 700 Einwohner) gibt es rund 9 000 000 Angehörige der privaten Krankenversicherung. „Die Ortskrankenkasse" betont in dem zitierten Aufsatz, daß im Jahre 1885 etwa 10 bis 12 v. H. der Bevölkerung den Versicherungsschutz gegen Krankheit benötigten, während es heute über 95 v. H. sind. Wenn es dort weiter heißt: „Diese Entwicklung zeigt eine gewaltige Umschichtung der sozialen Verhältnisse, sind doch heute kaum 5 v. H. der Bevölkerung in der Lage, aus eigener Kraft den wirtschaftlichen Gefahren der Krankheit zu begegnen", so genügt es, auf die soeben erwähnten Zahlen der Lohnsteuerstatistik und der Einkommensteuerveranlagung hinzuweisen, um das Groteske dieser Behauptung zu beleuchten. Die prozentuale Steigerung der Zahl der Versicherten als Zeichen einer „Umschichtung der Sozialverhältnisse" hinzustellen, bedeutet doch entweder eine Bankrotterklärung der ganzen sozialpolitischen Arbeit seit einem halben Jahrhundert oder aber eine geradezu beleidigend niedrige Einschätzung der Urteilsfähigkeit des Lesers.

In der sozialen Krankenversicherung, die zum Unterschied von der privaten Krankenversicherung keine Risiken ausschalten kann, bedingt die hohe Zahl der weiblichen Kassenmitglieder (bei geringerem Beitragsaufkommen) nicht nur zusätzliche Leistungen für Wochenhilfe, sondern, wie Dr. E. Schmidt in einer Untersuchung über „Das Geschlecht als Risikofaktor in der sozialen Krankenversicherung" (Bayern in Zahlen, 1954, Heft 2) ausführt, durch den höheren Krankenstand und Krankenhausstand auch ein höheres Krankheitskostenrisiko. Die Männer werden im Laufe eines Jahres zwar öfter krank als die Frauen, sie genesen aber auch schneller. (Auf die Auswirkungen des Alters wurde schon eingangs hingewiesen.) In den Jahren 1950 bis 1953 erfolgte eine verstärkte Arbeitsaufnahme der Frauen (Frauen 7,5 v. H., Männer 2,1 v. H.), es nahmen daher auch die weiblichen Mitglieder der sozialen Krankenversicherung stärker zu (Frauen 5,6 v. H., Männer 1,6 v. H.). Da, wie Schmidt ausführt, das Arbeitseinkommen der Frauen im einzelnen unter dem der Männer liegt, ist auch ihr nach dem Grundlohn bemessenes Beitragsaufkommen zur Krankenversicherung niedriger. Dagegen sind die von der sozialen Krankenversicherung für sie aufzubringenden Leistungen höher als für die Männer. Die Wochenhilfsfälle stiegen von 1950 bis 1952 um 26,7 v. H., wodurch eine Erhöhung der einschlägigen Ausgaben um 56 v. H. bewirkt wurde. Daß bei der Bezahlung durch Kopfpauschale die längere Krankheitsdauer auch für den Arzt besondere Bedeutung hat, ist die weitere Folge. Seit 1950 hat sich der Unterschied zwischen der Krankheitsdauer der Geschlechter noch vergrößert: im Jahre 1949 waren die Frauen durchschnittlich zwei Tage, im Jahre 1952 hingegen vier Tage länger krank als die Männer. Sowohl bei den Versicherungspflichtigen wie bei den Versicherungsberechtigten waren durchwegs mehr Frauen als Männer in Krankenhausbehandlung.

Von 100 Kassenmitgliedern befanden sich in Krankenhausbehandlung im Jahresdurchschnitt

	bei den vers.-pflicht.		vers.-berecht.	
	Männern	Frauen	Männern	Frauen
1951	0.51	0.66	0.50	0.82
1952	0.50	0.63	0.64	0.81
1953	0.51	0.60	0.54	0.81

Allgemein befinden sich verhältnismäßig mehr Versicherungs-Berechtigte als -Pflichtige in Krankenhausbehandlung. Schmidt begründet



Ein neues Penicillin
zur oralen Therapie

Oratren

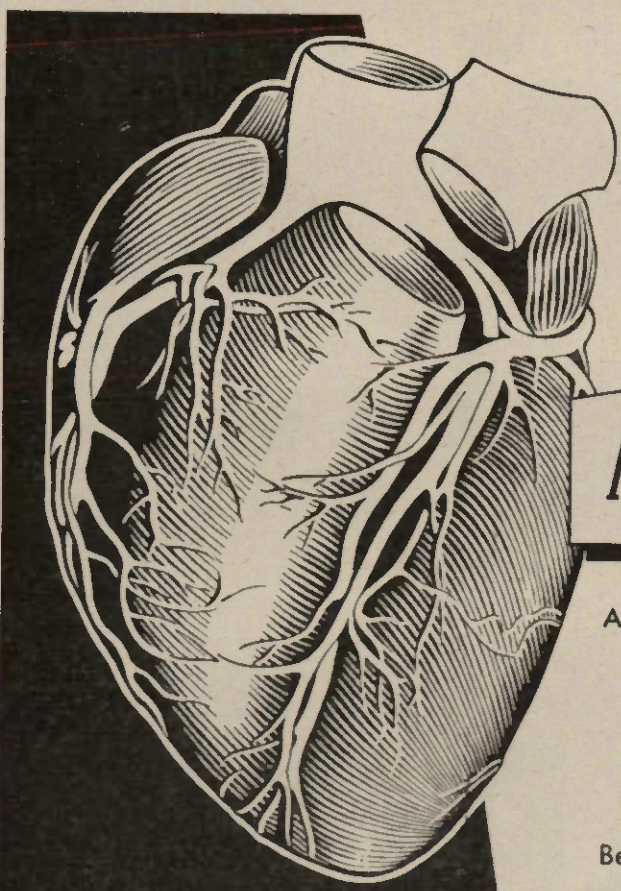
Phenoxymethyl-Penicillin (krist. Penicillin-V-Säure)

Oratren ist magensäurebeständig.
Es kann daher unabhängig von den Mahlzeiten eingenammen werden und ist ebenso wirksom wie Injektionen van Penicillin G.

Schanung der physiologischen Darmflora infalge geringerer Coli-Wirksamkeit ols Penicillin G.

Rährchen mit 10 bzw. 20 Tabletten zu 100000 E (60 mg)

BAYER »*Bayer*« Leverkusen



Für die kleine
Herz-Therapie

Miroton

Minden

Adonis, Convallaria,
Oleander, Scilla.

Objektive Herzwirkung, ausgesprochene Kreislaufkomponente.

Besonders geeignet für die Dauerbehandlung.

30 g Orig.-Packung DM 1,75 100 g Kur-Packung DM 4,70

CHEMISCHE WERKE MINDEN G.M.B.H. MINDEN · WESTF.

DES HERZENS TON

PAPAVERIN - ATROPINMETHYLNITRAT

NITROGLYCERIN

PHENYLAETHYLBARBITURSÄURE

EUPHYLLIN

BYK

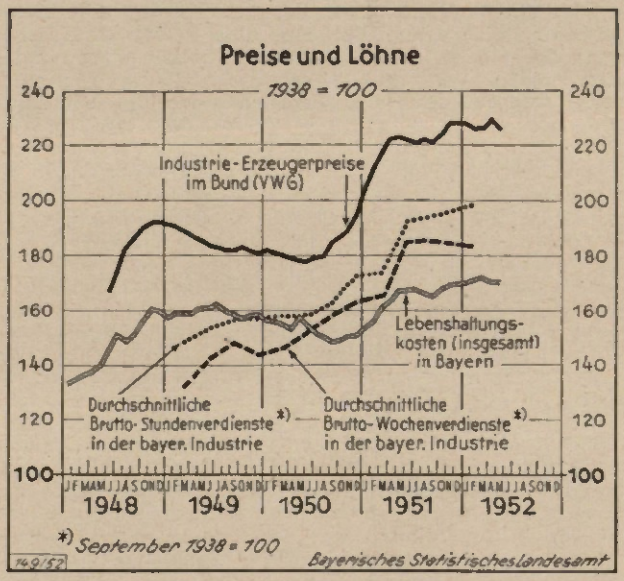
MYOCARDON

dies damit, daß angenommen werden muß, daß sich unter den versicherungsberechtigten Mitgliedern relativ zahlreiche Alleinstehende befinden, die im Krankheitsfalie eine geregelte Hauspflege entbehren, so daß eine Krankenhauseinweisung hier häufiger geboten erscheint als bei den meisten in einem Familienverband lebenden Versicherungspflichtigen. Dies ist unbewiesen und mag in manchen Fällen zutreffen. Es darf aber — und das ist bei den derzeitigen Bestrebungen nach einer weiteren Erhöhung der Jahresarbeitsverdienstgrenze sehr beachtenswert — nicht außer acht gelassen werden, daß die Personen mit einem höheren Einkommen auch höhere Ansprüche stellen, so daß einer zahlenmäßigen Vergrößerung des Mitgliederstandes eine Vermehrung der Kosten zu Lasten der bisher Pflichtversicherten gegenüberstehen würden. Vielleicht ist diese Erwägung für die RVO-Krankenkassen nicht von der zu erwartenden Bedeutung als vielmehr die Aussicht, auch noch den Rest der bisher nicht erfaßten 20 v. H. in ihre Krankenversicherung einzugliedern und so, sozusagen auf kaltem Wege, eine Einheitsversicherung zu erreichen.

Die Gefahr der Einheitsversicherung

Es wäre ein verhängnisvoller Irrtum, anzunehmen, daß der Gedanke an eine Einheitsversicherung im Bundesgebiet begraben ist. Es gibt doch zu denken, daß man bestrebt war und ist, die Zahl der Krankenkassen ständig zu vermindern. Gab es im Jahre 1914 2782, im Dritten Reich 919 Ortskrankenkassen, so ist die Zahl derselben nunmehr auf 393 abgesunken. Gegenüber 67 Ersatzkassen im Jahre 1914 zählt man heute 16. Die Gesamtzahl der Krankenkassen ist von 10 067 im Jahre 1914 auf 1922 zurückgegangen. Bei aller Würdigung der Vorteile der Zusammenfassung kleinerer Kassen aus verwaltungstechnischen Gründen, läßt die Tendenz doch eine Zusammenballung befürchten, eine Monopolisierung mit den verhängnisvollen Folgen jeglicher Machtanhäufung. In diesem Zusammenhang sei auf die eindeutige Stellungnahme von Staatssekretär a. D. A. Grieser, dem Altmeister der sozialen Gesetzgebung, hingewiesen, die er in einem Aufsatz „Sozialversicherung oder Einheitsversicherung“ (Das Band, Juli 1953) niedergelegt hat:

