

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 3

MÜNCHEN, März 1955

10. Jahrgang

Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Bayerischen Ärztegesetzes

Zum „Initiativantrag“ vom 10. 2. 1955

Von Senator Dr. Karl Weiler

Die Landtagsabgeordneten Meixner, Dr. Soenning, Dr. Schedl und Fraktion (CSU) legten dem Bayer. Landtag unter dem 10. 2. 1955 einen in der Landtagsbeilage Nr. 148 bekanntgegebenen Gesetzentwurf vor, dessen Überschrift lautet: „Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Bayer. Ärztegesetzes.“ Der Wortlaut dieses nach Mitteilung von Dr. Soenning auf seine Veranlassung eingereichten „Initiativantrages“ entspricht durchaus dem von der Bayer. Staatsregierung am 16. 9. 1954 dem Landtag zur Beschlußfassung übergebenen Gesetzentwurf mit Ausnahme zweier Bestimmungen, zu denen hier noch Stellung genommen wird.

Demnach wurde nun im Grunde der gleiche Gesetzentwurf in Form eines Initiativantrages in Vorlage gebracht, der vom Bayer. Staatsmin. d. I. nach Anhörung der vom Gesetz betroffenen Vertretungen der akademischen Heilberufe gestaltet und nach eingehender gutachtlicher Beurteilung durch den Bayer. Senat dem Bayer. Landtag über den Bayer. Ministerrat zur Beschlußfassung zugeleitet wurde. Dieser Vorgang wurde ermöglicht, weil der während der abgelaufenen Legislaturperiode des Landtags eingebrachte, aber nicht mehr zum Gesetz erhobene Entwurf der Bayer. Staatsregierung nun neuerdings über den Bayer. Ministerrat dem neugewählten Parlament vorzulegen war. Die Erledigung dieses Aktes verzögerte sich, weil von einem Vertreter des Arbeitsministeriums im Ministerrat ein Abänderungsvorschlag eingereicht werden sollte.

So sehr eine beschleunigte Erledigung der Neufassung des Ärztegesetzes im Hinblick auf den bevorstehenden Ablauf der Amtsperiode der Beauftragten der ärztlichen Berufsvertretung erwünscht gewesen wäre, so wenig war jetzt eine überstürzte Behandlung des Änderungsgesetzes geboten, nachdem die Neuwahl der Abgeordneten zur Landesärztekammer inzwischen schon erfolgte. Wozu also ein Antrag, der eigentlich nicht die Bezeichnung „Initiativantrag“ beanspruchen kann, wenn man unter einem solchen — wie üblich — die Aufstellung eines wirklich neuartigen Gesetzentwurfes versteht?

Die Eigenart dieses Vorganges erfordert eine Stellungnahme. Die Frage der notwendigen Änderung des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 wurde schon so ausführlich behandelt, daß eine nochmalige eingehende Betrachtung weder geboten noch tunlich erscheint. Es darf jedoch daran erinnert werden, daß der vom Ministerrat dem Landtag zur Beschlußfassung überantwortete Gesetzentwurf in allen wesentlichen Bestimmungen einem von mir gestalteten Vorentwurf entsprach. Die in ihm enthaltenen Änderungen des derzeit bestehenden Bayer. Ärztegesetzes beruhen auf umfassenden Beobachtungen und Feststellungen, die sie notwendig machen und ihre Empfehlung berechtigen.

Unter sorgsamster Beachtung der Grundbedingungen ärztlicher Berufstätigkeit in ihren vielfältigen Abarten wurde versucht, der zwingenden Forderung gerecht zu werden, nicht nur ein den verwaltungsrechtlichen Gegebenheiten Rechnung tragendes, sondern ein auch völlig

klare und unschwer anwendbare Rechtsverhältnisse schaffendes Gesetz zu formen.

Der bereits im Bayer. Ärztegesetz des Jahres 1927 errichtete, den demokratischen Grundsätzen in vorbildlicher Form gerecht werdende Aufbau der ärztlichen Berufsvertretung wurde nicht angetastet, vielmehr nur eine Anpassung einiger die Berufsvertretung betreffender Bestimmungen an die veränderten Zeitverhältnisse angestrebt, eine völlige Unabhängigkeit der Tätigkeit der Berufsgenossen von den Organen der Berufsvertretung gesichert und einige als unzweckmäßig erkannte Bestimmungen des Gesetzes den inzwischen gemachten Erfahrungen angepaßt.