„Einheitsversicherung und klassische Sozialversicherung sind Formen des Sozialismus. Die klassische Sozialversicherung ist individualisierter Sozialismus, der berechtigte Eigenart gelten läßt. Einheitsversicherung ist kollektiver Sozialismus, der jede Eigenart unterdrückt, mag sie auch noch so berechtigt sein. Der Gegensatz ist klar und die Entscheidung nicht schwer. Für die klassische Sozialversicherung spricht die abendländische Soziallehre. Diese Lehre bekennt sich zu dem Rechte der freien Persönlichkeit. Dem Recht entspricht die sittliche Pflicht zur eigenen Vorsorge gegen die unvermeidlichen Wechselfälle des Lebens . . . Dem Versicherungszwang zieht die sittliche Ordnung eine ganz bestimmte Grenze. Es ist nicht gerade leicht, die rechte Grenze zwischen möglicher Selbsthilfe und notwendiger Genossenschaftshilfe zu finden. Ist sie zu eng, dann entstehen soziale Härten, ist sie zu weit, so schwächt sie die Eigenverantwortung . . . Die Einheitsversicherung bringt aber unter ihren Versicherungszwang auch Volksteile, welche die Versicherung nicht brauchen, sie auch nicht wollen, weil sie sich selbst helfen können. Will die Einheitsversicherung z. B. wirklich den Selbständigen, den Unternehmern, Handwerkern, Landwirten, freien Berufen usw. helfen? Oder sollen diese Volksteile mit ihren Beiträgen dem Unternehmen der Einheitsversicherung helfen? In diesem Falle verläßt die Einheitsversicherung ihr natürliches Gebiet; sie nimmt ein Stück Steuerhoheit für sich in Anspruch, denn für den verhältnismäßig hohen Beitrag finden Unternehmer, freie Berufe und Landwirte kein Aequivalent . . . Die Sozialversicherung ist für die Arbeiter und Angestellten eine notwendige Form des Gemeinschaftslebens zur Erreichung sozialer Zwecke . . . Sie darf dem Volke keine Verantwortung abnehmen, wo dies nicht unbedingt geboten ist. Die Einheitsversicherung vereint in sich Geld und Macht wie ein Konzern, der Wirtschaftszweige, die in der gleichen Ebene liegen, beherrscht . . . Übersteigerte Macht führt nie zum Guten.“



Gerade die Ereignisse der letzten Tage und Wochen lassen auf einem anderen Gebiete die Wahrheit dieser Erkenntnisse deutlich werden. Nach einer Periode der ständigen Lohn- und Gehaltsaufbesserungen, zu einer Zeit, da das Statistische Amt der Vereinten Nationen die Entwicklung der Reallöhne verglichen und festgestellt hat, daß die Bundesrepublik an der Spitze steht — (die Realverdienste verbesserten sich hier von 100 Mitte 1950 auf 122 Mitte 1953, in Frankreich nur auf 114 und in England sogar nur auf 102) —, ist es jetzt in fast allen Ländern Westdeutschlands zu großen Lohnkämpfen gekommen. Diese werden sicherlich auf die weitere Entwicklung auf politischem und sozialpolitischem Gebiet sowie auf die ganze Wirtschaft, die Preisentwicklung mit folgemäßigen inflationistischen Tendenzen nicht ohne Einfluß bleiben. Insofern muß uns Ärzte diese Entwicklung interessieren, schon darum, weil wir als Freiberufliche kaum eine Möglichkeit haben, unser Einkommen elastisch an die steigenden Lebenshaltungskosten anzupassen und weil wieder einmal der sauer ersparte Notpfennig unserer Altersversorgung zwangsläufig in seiner Kaufkraft sinken muß. Ohne daß wir zu der Frage der Berechtigung der Lohnkämpfe selbst Stellung nehmen wollen oder kön-

Zentrale Beruhigung, periphere Spasmolyse,
milde Dauer-Tonisierung

Bei vegetativ-dystonen Störungen

Besonders breites Indikationsfeld

UZARIL

UZARA-WERK · MELSUNGEN

nen, ist ein Vergleich aber doch angebracht. Die Ärzte sind zwar freiberuflich tätig, sind aber, soweit sie Kassenärzte sind, doch in einem gewissen mittelbaren Abhängigkeitsverhältnis von den Krankenkassen. Gelegentlich einer Pressekonferenz der Ortskrankenkassenverbände in Bonn (12. 7. 1954) wurde vom 1. Vorsitzenden Max Fischer darauf hingewiesen, daß die Gesamtvergütung der Krankenkassen, berechnet auf den Kopf des Versicherten, heute um mehr als 130 v. H. über den Ausgangsbeträgen von 1932 liegt. Die Indexziffern der Effektivverdienste für 24 Industriegruppen besagen, daß gegenüber September 1938 (= 100) die Bruttoverdienste der Facharbeiter im August 1953 in der Stunde auf 195,9, in der Woche auf 190,1, bei den angelernten Arbeitern auf 211,1 in der Stunde und 205,3 in der Woche, bei den Hilfsarbeitern auf 216,6 in der Stunde und 214,7 in der Woche, bei Fach- und angelernten Hilfsarbeiterinnen auf 229,3 in der Stunde und 223,1 in der Woche, bei den Hilfsarbeiterinnen auf 245,0 in der Stunde und 240,3 in der Woche gestiegen sind. Daß diese Arbeitnehmer die Vorteile der sozialen Gesetzgebung genießen, während der Arzt für den Krankheitsfall, die Arbeitsunfähigkeit, das Alter für sich selbst sorgen muß und erst sehr spät, sei es als angestellter Arzt in einem Krankenhaus oder anschließend nach einer gewissen Anlaufzeit als freiberuflich Tätiger, in einem, im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, relativ hohem Alter und daher auch in einem verhältnismäßig nur kurzen Lebensabschnitt Verdienstmöglichkeiten hat, ist immerhin recht wesentlich. Eine Beschränkung der Arbeitszeit gibt es für ihn, der Tag und Nacht seinen Beruf ausüben muß, nicht.

Verschiedene Wertung geleisteter Arbeit

Während Arbeiter und Angetellte eine Erhöhung der tarifmäßig festgelegten Entlohnungen für ihre Tätigkeit fordern und oft genug erlangen, reichen die von den Krankenkassen gezahlten Honorare gerade aus, um rund 60 bis 65% der Armensätze der Amtlichen Gebührenordnung an die Ärzte auszuzahlen.

Bei den Forderungen nach höheren Entlohnungen seitens der Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte) wird oft genug nicht in Betracht gezogen, welche wirtschaftlichen Folgen für den Arbeitgeber und für die Interessen des Staates (Export!) daraus erwachsen, während von den Ärzten durch Gesetz und Vertrag verlangt wird, daß die Höhe der Vergütung für ihre Leistungen „die besonderen Umstände bei der Krankenkasse und die allgemeinen wirtschaftlichen Notwendigkeiten angemessen berücksichtigt".

Es gibt aber, abgesehen von den wirtschaftlichen Folgen, direkte Auswirkungen der Arbeitsniederlegungen auf gesundheitlichem Gebiet. Die Versorgung mit Gas, Elektrizität und Wasser ist für die Bevölkerung lebensnotwendig. Das erkennt auch Hermann Grote in seinem der Taktik und Strategie des Streiks gewidmeten Buche an: „Sichergestellt werden muß ..., daß die Bevölkerung in ausreichendem Maße mit Gas, Wasser und Elektrizität versorgt werden kann, und daß Krankenhäuser, Krankenkassen und ähnliche Einrichtungen durch die Kampfhandlungen nicht in Mitleidenschaft gezogen werden." In Hamburg scheint nach den übereinstimmenden Meldungen der Blätter dieser Notwendigkeit bei dem Streik an den dortigen Versorgungsbetrieben nicht Rechnung getragen worden zu sein. Eine unzureichende Wasserversorgung kann zur Gefährdung der Bevölkerung durch das Auftreten von Infektionskrankheiten und in weiterer Folge zu einer von außen her bewirkten Belastung der Krankenkassen führen. Die notwendig gewordene übermäßige Chlorierung machte das Wasser ungenießbar. Ein Hinaufschnellen der Unfallziffern war zu verzeichnen. Der Ausfall der Beleuchtung der Straßen in der Nacht bedeutete eine erhöhte Gefährdung.

Verzicht auf jedes Kampfmittel?

Während die Ärzte auf dem a. o. Ärztetag in Bonn — hier allerdings nur mit geringer Mehrheit, der durch die Zusammensetzung der Delegierten noch besondere Bedeutung zukommt — sich für eine Zwangsschlichtung entschieden haben und damit freiwillig die letzte ihnen unter Umständen verbleibende Waffe eines nur die Krankenkassen, nicht aber die Kranken selbst berührenden vertragslosen Zustandes aus der Hand gaben, denken die Arbeitnehmer nicht daran, auf das Schlichtungsverfahren zu verzichten. Gerade die Ereignisse der letzten Zeit sollten den Ärzten eine ernste Mahnung sein, daß sie mit ihrer geringen Zahl nicht recht daran tun, sich für alle Zukunft dem Diktat eines immer mächtiger werdenden Kartells, wie es die Kassen sind, zu beugen und die Zwangsschlichtung durch ein Ministerium anzuerkennen, das ideologisch und politisch den Krankenkassen überaus nahesteht.

Weiterer Abbau freiberuflicher Tätigkeit?

Welche weitgesteckten Pläne vorliegen, geht deutlich aus der „Ortskrankenkasse" (1. Juli 1954, Heft 13) hervor:

> Als Konsequenz der ärztlichen Vertrauenskrise verbreitet sich die Einsicht, daß eine Neuorientierung der ärztlichen Tätigkeit notwendig ist. Sie bahnt sich auch bereits an, ohne daß aber die Kassenärzte bisher aktiv beteiligt wären.
>
> Der Staat geht an dieses Problem durch einen Ausbau der staatlichen Gesundheitsämter und durch Errichtung staatlicher Beratungsstellen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten — besonders Krebs — heran.
>
> Die Industrie baut ein eigenes Betriebsarztsystem aus.
>
> Die Unfallversicherung legt immer mehr Wert auf das von ihr entwickelte System der Durchgangsärzte. Die auf diese Weise erreichte Teamarbeit in Verbindung mit Spezialkrankenhäusern ergibt als Effekt eine gezielte Krankenbehandlung, die sich bewährt hat.
>
> Die Rentenversicherung baut die Heilstättenbehandlung aus und arbeitet an der Entwicklung neuer Formen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten.
>
> Die Kranken- und Rentenversicherungen legen immer größeren Wert auf einen Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes.
>
> Die Knappschaften halten an ihrem System des „Sprengelarztes" fest und denken auf Grund ihrer Erfahrungen mehr an dessen Ausbau als an eine Angleichung an das freiberufliche System der Kassenärzte. Besondere Krankenhäuser der Knappschaften laufen auch hier auf eine gezielte Krankenbehandlung hinaus.
>
> Im Bundesinnen- und -arbeitsministerium werden Pläne zum Ausbau einer vorbeugenden Gesundheitspflege erwogen.
>
> Betrachtet man diese Entwicklung im Zusammenhang, so beruht sie schließlich auf der Erkenntnis, daß der einzelne Kassenarzt nicht mehr alle Leistungen erbringen kann, die im Kampf gegen die Krankheit gefordert werden müssen. Es mag das zum Teil darauf beruhen, daß es sich, wie z. B. bei der sogenannten sozialärztlichen Tätigkeit, um neue ärztliche Tätigkeitsbereiche handelt. Zum großen Teil dürfte der Grund jedoch auch darin zu suchen sein, daß das Leistungsniveau der Kassenärzte in vielen Fällen den heutigen Erfordernissen einer intensiven Krankheitsbekämpfung nicht mehr gerecht wird.

Die eingangs erwähnten amtlichen Zahlen über die Erfolge ärztlicher Tätigkeit sind ein Beweis für die Unrichtigkeit dieser nicht scharf genug zurückzuweisenden Pauschalbeschuldigung.

In gedrängter Form — und vielleicht doch noch für den einen oder anderen zu breit — wurden wichtige Probleme des Tages aufgezeigt, die uns Ärzte nicht gleichgültig lassen können. Das Verhältnis zwischen den Ärzten und Krankenkassen unterliegt Einflüssen von außerhalb, die gerade deshalb besondere Beachtung verdienen. Bedeutung kommt der Tatsache zu, daß gerade die Gruppe der heute um höhere Entlohnung kämpfenden Arbeitnehmer in den Krankenkassen einen überragenden Einfluß hat[1]).

Es ist die merkwürdige Tatsache festzustellen, daß die aus den Arbeiter- oder Angestelltenkreisen entstammenden Arbeitnehmer, sobald sie die Position der Arbeitgeber in einer Krankenkasse einnehmen, oft ihren bisherigen grundsätzlichen Standpunkt, für die Arbeitnehmer — und das sind in gewissem Sinne die Ärzte den Krankenkassen gegenüber — einzutreten, rasch vergessen.

Eine weitgehende Aufklärung der Öffentlichkeit, aber auch der Ärzte selbst, über alle diese die Volksgesundheit mittel- oder unmittelbar berührenden Fragen tut not. Damit würden wir auch unsere Verhandlungsführer bei den kommenden Auseinandersetzungen unterstützen.

Anschrift des Verf.: München 38, Laimer Straße 28.

[1]) Daß wir mit dem Verständnis der Vertreter der Unternehmer in den Organen der Krankenkassen nicht unbedingt rechnen können, zeigen die Ausführungen des 2. Vorsitzenden der Vereinigung der Ortskrankenkassen und Vertreters der Arbeitgeber auf der erwähnten Pressekonferenz in Bonn.

[2]) Für die Überlassung der Schaubilder sei dem Bayer. Statistischen Landesamt herzlich gedankt.

Kaffee und Koffein

In den medizinischen Fachzeitschriften des In- und Auslandes sind Arbeiten, die das Thema Kaffee und Koffein betreffen, in den letzten Jahren recht spärlich vertreten. Wenn ein Autor heutzutage etwas über Kaffee schreibt, dann meistens mit der Absicht, vor einem Mißbrauch dieses Genußmittels zu warnen. Obwohl Koffein zu den Substanzen gehört, deren pharmakologische und klinische Eigenschaften längst bekannt sind und von denen auch nichts Neues erwartet werden kann, gehen doch die Vorstellungen von seiner Wirkungsweise noch immer beträchtlich auseinander.

Während Eichholtz in seinem Lehrbuch für Pharmakologie (7. Auflage 1951, Seite 326) die Auffassung vertritt, daß Koffein bei Angina pectoris unbrauchbar, ja sogar kontraindiziert sei, da das Herz durch die Koffein-Erregung zusätzlich belastet und daher der Zustand gewöhnlich verschlechtert werde, kommt Beckmann als Kliniker in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" (76, 1951, Seite 481) zu einem gegenteiligen Schluß: „Ich kann dem (d. h. der Auffassung von Eichholtz) keineswegs zustimmen, da ich oft sogar eine besonders gute Wirkung von Koffein gesehen habe, eventuell in Kombination mit Strophanthin. Wenn man die individuell verschiedene Empfindlichkeit gegenüber Koffein miteinrechnet, kann die Wirkung auch durch eine Tasse mehr oder minder kräftigen Kaffees erreicht werden."

Zur ähnlichen Auffassung wie Beckmann kamen auch Straub, Eichler und Stepp auf der 14. Tagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft, die im April 1938 in Berlin stattfand. Diese Tagung ist insofern erwähnenswert, weil sich hier zum letztenmal ein bedeutender medizinischer Kongreß mit dem Thema „Kaffee und Koffein" befaßte. Damals bestand — ebenso wie heute — eine gewisse Unruhe und Unklarheit in bezug auf die Kaffee-Koffein-Frage, weshalb auf jenem Pharmakologenkongreß weniger die pharmakologische Analyse des Kaffees als vielmehr seine Bedeutung für die Volksgesundheit zur Diskussion stand. In einem bemerkenswerten Referat legte damals Straub seinen Standpunkt klar, indem er sich gegen die weitverbreitete Auffassung von der Schädlichkeit des Kaffeegenusses wandte: „Es besteht die Gefahr, daß das Koffein als Bestandteil des Kaffees mißdeutet wird und zu einem gesundheitsschädlichen Stoff in der Meinung der Bevölkerung herabsinkt."

Wenn Pharmakologen und Kliniker schon vor 15 Jahren zu der Überzeugung kamen, daß das Kaffeetrinken normalerweise keine gesundheitsschädigenden Folgen haben kann, so hat sich daran bis heute nichts geändert. Wohl hat sich in der Zwischenzeit die Art und Weise der Zubereitung geändert. Die Nestle AG. kam mit einem Kaffee-Extrakt in Pulverform auf den Markt, der unter der Bezeichnung NESCAFE im Handel ist. Seiner vielfältigen Verwendungsmöglichkeit und seiner Eigenschaft, sich in heißem und kaltem Wasser gleichermaßen gut zu lösen, verdankt der NESCAFE seine große Beliebtheit. Er wird nach einem modernen Verfahren aus 100% Bohnenkaffee hergestellt und enthält keinerlei chemische oder andere Zusätze. Der Koffeingehalt einer Tasse NESCAFE unterscheidet sich nicht von dem einer Tasse anderen Bohnenkaffees.

Kaffee wird in letzter Zeit häufig in Zusammenhang mit der soviel diskutierten Managerkrankheit genannt, bei der es sich nicht um ein neues Krankheitsbild, sondern in den meisten Fällen um pectanginöse Zustände auf dem Boden einer Coronarsklerose handelt. Der gefürchtete Managertod ist eigentlich nichts anderes als ein Coronarinfarkt, der bei Managern und anderen vielbeanspruchten Menschen besonders häufig auftritt. Wenn auch im Zusammenhang mit der Managerkrankheit ganz allgemein vor einem Mißbrauch von Genußmitteln gewarnt wird, so bedeutet dies jedoch nicht, daß das Trinken von NESCAFE bei vernünftiger Dosierung einen ungünstigen Einfluß auf die Managerkrankheit hat. Im Gegenteil, klinische Beobachtungen haben ergeben, daß Kaffee bzw. Koffein die Coronardurchblutung fördert und dank seiner entgiftenden Wirkung auf Strophanthin eine rationellere Therapie mit den Herzglykosiden ermöglicht.

Da die belebende Wirkung des NESCAFE genau wie beim einfachen Bohnenkaffee vornehmlich auf seinem Koffeingehalt beruht, ist es bei bestimmten Krankheiten, bei denen eine Koffeinwirkung unerwünscht ist, ratsam, an Stelle des üblichen NESCAFE den NESCAFE KOFFEINFREI zu verwenden, der nur aus Kaffeebohnen hergestellt wird, denen in ungeröstetem Zustand der Koffeingehalt praktisch entzogen wurde.

KAFFEE-EXTRAKT IN PULVERFORM · EIN NESTLE-ERZEUGNIS

Gezielte Wirkung

bei **Keuchhusten**
Bronchitiden verschiedener Genese
Raucherkatarrh

PROSPAN
Wz. ges. gesch.

FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE
KARL ENGELHARD · FRANKFURT AM MAIN

L

ULCAURISAN

zur Fermentherapie aller schlecht heilenden Wunden

proteolytischer Wirkstoff

auf Heilsalbengrundlage

CHEMISCHE FABRIK · BAVARIA · MÜNCHEN-GRAFELFING

1

Arbuz
ein pflanzliches Verdauungs-Enzym
bei
Verdauungs-Beschwerden

ARBUZ, das pflanzl. Verdauungs-Enzym, bewirkt eine durchgreifende Verbesserung sowohl der Magen- wie auch der Darmleistung.

Bewährt bei Verdauungs-Störungen verschiedenster Genese — neurogenen, toxischen, Fäulnis-Dyspepsien- und Diarrhöen — gestörter Fettverdauung und Nahrungs-Verwertung.

Meist schlagartige Bebebung der subj. Beschwerden: Magendruck, Völle, Meteorismus, Ructus, Nausea etc.

Origin.-Packg. = 60 Tabl. DM 1.65. Doppel-Packg. = 120 Tabl. DM 3.—

2 **LAX-Arbuz**

Das enzymat. Laxans. Mildes Abführmittel von prompter Wirkung.

Aus Pflanzenstoffen der Anthrachinonreihe — potenziert durch das Arbuz-Enzym und emulgierende gallensaure Salze.

Original-Packg. = 20 Drag. DM 1.25. Kur-Packg. = 50 Drag. DM 2.90

3 **CHOL-Arbuz**

Zuverlässiges Choleretícum und Cholagogum mit fettverdauender, enzymat. Komponente.

Bei Cholecystitis, Cholangitis, Störungen der Leberfunktion und Gallensekretion. Normalisierte Fettverdauung, deshalb meist Wegfall der Diätbeschränkungen.

Original-Packg. = 20 Drag. DM 1.65. Kur-Packg. = 50 Drag. DM 3.70

4 **VERMI-zym**

Neu! Wurmmittel, welches die Darmparasiten in neuartiger Weise durch proteolyt. Enzyme andaut u. auflöst. Unschädlich, weil ungiftig!

Original-Packg. = 25 Drag. DM 2.80. Kur-Packg. = 75 Drag. DM 6.50

Ärztemuster und Literatur obiger Präparate zur Verfügung

Dr. Schwab G.m.b.H. München 23

MITTEILUNGEN

Sitzung der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer

Die Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer hat in ihrer Sitzung am 7. 8. 1954 in München einstimmig beschlossen, den Bayerischen Ärztetag in diesem Jahr in Passau am 23./24. Oktober 1954 abzuhalten.

Das genaue Tagungsprogramm wird noch bekanntgegeben.

Hilfe für Hochwassergeschädigte

Zur Linderung der Not der Hochwassergeschädigten hat die Bayer. Landesärztekammer den Betrag von

DM 5000.—

gespendet.

Darüber hinaus wurde zur Unterstützung von Kollegen, die Hochwasserschäden erlitten haben, von der bayerischen Ärzteschaft durch Beschluß vom 7. 8. 1954 seitens der Ärztekammer der Betrag von

DM 6000.—

zur Verfügung gestellt. Die Verteilung erfolgt durch eine Kommission, zu der von der Landesärztekammer drei Mitglieder bestellt wurden.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat ebenfalls den Betrag von

DM 6000.—

gespendet.

Änderungen des Bayerischen Ärztegesetzes

Wie bereits in der Juli-Nummer unseres Blattes mitgeteilt wurde, ist der Entwurf für eine Änderung und Ergänzung des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 dem Bayerischen Senat zugeleitet und von den Ausschüssen für kulturpolitische und Rechts- und Verfassungsfragen gemeinsam beraten worden. Das von diesen vorgelegte Gutachten zum Gesetzentwurf sieht keine grundsätzlichen Änderungen vor. Ihm wurde in der Plenarsitzung des Senats vom 5. August ohne Debatte und einstimmig die Zustimmung erteilt. Der Entwurf wird nun dem Bayer. Landtag zur Beschlußfassung zugehen.