Leitend blieb die Absicht des Gesetzgebers, mittels des Ärztegesetzes der Bevölkerung Bayerns eine ethisch und wissenschaftlich hochstehende Ärzteschaft zu erhalten durch die Zusammenfassung aller in Bayern wohnhaften Ärzte im Rahmen einer Berufsvertretung mit dem Rechte voller Selbstverwaltung unter der üblichen staatlichen Aufsicht. Diese im Ärztegesetz des Jahres 1927 und dem ihm in allen wesentlichen Teilen entsprechenden derzeit geltenden Ärztegesetz vom 25. 5. 1946 zum Ausdruck gebrachte Absicht des Gesetzgebers hatte sich bei der praktischen Anwendung des Gesetzes im allgemeinen durchaus bewährt, so daß kein Anlaß zu einer grundsätzlichen Änderung besteht.

Nach den unverändert gebliebenen Bestimmungen des Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 gehört jeder in Bayern wohnhafte Arzt vom Tage seiner Approbation als Arzt ab automatisch der für seinen Wohn- und Praxissitz zuständigen ärztlichen Berufsvereinigung an. Insofern besteht eine Pflichtmitgliedschaft der Ärzte zur ärztlichen Berufsvertretung (jetzt: Ärztlicher Bezirksverein, nach dem Abänderungsgesetz: Ärztliche Kreisvereinigung). Als Mitglied der für ihn zuständigen Vereinigung erwirbt der Arzt u. a. das aktive und passive Wahlrecht zur Bayer. Landesärztekammer. Diese besteht lediglich aus den zu ihr gewählten Abgeordneten.

Mit der Mitgliedschaft zu der für ihn örtlich zuständigen ärztlichen Berufsvereinigung wird der Arzt daher keineswegs auch Mitglied der Landesärztekammer, vielmehr nur dann, wenn er zu ihr als Abgeordneter gewählt wird. Eine Pflichtmitgliedschaft zur Landesärztekammer besteht überhaupt nicht. Die Kammer stellt vielmehr eine Körperschaft des öffentlichen Rechts dar, deren Mitglieder aus freien, durch die demokratischen Grundsätze bestimmten Wahlen hervorgehen. Die ärztlichen Vereinigungen, denen die Ärzte in Bayern automatisch als Pflichtmitglieder angehören, sind bekanntlich ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie bilden damit einen festen Unterbau der ärztlichen Berufsvertretung.

Vor der Errichtung der erstmals im Bayer. Ärztegesetz des Jahres 1927 bestimmten Bayer. Landesärztekammer bestanden auf Grund der Verordnung von 1871/1895 in allen Regierungsbezirken öffentlich-rechtliche Kreisärztekammern. Sie wurden im Gesetz von 1927 aus Gründen

der Geschäftsvereinfachung nicht in die gesetzliche Berufsvertretung übernommen. Um aber einem etwaigen Bedürfnis für eine Vereinigung der in einem Regierungsbezirk bestehenden Bezirksvereine entgegenzukommen, wurde im Gesetz des Jahres 1927 die Möglichkeit eines Zusammenschlusses der ärztlichen Bezirksvereine zu Verbänden zum Zwecke der gemeinsamen Erfüllung gesetzlicher Aufgaben vorgesehen. Diese Zweckverbände waren zwar öffentlich-rechtlicher Natur, besaßen aber nicht die Rechte von Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Das Ärztegesetz vom Jahre 1946 schreibt nun die Bildung solcher Kreisverbände vor. Die rechtliche Grundlage für diese Verbände ist im Zweckverbandsgesetz vom 7. 6. 1939 bestimmt. Die Zweckverbände bestehen nicht aus Einzelmitgliedern, vielmehr aus Vertretern der ihnen zugeordneten Vereinigungen — hier der ärztlichen im Regierungsbezirk bestehenden, und zwar aus deren Vorsitzendem und stellvertretendem Vorsitzendem. Diese Einrichtung bezweckt in erster Linie einen erleichterten Meinungsaustausch zwischen den ihr zugehörigen gesetzlichen ärztlichen Vereinigungen, um eine möglichst gleichmäßige Behandlung ihrer gesetzlichen Aufgaben im Regierungsbezirk zu fördern. Irgendwelche die Ärzteschaft bindenden Beschlüsse stehen diesen Zweckverbänden nicht zu. Das Ergebnis der Beratungen kann nur in Empfehlungen an die zuständigen gesetzlichen ärztlichen Vereinigungen bestehen. Außerdem sollen die ärztlichen Zweckverbände auch der Fühlungnahme mit den für sie zuständigen Regierungen dienen, soweit eine solche geboten erscheint. Nicht zuletzt sollen sie aber auch den persönlichen Kontakt der Vorsitzenden der ärztlichen Vereinigungen eines Regierungsbezirkes mit dem Präsidenten der Landesärztekammer fördern. Zur Festigung dieser Zweckerfüllung wurde durch Beschluß des Regensburger Ärztetages vom Jahre 1951 die Bestimmung getroffen, daß der Präsident der Landesärztekammer jeweils von der Abhaltung von Kreisverbandssitzungen zeitgerecht zu unterrichten ist, damit er ihnen je nach der Gesamtlage selbst als Gast beratend beiwohnen oder einen Beauftragten entsenden kann.