Jahresversammlung des Herausgeberkolleglums der Münchener Medizinischen Wochenschrift

Am 11. Juli fand unter dem stellvertretenden Vorsitz von Prof. Bodechtel in München die Jahresversammlung des Herausgeberkollegiums der Münchener Medizinischen Wochenschrift statt. Wie alljährlich, wurden aus dem Gewinn des Blattes namhafte Spenden beschlossen: so u. a. 10 000 DM an Ärztewitwen und -waisen; 11 000 DM für Unterstützung von Kongreß- und Forschungsreisen, meist an Assistenten, 37 000 DM für sonstige Unterstützung wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiete der Medizin, 11 000 DM für die Bibliothek des Ärztlichen Vereins in München. 1000 DM für die Hochwassergeschädigten in Bayern.

Straffreiheit bei Führung falscher Namen

Das Bundesministerium des Innern weist auf die Bestimmungen des Amnestiegesetzes vom 17. Juli 1954 hin, nach denen Straffreiheit gewährt wird, wenn falsche Namen bis zum 31. Dezember 1954 durch Selbstanzeige berichtigt werden. Das Amnestiegesetz von 1954 wiederholt damit Vorschriften des Amnestiegesetzes von 1949. Nach dem Zusammenbruch waren bekanntlich viele Personen unter falschen Namen untergetaucht. Von der Möglichkeit, durch Selbstanzeige bis zum 31. März 1950 Straffreiheit zu erlangen, ist jedoch nur in wenigen Fällen Gebrauch gemacht worden. Nach der jetzt eingetretenen Beruhigung der Verhältnisse kann jeder, ohne sich der Gefahr der Strafverfolgung auszusetzen, seine Personalangaben gegenüber dem Einwohnermeldeamt berichtigen.

Es ist nicht damit zu rechnen, daß die zum 31. Dezember 1954 festgelegte Frist verlängert oder daß die Führung falscher Namen noch einmal amnestiert wird. Das Amnestiegesetz bietet daher eine letzte Gelegenheit, die Personalangaben zu berichtigen.

Mitgliederhöchststand bei der gesetzlichen Krankenversicherung

Wie die Pressestelle des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Soziale Fürsorge mitteilt, hat der Mitgliederstand bei der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern Ende März 1954 mit 3 103 314 Mitgliedern einen neuen Höchststand erreicht. Die Zunahme seit dem winterlichen Tiefstand am 1. 1. 1954 war mit 6,2% größer als in der gleichen Zeit der Vorjahre (1951: 3,8%, 1952: 5,2% und 1953: 4,8%). Diese Entwicklung hängt hauptsächlich mit dem schnellen Rückgang der Arbeitslosigkeit durch die Belebung des Baumarktes zusammen. Der Höchststand der Mitgliederzahl in diesem Jahr und damit insgesamt ist aber wahrscheinlich noch gar nicht erreicht. Denn nach den Erfahrungen der letzten Jahre ist bis zum Sommer eine weitere Zunahme der Mitgliederzahl zu erwarten.

Der Mitgliederbestand der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern hat sich innerhalb eines Jahres (Stichtag 1. April) um 105 000 (3,5%) erhöht. Einen wesentlichen Anteil an der Zunahme hat die Gruppe der versicherungsberechtigten Personen (sie setzt sich im wesentlichen

ergo sanol

kupiert Kopfschmerz

aus jenen Krankenkassen-Mitgliedern zusammen, deren Einkommen über der Krankenversicherungs-Pßichtgrenze liegt), die innerhalb der Gesamtzahl der Mitglieder von 501 167 auf 534 575 Mitglieder, also um 6,7% anwuchs. An der Gesamtzunahme der Versicherten um 105 000 sind beteiligt: Versicherungspflichtige mit 68,2%, Versicherungsberechtigte mit 31,8%, während von der Gesamtzahl der Versicherten überhaupt die Versicherungsberechtigten nur 17,2% ausmachen.

Die Zahl der bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherten Kranken, die im Januar 1954 einen Höchststand erreicht hatte, ist in den folgenden Monaten wesentlich zurückgegangen, wobei die Verringerung der Krankenzahl bei den männlichen Versicherten weit stärker war als bei den weiblichen. Auf 10 000 versicherungspflichtige Mitglieder kamen noch Ende Januar 399 arbeitsunfähige Kranke, Ende März waren es dagegen nur noch 326. Die Vergleichszahlen aus den vergangenen Jahren (Stichtag 31. März): 1951 = 303, 1952 = 360 und 1953 = 288.

Die Zahl der Versicherten in Krankenhausbehandlung lag auch in den letzten Monaten wie in den Jahren 1951—1953 bei den weiblichen Versicherten höher als bei den männlichen. Der Krankenhausstand war, soweit die gesetzlichen Krankenkassen betroffen wurden, in der Zeit von Ende Januar bis Ende März 1954 fast durchwegs höher als in den gleichen Monaten des Vorjahres.

Abkommen über medizinisches Studium zwischen Deutschland und Italien

Wie verlautbart wird der Bundesrat das von der Ärzteschaft angeregte und vorbereitete Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Italien zur Regelung der Berufsausbildung von Ärzten des anderen Landes im Gebiet des eigenen Landes behandeln. Es ist damit zu rechnen, daß das Abkommen sowohl vom Bundesrat als auch vom Bundestag gebilligt werden wird.

Stipendien der Internationalen Kinderzentrale

Die Internationale Kinderzentrale erteilt Stipendien für 1954/55 an Bewerber, die gewillt sind, in den Laboratorien der Zentrale in Paris mitzuarbeiten. Vor allem werden Arbeiten über Tuberkulose- und Keuchhustenschutzimpfung gewünscht. Das Stipendium beträgt außer den Reisekosten monatlich 60 000 ffr. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an: Prof. Dr. Bugnard, Centre international de l'Enfance, Château de Longchamp, Paris 16e.

Studienreise nach Barcelona

Aus Anlaß des III. Internationalen Kongresses für Krankheiten des Thorax des American College of Chest Physicians, der, wie wir bereits in der Mai-Nummer des „Bayer. Ärzteblattes" mitgeteilt haben, in der Zeit vom 4. bis 8. 10. 1954 in Barcelona stattfindet, führt das Büro für internationale Fach- und Studienreisen, Tübingen, Friedrichstraße 15, eine Fachreise für Ärzte nach Spanien durch. Jedem Interessenten bietet sich hier die Möglichkeit, im Rahmen einer guten Gesellschaftsreise und unter der vorteilhaften Ausnützung einer entsprechenden Bahnermäßigung nach Spanien zu reisen. Reiseprogramme sind direkt beim Büro in Tübingen erhältlich, welches auf Wunsch auch weitere Einzelheiten mitteilt.

Wenn auf Zusendung von Honorarrechnungen verzichtet wird

Bei der Behandlung von Freunden und Bekannten wird häufig von der Zusendung einer Honorarrechnung abgesehen und damit auf ein Honorar verzichtet. Ein findiges Finanzamt hatte diese Verzichte als nichtabziehbare Spenden (!) angesehen und dem Gewinn des Arztes als nicht umsatzsteuerpflichtige Betriebseinnahmen hinzugerechnet.

Das Finanzamt Stuttgart ist dieser Auffassung im Urteil vom 21. 12. 1953 III 437/—441/52 u. a. mit folgender einleuchtenden Begründung entgegengetreten:

Es ist ein Unterschied, ob jemand die Bezahlung seiner Leistungen nicht verlangt und so Einnahmen und damit Gewinne nicht verwirklicht, oder ob jemand tatsächlich Zuwendungen macht, d. h. Ausgaben hat, und dadurch seine Einkünfte mindert. Wenn im letzteren Fall das EStG (§ 12) bestimmte Zuwendungen unter dem Gesichtspunkt einer Verwendung des Einkommens für nicht abziehbar erklärt, muß diese Vorschrift beachtet werden, falls die Voraussetzungen erfüllt sind. Ebenso gilt aber auch der Grundsatz, daß nichtverwirklichte Gewinne nicht zu besteuern sind. So liegt der Sachverhalt hier. In den geschilderten Fällen hat der Beschwerdeführer Honorare weder tatsächlich noch bürgerlich-rechtlich oder wirtschaftlich (etwa nach der Verkehrsauffassung betrachtet) eingenommen. Cordes, Vechta

Steuerfragen, die den Arzt interessieren!

An die Fachabteilung Elektromedizin im Zentralverband der elektrotechnischen Industrie, die Interessenvertretung der elektromedizinischen Industrie, wird oft die Frage herangetragen, ob es nicht möglich sei, eine Verbesserung der Abschreibungsmöglichkeiten für elektromedizinische Apparate zu erreichen. Nach den Richtlinien des Bundesfinanzministeriums wird bei der Abschreibung für elektromedizinische und Röntgenapparate ein Nutzungszeitraum von 10 Jahren zugrunde gelegt. Auf Einspruch der Fachabteilung Elektromedizin hat das Bundesfinanzministerium mitgeteilt, daß eine höhere Absetzung für Abnutzung möglich ist, wenn der Arzt seiner zuständigen Finanzbehörde im Einzelfall eine kürzere Nutzungsdauer des Apparates nachweisen kann.

Die Fachabteilung Elektromedizin hat festgestellt, daß in zahlreichen Fällen eine 10jährige Nutzung der Apparate nicht möglich ist, weil diese infolge der Fortschritte der Medizin und der Technik nicht mehr den Anforderungen der modernen Medizin entsprechen. Darüber hinaus ist teilweise die Verwendung der Apparate auch auf Grund behördlicher Vorschriften nicht mehr möglich. Die Ärzte würden gerne ihre Patienten mit den modernsten Apparaten behandeln, aber es muß ihnen die Anschaffung finanziell möglich sein. Deshalb besteht bei der Ärzteschaft erhebliches Interesse, generell für elektromedizinische

Uro-Med

schmerzstillendes

Harnantisepticum

MED

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

Apparate die Möglichkeit einer Abschreibung innerhalb eines kürzeren Zeitraumes zu haben.

Die Fachabteilung Elektromedizin ist bereit, mit der Steuerbehörde wegen Verbesserung der Abschreibungsmöglichkeit zu verhandeln, die generell für bestimmte Apparategruppen gewährt werden soll und dem Arzt die Beweisführung im einzelnen erspart. Es wäre aber erwünscht, für diese Verhandlungen Material aus der Praxis zu haben. **Wir bitten deshalb, uns über Ihre Erfahrungen zu berichten und uns durch Überlassung von Unterlagen aus der ärztlichen Praxis zu unterstützen.**

Anschriften an: Fachabteilung Elektromedizin im ZVEI Nürnberg, Urbanstraße 40.

PERSONALIA

60. Geburtstag von Dr. Ernst Hense

Am 5. August 1954 feierte Dr. Ernst Hense, der Vizepräsident der Bayer. Landesärztekammer, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt und -Land und 1. Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, die 60. Wiederkehr seines Geburtstages. Aus diesem Anlaß veranstalteten die genannten Organisationen am Abend des 6. August in der „Torggelstube" in München gemeinsam eine schlichte Feier.

Da die meisten der Anwesenden mit Dr. Hense seit vielen Jahren durch gemeinsame Arbeit eng verbunden waren, bekam die Veranstaltung die Note einer Familienfeier, die durch die Anwesenheit der Gattin des Jubilars und die stimmungsvolle Aufmachung des Raumes unterstrichen wurde.

Wie sehr Dr. Hense sich den Dank der Kollegen nicht nur der Organisation seiner engeren Heimat, sondern auch weit darüber hinaus verdient hatte, kam in den Glückwünschen zum Ausdruck, die als erster der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Weiler, ihm aussprach.

Wenn auch das Gesetz das Amt des Vizepräsidenten nicht in das Rampenlicht der Öffentlichkeit stellt, so bringen doch die Verhältnisse des Standeslebens auch für ihn ein gerüttelt Maß von Pflichten und Aufgaben mit sich, für deren Erfüllung der Präsident ihm seinen Dank aussprach. Besonders galt dies seinem wertvollen Rat und seiner klugen Vermittlertätigkeit in manchen gespannten Situationen in der turbulenten Zeit des Neuaufbaues der Standesorganisationen.

Ganz besonderen Anlaß zu danken hatte der Ärztl. Bezirksverein München-Stadt und -Land, dem Dr. Hense als 1. Vorsitzender bereits in der zweiten Wahlperiode (1949 und 1952) seine ganze Kraft widmete. Professor Störmer, der im Namen der Vorstandschaft diesen Dank aussprach, erinnerte außer an die vielen Verdienste auf anderen Gebieten auch an die Schaffung eines eigenen Wohnungsreferates für ärztliche Wohnungs- und Praxisräume, wobei es Dr. Hense gelungen war, in aufopfernder Arbeit in der Zeit der schwersten Wohnungsnot, Hunderten von ausgebombten und evakuierten Kollegen wieder Wohnungs- und Arbeitsgelegenheit zu schaffen.

Da vor dem Inkrafttreten des Bayer. Kassenarztrechtes die Geschäfte einer KV vom Bezirksverein mit wahrgenommen werden mußten, kam Dr. Hense auch mit diesem Sektor des Standeslebens in engere Berührung und bekleidete auch weiterhin wichtige Posten in der Organisation der KV. So wurde er 1949 und 1952 zum 1. Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KV Bayern gewählt und führte nach dem Tode Dr. Landauers ein Jahr lang die Bezirksstelle München als 1. Vorsitzender. Für die große von ihm geleistete Arbeit dankte ihm Dr. Petz, sein derzeitiger Nachfolger auf diesem Posten.

Für den Marburger Bund überbrachte Dr. Hellbrügge die Glückwünsche.

Mit der Aufzählung all dieser Ämter und Funktionen ist aber die standespolitische Tätigkeit Dr. Henses längst nicht erschöpft. Seitdem er 1927 sich an der Gründung der Vereinigung Praktischer Ärzte beteiligte, hat er immer mit an der Lösung der Probleme unseres Standes gearbeitet. Als im Jahre 1945 unter besonders erschwerten Verhältnissen und oft gegen den Widerstand einer Besatzungsmacht es galt, eine geregelte ärztliche Versorgung wieder in Gang zu bringen, war er mit unter den ersten, die sich dieser schwierigen und nicht immer gefahrlosen Aufgabe unterzogen. Nach Schaffung der zentralen Organisation übertrug ihm das Vertrauen der Kollegen auch hier wieder wichtige Posten, so die Mitgliedschaft im Präsidium des Deutschen Ärztetages und des Gesamtvorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und des Geschäftsführenden Vorstandes dieser Arbeitsgemeinschaft. Außerdem gehört er zahlreichen Ausschüssen an. Auch die bayerische Staatsregierung bediente sich seines fachkundigen Rates als sie ihn im Jahre 1947 in den Landesausschuß für das Gesundheitswesen in Bayern berief.

So dürften wohl die Glückwünsche, die ihm an diesem Tage von berufenen Vertretern der Standesorganisationen dargebracht wurden, als der aufrichtige Dank der gesamten bayerischen Ärzteschaft gelten, die sie einem Manne darbringt, dessen Einstellung zu seinem Beruf nicht besser gekennzeichnet werden kann, als mit dem Motto, das als Ex libris in seinen Büchern zu finden ist:

„aliis serviendo consumor!"

*

Professor Dr. Dr. h. c. Ickert, der Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, ist von der American Trudeau Society (USA) zum Korrespondierenden Mitglied gewählt worden.

Prof. Dr. Josef Beck, Direktor der Universitäts-Hals-, Nasen-, Ohren-Klinik Erlangen, wurde zum 1. Vorsitzenden der neugegründeten Arbeitsgemeinschaft für praktische Audiometrie und Hörerziehung gewählt.

EUSEDON
Neurosedativum
„Krewel"
In umfangreichen pharmakolog. Testreihen eingestellt auf
ausgewogen-harmonischen Wirkungscharakter u. hohen Verträglichkeitsindex
1) Angenehme Nervenberuhigung (bei Tagesdosierung)
2) Erquickender Schlaf (bei Nachtdosierung)
KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

AUS DER FAKULTÄT

Zum Dekan der Medizinischen Fakultät für das Studienjahr 1954/55 wurde Prof. Dr. Dr. Gustav Bodechtel (Direktor der II. Med. Univ.-Klinik München) gewählt.

Dr. med. Friedrich Erbslöh, Assistent der II. Med. Klinik München, wurde mit ME. Nr. V 43 010 vom 17. 7. 1954 zum Privatdozenten für Innere Medizin an der Universität München ernannt.

Dr. med. Werner Lang, Assistent der I. Med. Klinik München, wurde mit ME. Nr. V 47 130 vom 17. 7. 1954 zum Privatdozenten für Innere Medizin an der Universität München ernannt.

Dr. med. Adolf Schrader, Assistent der II. Med. Klinik München, wurde mit ME. Nr. V 43 006 vom 17. 7. 1954 zum Privatdozenten für Innere Medizin an der Universität München ernannt.

IN MEMORIAM

Sanitätsrat Dr. Karl Knöll †

Sanitätsrat Dr. med. Karl Knöll, der Senior der Weißenburger Ärzteschaft, langjähriger 2. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins Südfranken und Geschäftsführer der Kassenabrechnungsstelle der Ärzte Südfrankens, ist, 81 Jahre alt, am 20. Juli 1954 gestorben. In 53jähriger erfolgreicher Tätigkeit hat er sich in Weißenburg als tüchtiger und fürsorglicher Arzt hohes Ansehen erworben. Für seine Verdienste in der Säuglingsfürsorge und besonders in der Tuberkulosenfürsorge, die er im Stadtgebiet Weißenburg vorbildlich aufgebaut und jahrzehntelang betreut hat, wurde ihm an seinem 80. Geburtstag das Ehrenbürgerrecht der Stadt Weißenburg verliehen. Erst am 1. Mai dieses Jahres hat er seine Praxis niedergelegt und war noch bis in seine letzten Lebenstage für seinen Stand im Ausschuß zum Schutze des keimenden Lebens und als Vorsitzender des Voruntersuchungsausschusses des Ärztlichen Bezirksvereins Südfranken für das Berufsgericht tätig. Die südfränkischen Kollegen verlieren in ihm einen vorbildlichen Arzt und standesbewußten Kollegen. Dr. Doerfler

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Blutgruppenserologische Kurse

Das Asid-Institut München 13, Ingolstädter Landstraße 1, führt unter Leitung von Herrn Dr. med. Fischoeder, Leiter der human-medizinischen Abteilung, praktische Übungen in blutgruppenserologischen Arbeiten mit theoretischen Einführungsvorträgen, unter besonderer Berücksichtigung des Rhesusfaktors durch. Diese ganztägigen Informationskurse sind kostenlos.

Die praktischen Übungen beziehen sich auf Bestimmungen des Rhesusfaktors und seiner Untergruppen nach Standardmethoden, Antikörpernachweis einschließlich des Coombs-Testes sowie auf Verträglichkeitsprüfungen vor Bluttransfusionen (Kreuzprobe, Blutgruppen-Bestimmung).

Anmeldungen nimmt das Asid-Institut entweder schriftlich oder telefonisch unter der Rufnummer 3 35 47 entgegen.

Fortbildungskurs für praktische Medizin in Meran

vom 6. September bis 19. September 1954

veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern

Wissenschaftliche Gestaltung: Deutscher Senat für ärztliche Fortbildung im Zusammenwirken mit der Österreichischen Ärztekammer (mit der Durchführung beauftragt Doz. Dr. Pilgerstorfer, Referent für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer für Oberösterreich) und der Ärztekammer des Saarlandes in Saarbrücken.

Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayer, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Montag, 6. 9. 54, 16.00 Uhr: Begrüßungsansprache und Empfang der Teilnehmer durch die Kurverwaltung Merans.

Anmeldung: Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln a. Rhein, Brabanter Straße 13.

Ärztliche Fortbildung in Bayern

Im Auftrage der Bayer. Landesärztekammer

13. Fortbildungskursus für Ärzte in Regensburg vom 7. bis 10. Oktober 1954, veranstaltet vom „Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung".

Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn

PROGRAMM

Donnerstag, 7. Oktober 1954, 19 Uhr

Festvortrag im Reichssaal des Alten Rathauses

Professor Dr. D. Hartmann

Die geisteswissenschaftlichen Grundlagen der Naturwissenschaften

Freitag, 8. Oktober 1954

Hauptthema: Lymphoretikuläres System

Die pathogenetische Bedeutung des retotheliuten Systems
Prof. Dr. Fresen, Düsseldorf

Funktion und Struktur des retikulären Systems
Prof. Dr. Schallock, Mannheim

Lymphadenitis als Symptom und Krankheit im Kindesalter
Prof. Dr. Windorfer, Stuttgart

Entzündung und Speicherung als Ursache von Erkrankungen des retikulären Systems
Prof. Dr. Schulten, Köln-Merheim

Neoplastische Prozesse des retothetialen Systems unter Berücksichtigung der Lymphogranulomatose und des Plasmocytoms
Prof. Dr. Bock, Marburg/Lahn.

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Samstag, 9. Oktober 1954

Hauptthema: Wirbelsäule

Ergebnisse der Wirbelsäulenpathologie in ihrer Auswirkung auf Röntgenologie und praktische Medizin
Prof. Dr. Junghanns, Oldenburg

Die statischen Anomalien der Wirbelsäule und ihre Behandlung
Prof. Dr. Schede, Sunderbusch/Oldenburg

Die Spondylarthritis ankylopoetica, ihre Symptomatologie und Therapie
Prof. Dr. Böni, Zürich

Wirbelsäulenveränderungen als Ursache interner Erkrankungen
Prof. Dr. Gutzeit, Bayreuth

Die Beeinträchtigung des Nervensystems durch Wirbelsäulenveränderungen
Prof. Dr. Bannwarth, München

Die operative Behandlung der Nervenwurzelkompression und anderer bandscheibenbedingter Störungen
Dozent Dr. Kuhlendahl, Düsseldorf

Die Möglichkeiten konservativer Behandlung des Bandscheibenschadens
Prof. Dr. Zukschwordt, Bad Oeynhausen

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Sonntag, 10. Oktober 1954

Hauptthema: Impfschutz

Impfschutz als Aufgabe und Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege
Prof. Dr. F. Klose, Kiel

Resistenz, Impfschutz und Krankheit
Prof. Dr. W. Kikuth, Düsseldorf

Schutz und Gefährdung durch die Pockenimpfung
Prof. Dr. Herrlich, München

Diphtherie-, Scharlach-, Keuchhusten- und Tetanusschutzimpfung sowie die Anwendung von Kombinationsimpfungen
Prof. Dr. A. Wiskott, München

Schutzimpfung gegen Infektionen der Typhusbakteriengruppe
Prof. Dr. F. Höring, Worms/Rhein

Stand und Aussichten der BCG-Impfung gegen Tuberkulose
Prof. Dr. W. Calel, Kiel

Sozialhygienische Aufgaben des Impfschutzes
OMR Dr. Oster, Nürnberg.

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Der Kurs ist verbunden mit einer Ausstellung der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie.

Anfragen und Anmeldungen werden erbeten an das Sekretariat des ärztlichen Fortbildungskurses in Regensburg, Altes Rathaus, Zi. 5a, Telefon 36 51 — Nebenstelle 431.

HEILBÄDER, KURORTE UND SANATORIEN

Sanatorium Ebenhausen

bei München 700 m ü. M.

Klinisch geleitete Kuranstalt

für innere Erkrankungen

besonders für Herz- und Kreislaufkrankheiten

Leitende Fachärzte für innere Medizin: Chefarzt Dr. Stark u. Dr. Hüglin,

Psychotherapeutische Abteilung: Dr. med. Graf Wittgenstein

Ruf: Ebenhausen 665

Herzoghöhe Bayreuth

Privatklinik für innere Krankheiten, Nerven- u. Gemütsleiden. Klinische Diagnostik und Therapie.

Diätetik-, Fasten- und Mastkuren (Diabeteseinstellung). Nervenpunkt-, Bindegewebs- und Periostmassagen, Kurzwellen-, Ultraschall-, Überwärmungsbehandlung, Heilanästhesie u. Blokkadetherapie. Moderne Arzneitherapie, Entziehungskuren und Psychotherapie, Elektroschocktherapie, Fieberkuren

Leitung: Ordentl. Professor Dr. KURT GUTZEIT

Schwefelbad Schallerbach

Oberösterreich

- 37° C Naturwärme
- Bäder im strömenden Thermalwasser
- **Rheuma Kinderlähmung**
- Jährliche Bäderabgabe: 280 000
- Jahresfrequenz: 13 000 Kurgäste

MODERNES HEILBAD MIT ALTER BADERKULTUR

BAD BERTRICH

MOSEL

MAGEN · DARM · LEBER · GALLE · STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Kurbetrieb ganzjährig

BAD STEBEN

Das Radiumbad des Bundesgebietes

Eisenhaltige, kohlensaure Radium- und Moorbäder, Eisen- und Lithiumtrinkkuren. Heilanzeige: Herz- u. Kreislauf — Rheuma — Gicht — Ischias — Nerven — Frauenleiden — Schilddrüse — Leiden der ableitenden Harnwege. — Auskunft und Werbeschriften: Kurverwaltung Bad Steben im Frankenwald

BAYERISCHES STAATSBAD

Privatklinik

Dr. C. Ph. Schmidt

für Nerven- und Gemütskranke, beschränkte Patientenzahl. Priv. Atmosphäre. Elektroschock-Anoxie, Dauerschlaf, Psychotherapie, Streckbehandlung, Mastkuren usw.

München 15, Pettenkoferstr. 32, Telefon 5 10 02.

[redacted]

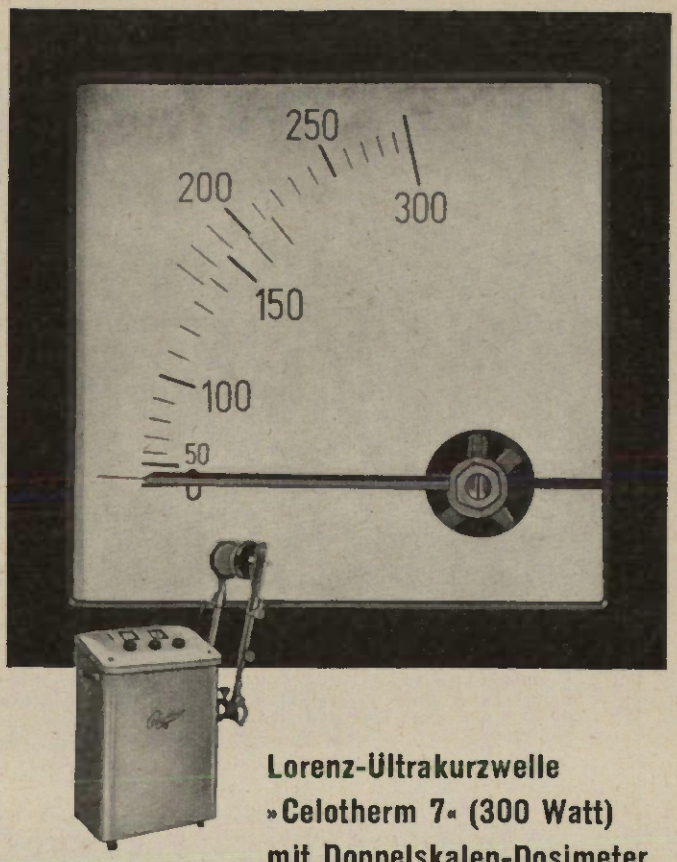
Magen- (Sodbrennen), Darm-, Leber-, Gallen-, Stoffwechsel-, Nieren- und Blasenkrankheiten

STAATL. FACHINGEN

Haustrinkkuren helfen!

A. u. p. Vorzugspreise!

Auskunft und wissenschaftliches Prospektmaterial unverbindlich durch: Fachinger Zentralbüro Wiesbaden, Im Güterbahnhof West



Lorenz-Ultrakurzwelle »Celotherm 7« (300 Watt) mit Doppelskalen-Dosimeter verhütet Überdosierung

C. LORENZ AKTIENGESELLSCHAFT STUTTGART

Bayerische Geschäftsstellen und Generalvertretungen
in München: Franz-Josef-Straße 1, Fernruf 3 20 63
in Erlangen: Hofmannstraße Nr. 54, Fernruf 24 63

ÄRZTEVERZEICHNIS BAYERN

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Das Verzeichnis enthält die Anschriften aller in Bayern niedergelassenen und bei Behörden und Krankenanstalten tätigen Ärzte.

Aus dem Inhalt: Freipraktizierende Ärzte mit Geburts- und Approbationsjahren, Gesundheitsämter, Landesgerichtsärzte, Landesimpfanstalten, Vertrauensärztliche Dienststellen, Krankenanstalten, Heilstätten, Ärztliche Organisationen u. a.

Die Einteilung ist durchweg nach Regierungsbezirken, Landkreisen und Orten getroffen. Ein alphabetisches Namensregister erleichtert das Auffinden bestimmter Ärzte.

Diese wertvolle Adressensammlung in handlicher Form enthält etwa 12 000 Anschriften. Wer sich in das Buch vertieft, bekommt ein ausgezeichnetes Bild der Arztverhältnisse und der sozialen Struktur in Bayern.

288 Seiten - Halbleinen DM 10.50

RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

Zur Trocken-Behandlung: Aktiv-Puder

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Abbach (372 m). Schwefelhaltige Quelle gegen Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen, Hautkrankheiten.

Aibling (491 m). Moorbad gegen Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen (Ischias), Kreislaufstörung.

Baden-Baden (220 m). Radioaktive Kochsalzthermen (68° C). Indikationen: Rheumatismus (Arthritis und verwandte Erkrankungen), Erkraakungen des Nervensystems. Aufbrauch- und Altersschäden des Bewegungsapparates und des Kreislaufes. Katarrhe der Atemwege (keine Tbc.), chronische Frauenleiden, Erschöplungszustände und Rekonvaleszenz.

Brückenau-Bad (300 m). Säuerlinge, Moorbäder gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

Brückenau-Sladl (310 m). Eisen- und schwefelhaltige Säuerlinge, Moorbäder, gegen Magen-, Darm- uad Stoffwechselkrankheiten, Rheuma. Mineralschwimmbad vorhanden.

Driburg: Herz-, Kreislauf-, Rheuma, Frauenleiden, Galle und Leber.

Bad Dürrheim (700—800 m). 27%ige Solquelle. Indikationen: Atemwege, Rheuma, Hilnsdrüsen.

Bad Ems (85 m). Natürliche Kohlensäure-Thermalbäder 27° bis 41° G gegen Katarrhe, Asthma, Herz- und Kreislauferkrankungen.

Feilnbach-Jenbach a. Wendelstein (540 m). Moorbäder gegen Rheuma, Ischias, Frauenleiden, Durchblutungsstörungen, Gelenkleiden aller Art.

Füssen-Faulenbach (804 m). Moorbäder, Kalziumsulfat-Quelle gegen Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen (Ischias), Hautkrankheiten und Kneippsche Therapie gegen Erkrankungen des vegetativen Nervensystems, Stoffwechselerkrankungen, Rheuma.

Bad-Gögging (Trajansbad). Schwefelhaltige Quelle, Schwefel- und Schwefelmoorbäder gegen Rheuma, Ischias, Haut- uad Frauenkrankheiten. Pensionspreis 5.— DM bis 6,50 DM.

Bad Griesbach/Schwarzwald. Eisensäuerlinge und kohlensäureh. Säuerlinge, Eisenmoore gegen Herz-Nerven-Rheuma, Ischias, Blut- und Stoffwechselerkrankungen, Frauenleiden, Heilklima.

Bad Kissingen. Kurmittel: Eisenhaltige Natrium-Chlorid-Säuerlinge, Natrium-Kalzium-Chlorid-Hydrogencarbonat-Sulfat-Säuerlinge für Trink- und Badekuren, Moorbäder (Badetorf). Heilanzeigen: Magen-, Darm-, Leber- nnd Galle-, Herz- nnd Gefäß-, Blut- und Stoffwechselkrankheiten, Rheuma und Frauenleiden.

Kochel am See/Obb. Kindererholungsheim, im Haus Jochberg, nimmt ganzjährig Kinder von 4—8 Jahren auf. Bitte Prospekt anfordern.

Königsfeld/Schwarzwald. Heilklimatischer Kurort. Neuerbautes Kurhad mit allen medizinischen Bädern, Kneippanwendungen. Sanatorien Westend, Luisenruhe und Sonnenhaus. Innere Krankheiten, Rekonvaleszenzen, Diätkuren.

Krumbad (550 m). Mineralarme Quelle gegen Erschöplungszustände, allgemeine Indikationen der Luftkurorte.

Bad Lüneburg. Sol- nnd Moorbad, Augenklinik. Dr. Goede: Alle Augenkrankheiten. Voranmeldung unbedingt notwendig!

Bad Mergentheim (210 m). **Sanatorium Kuranstalt am Franenberg GmbH.**, Tel. 331/449. Ärztlicher Leiter: Dr. med. W. Boecker, Facharzt für innere Krankheiten. Klinisch geleitetes Sanatorium mit eigener Bäderabteilung und elektrophysikalischer Therapie; Röntgeneinrichtung, klinisches Laboratorium. Für Galle-, Magen-, Darm-, Leber-, Zucker- und Stoffwechselkranke.

Sanatorium Dr. Kelterer, Bad Mergentheim, Tel. 340. Ruhige Lage, Haus ersten Ranges mit allen erforderlichen diagn. u. therap. Einrichtungen, 30 Betten.

Mittenwald (Karwendel), **Alpines Kinder-Kurheim**, Dr. Hedwig Schwarz. Modernes Haus, in staubfreier Waldlage über dem Ort in ca. 1000 m Höhe. 25 Kinder im Alter von 4—14 Jahren. Vorzüglich geeignet bei Asthma, Bronchitis, Hilusdrüsen und zur durchgreifendea Erholung.

Bad Neuenahr (92 m). 36° C warme, kochsalzarme und kohlensäurereiche, alkalisch-erdige Thermalquellen gegen Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Gicht), Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen nnd Darm), Erkrankungen der Leber- und Gallenwege, der Harnorgane (Niere und Blase), Herz- und Kreislauferkrankungen.

Oberandorf/Inn. Alpines-Privat-Kinderheim Waldfrieden, ärztlich betreut, für Kinder von 3—12 Jahren. Tagespr. 5.50 DM. Leitung: Frl. Maria Bezold.

Oberstdorf/Allg. Berghotel Höfatsblick auf dem Nebelhorn, 1932 m; Telefon 585/586. — Beste Erholung bei Anämie, allergischen und nervösen Krankheiten. — Rekonvaleszenz. Prospekte anfordern.

Bad Oeynhausen. Kohlensäurereiche Thermalquellen für Bade- und Trinkkuren, sullatische und reine Solquellen für Bade- und Inhalationskuren, Chlorkalziumquelle für Trinkkuren.

Oy (937 m). Thor-radium-haltige Quelle gegen Rheuma, nervöse Erschöpfung. Auskunft: Kur-Verwaltung.

Reichenhall. Privatklinik und Entbindungsheim von Dr. med. Hans Nahmmacher, Reichenhall, Weißstr. 8, Tel. 2023. Offen zur Belegung für alle Erkrankungsfälle unter lachärztlicher Behandlung. Ganzjährig, alle Kassen, Diätkost, schmerzlose Entbiadungen.

Kurhotel Löwen, das führende Haus, Radiumbäder, Suda-Bad im Hause, Liegehalle. Ärztl. geleitet.

Rollach-Egern am Tegernsee, Ringbergklinik
Telefon Tegernsee 43 41 - 60 Betten
Private Spezialklinik für biol. interne Tumortherapie
Chefarzt: Dr. Issels
Interne Nachbehandlung nach Op. u. Bestr. Primär inkurahle Tumoren, Lymphogranulomatose, Leukämie

Bad Soden-Taunus (140—200 m ü. M.). 250 Jahre Heilbad für Katarrhe, Asthma, Herz (Kreislaulstörungen).

Stehen (577 m). Radioaktiver eisenhaltiger Säuerling, eisenhaltiger Säuerling, eisenhaltiger Kalzium-hydrogen-carbonat-Säuerling, Moorbäder gegen Herz- und Gefäßkrankheiten, Nervenerkrankungen, Rheuma, Frauenleiden, Erkrankung der ableitenden Harnwege.

Bad Tölz, Alpen-Sanatorinm, bei Herz- und Adererkrankungen, Kreislaulstörungea, Bluthochdruck. Tagessatz ab 10 DM, preisgünstige Pauschalkuren.

Wiessee (730 m). Jod- und schwefelhaltige Natriumchlorid-Therme, jod- und schwefelhaltige Natriumchloridquelle gegen Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Atmungs- und Hautkrankheiten, Frauenleiden.

Privates Kindererholungsheim Haus Alpenblick, Bad Wiessee Süd a. Tegernsee, 750 m üb. d. M., modern, ärztl. überwacht, Fachkräfte, sehr gute Verpflegung. Ganzjährig geöffnet, Aufnahmealter bis zu 15 Jhr. Bitte Prospekt anfordern! (Auch Krankenkassen.)

Windsheim/Mfr. Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, Neuralgien und Neuritiden (Ischias, Lumbago), Frauenleiden, Affektion der Gallenwege und des Darmes (Obstipation, gastrokardialer Symptomenkomplex), Fettsucht, Nieren- und Harnleitersteine.

Bad Wörishofen (630 m). Geburtsstätte der Kneippkur. Vegetative Funktionsstörungen und deren organische Folgezustände — Herz- nnd Gefäßerkrankungen — Funktionelle Nervenkrankheiten — Endocrine und Stoffwechselstörungen — Rheumatisch-neuralgische Zustände — Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Atemwege, des Urogenitalbereiches und Frauenkrankheiten — Abhärtung, Vorbeugung, Schlafstörungen, Rekonvaleszenz.

MAGEN Rabro TABLETTEN
Rasches und subjektives Wohlbefinden bei guter Heilungstendenz.
Ein Fortschritt in der Behandlung von
Ulcus ventriculi Ulcus duodeni Gastritiden
Klinisch erprobt.
Kur-Packung
Klinik-Packung
Original-Packung
Klein-Packung mit 30 Tabletten DM 3.80
H. Trommsdorff · Aachen

OPEL-HÄUSLER
ZENTRALE
MÜNCHEN 12
LANDSBERGER STRASSE 83–87
TELEFON 58631
AUSSTELLUNGSRAUM: MÜNCHEN 2 · LENBACHPLATZ 6 · TEL. 52414
OPEL-KUNDENDIENSTSTATIONEN
MÜNCHEN-OST: M 8 · AUSSERE WIENERSTRASSE 65 · TEL. 45216
MÜNCHEN-WEST: MÜ.-OBERMENZING · VERDISTRASSE 96 · TEL. 82050
MÜNCHEN-SÜD: GRÜNWALD · SÜDL. MÜNCHNERSTR. · TEL. 471967
GM SERVICE

Kurs zur Einführung in die wichtigsten Tropenkrankheiten

Das Institut für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München 9, Am Neudeck 1, hält in der Zeit vom 25. bis 30. Oktober 1954 bei genügender Beteiligung einen Kurs zur Einführung in die wichtigsten Tropenkrankheiten für Ärzte, Tierärzte und Studierende ab. Kursgebühr 40 DM, für Studierende 20 DM.

Anmeldung erbeten bis 30. September 1954 an Prof. Dr. Herrlich, München 9, Am Neudeck 1. Das Kursprogramm geht den Teilnehmern nach Anmeldung zu.

AMTLICHES

Zulassungen im Arztregisterbezirk Oberfranken

Der Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken hat die Ausschreibung folgender Kassenarztstellen beschlossen:

Bamberg-Stadt	1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Landkreis Wunsiedel:	
Wunsiedel	1 prakt. Arzt
Thiersteln	1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für den Arztregisterbezirk Oberfranken, Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a, zu richten. Dort sind auch Bewerbungsformulare erhältlich. Letzter Termin für die Bewerbung: 10. 9. 1954.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Bezirksstelle Oberfranken
gez. Dr. Herlng, Vorsitzender.

Stellenausschreibung für Staatl. Bakt. Untersuchungsanstalt

Bei der Staatl. Bakt. Untersuchungsanstalt München ist die Stelle eines wissenschaftlichen Hilfsarbeiters (keine Beamtenstelle) zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die auf dem Gebiete der Bakteriologie Erfahrung besitzen. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. September 1954 bei der Staatl. Bakt. Untersuchungsanstalt München eingegangen sein. Die Vergütung erfolgt nach Gruppe III der TO A. I. A. Platz, Ministerialdirektor

Steilenausschreibung für den gewerbeärztlichen Dienst

Für den baldigen Eintritt in den gewerbeärztlichen Dienst in Bayern wird Arzt mit guten Kenntnissen in Allgemeinmedizin und möglichst mit Erfahrungen in Röntgenologie gesucht. Bewerber mit gewerbeärztlichen Kenntnissen und Erfahrungen oder mit Facharztanerkennung für innere Medizin werden bevorzugt. Bedingung ist die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst (Amtsarztexamen); sie kann ggf. nachgeholt werden.

Zunächst Anstellung nach Verg.Gruppe III TO A, später Übernahme in das Beamtenverhältnis nach Bes.Gruppe A 2 c 2 (Regierungsmedizinalrat) vorgesehen.

Bewerbungen mit Lebenslauf, beglaubigten Abschriften von Approbations- und Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Zeugnissen und mit Lichtbild sind umgehend beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge, München 15, Winzererstraße 9, einzureichen.

Bekämpfung der übertragbaren Kinderläbmung

Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat Auftrag gegeben, die Ärztlichen Bezirksvereinigungen über den Stand und die Ausbreitung der Kinderlähmung zu unterrichten.

Die Lage in Oberbayern ist nun folgende:

Seit Beginn des Jahres I954 bis heute sind insgesamt 46 Erkrankungsfälle gemeldet worden.

Für eine Epidemieprognose nach Windorfer müßte man nun diese 46 Fäile sinnvoll auf einzelne größere Gebiete mit mindestens 1/2 Million Einwohner verteilen. Zunächst kommt die Landeshauptstadt München mit dem Landkreis München mit 1 Million Einwohner als epidemiologische Einheit in Frage. Hier sind seit Jahresbeginn 14 Erkrankungen gezählt worden, also 0,14 auf 10 000 Einwohner. Eine größere Epidemie in diesem Bereich wäre also nach Windorfer nicht zu erwarten.

Die weiteren 32 Fälle lassen sich nur schwer einem geschlossenen größeren Raum zuordnen, sie verteilen sich über das ganze übrige Oberbayern und lassen nur im Alpenraum eine lokale Häufung im Landkreis Tölz und Rosenheim erkennen. Ferner muß in Betracht gezogen werden, daß im benachbarten Regierungsbezirk Niederbayern um Landshut seit Juni gehäufte Erkrankungen erfolgten. Jene Kreise Oberbayerns, die mit Landshut in stärkerem Verkehrskontrakt stehen, müssen daher, ebenso wie die Landkreise Tölz und Rosenheim, als epidemiegefährdet gelten. I. A. Dr. Moos, Regierungsdirektor

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Adolf Klinge GmbH., München 25,
Uzara-Werk, Melsungen,
Dr. Schwab, Arzneimittelfabrik, München 8,
J. R. Geigy AG., Basel. Pharma-Herstellung und Vertrieb für Deutschland: Dr. Karl Thomae GmbH., Biberach a. d. Riß,
„Atmos" Fritsching & Co. GmbH., Viernheim/Hessen.

„Bayerisches Ärzteblatt." Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königinstr. 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 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25/27, Telefon 25135. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 86 86, Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

*) = Anzeige außerhalb der Verantwortung der Redaktion.

Krewel
Vaporin
Im Zimmer zu verdampfendes
Säuglings- u. Kleinkind-Hustenspezificum
Keuchhusten — Bronchitis

KONGRESSKALENDER

INLAND

September

1.—3. in Berlin: Gemeinsame Tagung der Deutschen Tuberkulosegesellschaft und des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Auskunft: Prof. Dr. Ickert, Hannover, Sallstraße 41.

1.—3. in Würzburg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Anfragen an Priv.-Dozent Dr. Becker, Neurolog. Univ.-Klinik, Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

2. in Karlsruhe: Tagung der Wissenschaftlichen Vereinigung für Ultraschall. Auskunft: Dozent Dr. Kh. Woeber, Bonn, Univ.-Hautklinik.

3.—5. in Edenkoben: Sportärzte-Kongreß 1954. Leitthema: „Leibesübungen und Gesundheitserziehung." Auskunft: Herr Voelbel, Edenkoben.

3.—5. in Karlsruhe: 2. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung und -therapie e. V. Auskunft: Dozent Dr. Fr. Neuwald, Schönberg/Holstein, Kgl. privileg. Apotheke.

5.—8. in Wiesbaden: 36. Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft. Vorsitz Prof. Dr. H. Lossen. Anfragen an Dr. P. Kröker, Röntgen-Radiumabteilung des Ev. Krankenhauses, Huyssensstiftung, Essen.

6.—9. in Essen: Deutscher Pädiaterkongreß. Auskunft: Professor Dr. Bossert, Kinderklinik der Städt. Krankenanstalten, Essen, Hufelandstr. 55.

6.—18. in Langeoog: Forthildungskurs f. praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro d. Westdeutschen Ärztekammern, Köln a. Rh., Brabanter Straße 13.

9.—11. in Grünwald b. München, Sportschule: Tagung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus. Auskunft: Frau H. Landsberg, Heidelberg, Dantestraße 7.

12.—15. in Freiburg i. Br.: 98. Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte e. V. Anfragen an Prof Dr. F. Mietzsch, Wuppertal-Elberfeld, Friedrich-Ebert-Straße 217.

12.—19. in Nürnberg: Sportärztl. Ausbildungskurs des Bayer. Sportärzteverbandes e. V. Auskunft Dr. A. Rottler, Nürnberg, Wodanstr. 25.

16.—18. in Heidelberg: 21. Jahrestagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Schaefer, Heidelberg, Akademiestr. 3.

19.—25. in Freudenstadt/Schwarzwald: 7. Kurs in Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, Mainz, Schulstraße 13.

24.—26. in Bad Nauheim: 20. Fortbildungslehrgang der Bad Nauheimer Ärzte. Thema: „Regulationsstörungen des Kreislaufs in ihrer Beziehung zum Vegetativum und Wetter." Auskunft: C. W. Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.

24.—27. in Stuttgart und Bad Morgentheim: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.

25.—29. in Sigmaringen: Wissenschaftl. Tagung und Jahresversammlung der Deutschen Vereinigung für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. Auskunft Dr. Gernot Rath, Bonn, Medizinhistorisches Institut der Universität, Wilhelmstr. 35—37.

25.—30. in Freudenstadt/Schwarzw.: Psychotherapie-Seminar I. Anfänger und Fortgeschrittene. Auskunft: Dr. med. Graf Wittgenstein, Sanatorium Ebenhausen b. München.

AUSLAND

September

2.—4. in Evian (Frankreich): Congrès de la Lithiase Urinaire. Auskunft: Prof. Dr. A. C. Laroche, 16 rue Christophe Colomb, Paris 8.

2.—9. in Leyden: 8. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Zytologie. Anfragen an Prof. Dr. P. J. Gaillard, Universität Leiden (Holland).

3.—5. in Salzburg: Österreichischer Ärztekongreß der Van-Swieten-Gesellschaft. Auskunft: Sekretariat der Van-Swieten-Gesellschaft, Salzburg, Landeskrankenhaus, Prof. Dr. Domanig.

3.—6. in Saarbrücken-Homburg (Saar): 21. Tagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. F. Zipf, Bonn, Pharmakolog. Institut, Reuterstr. 2 b.

5.—11. in Hall b. Innsbruck: Interuational. Symposion für Psychiater, Psychologen und Theologen. Auskunft: Universitäts-Nervenklinik Innsbruck.

6.—10. in Rom: 3. Internationaler Poliomyelitiskongreß. Auskunft durch Auslandsdienst des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

6.—11. in Bern: 3. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Heilpädagogik. Anfragen an Dr. Berthold Stokois, Museumflat, Weteringplansoen 2, Amsterdam C.

6.—11. in Bern: VI. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Organisation: Prof. Dr. M. Dubois, Inselspital, Bern.

6.—12. in Paris: 5. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Dr. I. Bernard, 86. rue d'Assas, Paris 6e.

6.—19. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13.

7.—10. in Bad Ischl: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Auskunft: Dr. D. W. Krüger, Bad Ischl, Salzburger Straße 8.

8.—11. in Salzburg: 42. Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Pb. Erlacher, Wien I, Neue Hofburg, Orthop. Spital.

8.—11. in Wien: Internationaler Kongreß der Internat. Vereinigung ärztl. Kraftwagenverbände. Thema: „Arzt und Verkehrssicherheit." Auskunft: Kraftfahrer-Vereinigung Deutscher Ärzte e. V., Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 183.

12.—19. in Igls b. Innsbruck: Herbstkurs des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Sitz München. Thema: Die Ganzheitsmedizin in den verschiedenen Spezialfächern. Auskunft: Prof. Dr. K. Saller, München, Richard-Wagner-Straße 10/I.

13.—17. in London: 4. Symposium Neuroradiologicum. Auskunft: Honorary Secretary Dr. R. D. Hoare, National Hospital, Queen Square, London W. C. 1.

13.—17. in Scheveningen-Den Haag: International. Krüppelfürsorgekongreß. Auskunft: Miß H. P. Post, Pieter Lastmarkade 37, Amsterdam Z.

13.—19. in Neapel: Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin. Anfragen an Sekretariat Istituto di Medicina del Lavoro, Policlinico, Piazza Miraglia, Neapel.

13.—19. in Paris: V. Internationaler Kongreß für Bluttransfusionsfragen. Anfragen an den Generalsekretär des Congrès Internationale de Transfusion Sangnine, méd.-Col. Juillard, 57 Bv. D'Auteuil, Boulogne sur Seine.

13.—20. in Rom: 14. Internationaler Kongreß für Medizingeschichte. Auskunft: Prof. A. Pazzini, Istituto di Storia della Medicina, Univ. di Roma, Rom.

14.—18. in Amsterdam: 3. Internationaler Kongreß über Ernährungsfragen. Auskunft: Dr. M. van Ekelen, Centraal Institut voor Voedingsonderzoek, T.O.N.61, Catharynesingel, Utrecht, Holland.

15.—18. in Stockholm: 3. Tagung der Internationalen Gesellschaft für innere Medizin. Vorsitz: Prof. Dr. N. Svartz, Stockholm. Anfragen an Prof. Dr. Fr. Kauffmann, Städtische Krankenanstalten Wiesbaden.

15.—21. in Gardone (Gardasee): Tagung des Internationalen Ärztinnenbundes. Anmeldungen an Frau Dr. Albrecht, Hamburg 20, Heilwigstr. 12.

18.—19. in Bellagio: II. Kongreß über aktuelle Fragen der Chemotherapie der Tuberkulosebehandlung. Auskunft: Prof. E. Cuboni, Istituto Sieroterapico, Mailand, Via Darwin 20.

19.—21. in Bologna: 23. Italienischer Kongreß für Pädiatrie. Auskunft: Organisationskomitee Clinica Pediatrica, Ospedale Gozzadini, Via Massarenti 11, Bologna.

20.—22. in Innsbruck: Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Mikrobiologie und Hygiene. Auskunft: Institut für biochemische Technologie und Lebensmittelchemie, Graz, Schlögelgasse 9.

20.—26. in Pörtschach/Wörthersee: Internat. homöopathisches Ferienseminar. Auskunft: Kurdirektion Pörtschach/Wörthersee.

23.—28. in Amsterdam: 1. Europäischer Kongreß für klinische Chemie. Auskunft: Generalsekretär Ir. O. Meulemans, Racine-Laan, Utrecht.

24.—27. in Vichy, Paris, Enghien: Kongreß der internationalen Gesellschaft für medizinische Hydrologie. Auskunft: Dr. Françon, 55 rue de Mathurins, Paris, oder: M. Bourcier, 24 Boulevard des Capucines, Paris.

26. 9.—2. 10. in Madrid: XIII. Internationale Konferenz der Union Internationale contre la Tubereulose. Anfragen an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Geschäftsstelle Hannover, Sallstraße 41.

C·W

FISSAN HÄMORRHOIDAL–

neu: mit Extr. Hippocast.

SALBE — Milcheiweiß-Fettemulsion auf Grundlage von Lonolin mit Zusatz eines Anästhetikums und Hamamelis-Extrakt

ZÄPFCHEN — Milcheiweiß-Fettemulsion auf Grundlage von neutralen und organischen Fetten mit Zusatz eines Anästhetikums und Hamamelis-Extrakt

Bei Hämorrhoiden, Anal-Fissuren und Anal-Rhagaden, Pruritus ani. Die juckreizlindernden, entzündungshemmenden und gewebeaufbaufördernden FISSAN-Hämarrhaidal-Präparate bewirken schnelles Schwinden der Symptome und raschere Rückbildung entzündeter Venen

- Salbe und Zäpfchen sind weiß!
- Besonders wirtschaftlich!

Tube mit Kanüle ca 20 g DM 0.95 a. U.
Schachtel mit 5 Zäpfchen DM 0.95 a. U.
Schachtel mit 10 Zäpfchen DM 1.55 a. U.
Klinikpackungen mit 100 und 200 Stück

F 7

DEUTSCHE MILCHWERKE ZWINGENBERG/BERGSTR

UPHA

neu

Theoscleran

Hochdruck
Kreislaufstörungen

Leberwirkstoffe, Theabromin,
Barbitursäure-Derivate,
Khellin, Rauwolfia serp., Rutin

Kleinpackung 30 dragierte Tabletten DM 1,80 a. U.

UPHA · GMBH
HAMBURG

Bei Schmerzen aller Art,
Erkältungskrankheiten,
rheumatischen Beschwerden,
Abgespanntheit:

QUADRONAL

10 Tabletten DM 0,90 o. U.
20 Tabletten DM 1,60 o. U.
6 Suppositorien DM 1,45 o. U.
6 Suppositorien
für Kinder DM 1,35 o. U.

ASTA

ASTA-WERKE A.-G.
Chemische Fabrik
Brackwede/Westf.

Zur Versorgung
frischer Wunden
Zur Behandlung von
Wundinfektionen und älterer Verbrennungen
Zur Mastitis-Prophylaxe

Osmasept

Ein neues Antisepticum in einer neuartigen Salbengrundlage

Physiologische Wirkung des feuchten Verbandes
Mechanische Schutzwirkung einer Salbe
Nachhaltige Infektiansbekämpfung
Schmerzloser Verbandswechsel

Handelsformen: Tube mit ca. 20 g DM 1.45 o.U.
Tube mit ca. 50 g DM 2.80 o.U. Anstaltspackung

HOECHST

FARBWERKE HOECHST AG. vormals Meister Lucius & Brüning Frankfurt (M)-Hoechst