Der hiermit nochmals klar herausgestellte Aufbau der ärztlichen Berufsvertretung im Bayer. Ärztegesetz des Jahres 1946 entsprach in jeder Hinsicht sowohl den demokratischen Grundsätzen überhaupt, wie auch den wohlverstandenen Bedürfnissen einer gesetzlich geregelten ärztlichen Berufsvertretung. Das Schwergewicht der praktischen Durchführung der Absichten des Gesetzgebers liegt bei den oben bezeichneten ärztlichen Vereinigungen, denen jeder Arzt automatisch angehört. Ihnen ist die Eigenschaft von Körperschaften des öffentlichen Rechts zugestanden, damit ihre Anordnungen rechtsverbindlichen Charakter haben. Die Bayer. Landesärztekammer ist ebenfalls eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Sie steilt in gewissem Sinne ein Ärzteparlament dar, dessen Aufgabe es im wesentlichen ist, eine Regelung übergeordneter ärztlicher Angelegenheiten, insbesondere durch Fühlungnahme ihrer Beauftragten mit den Staatsministerien und entsprechenden anderen Stellen zu fördern, sowie das der Landesärztekammer zustehende Aufsichtsrecht über die anderen gesetzlichen ärztlichen Berufsvereinigungen und -verbände auszuüben, damit die Absichten des Gesetzgebers bestmöglich erfüllt werden.

Zum Betrieb der zur Erledigung ihrer gesetzlichen Pflichten notwendigen Geschäftsstellen usw. ist allen gesetzlichen ärztlichen Berufsvereinigungen das Recht zugestanden, Beiträge von den Ärzten zu erheben. Die Ärzte sind daher nicht nur beitragspflichtig zu den Vereinigungen, denen sie automatisch als Mitglieder angehören, sondern auch zur Bayer. Landesärztekammer, ohne deren Mitglieder zu sein. Der notwendige Aufwand der ärztlichen Zweckverbände ist von den ihr zugehörenden ärztlichen Vereinigungen zu decken.

Obwohl die Bestimmungen des derzeit geltenden Bayer. Ärztegesetzes, sowie die erfolgten Abänderungsvorschläge allen Ärzten im Bayer. Ärzteblatt eingehendst bekanntgegeben wurden, machten sich viele Ärzte — wie immer wieder festzustellen war — mit dem Gesetz und dem durch seinen Erlaß bekundeten Willen des Gesetzgebers nicht genügend vertraut. Die hier erfolgte nochmalige Hervorhebung der Grundsätze des Ärztegesetzes mußte daher erfolgen, um eine mißverständliche Deutung der erforder-

lichen Stellungnahme zum eingangs bezeichneten Initiativantrag hintanzuhalten.

Die Beibehaltung des bewährten Aufbaues der ärztlichen Berufsvertretung im Gesetzentwurf zur Änderung und Ergänzung des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 fand die Zustimmung des Staatsministeriums des Innern, der Staatsregierung, des Bayer. Ministerrates und des Bayer. Senats, der den Entwurf sehr eingehend überprüfte und gutachtlich dazu Stellung nahm.

In der Ärzteschaft waren vordem Stimmen laut geworden, die für eine Umbenennung der ärztlichen Kreisverbände in Ärztekammern eintraten und damit einen Zustand zurückwünschten, der vor der Errichtung der gesetzlichen Bayer. Landesärztekammer bestand. Das Verlangen wurde besonders mit der Meinung begründet, daß durch eine solche Bezeichnung dem Zusammenschluß der ärztlichen Bezirksvereine im Zweckverband ein erhöhtes Ansehen gesichert sei, das den Verkehr mit den Regierungsteilen im Interesse der Ärzteschaft günstig beeinflusse. Diese Anschauung vermochte ich nicht zu teilen, da es m. E. nicht so sehr auf die Benennung einer Organisation gleich welcher Art ankommt, als auf das persönliche Verhalten und den damit zusammenhängenden Einfluß der Beauftragten der Organisation im Außenverkehr. Für den inneren Verkehr mit den Ständesgenossen kann ja die Art der Benennung der Organisation keine Rolle spielen. Konnte ich einer Umbenennung der Zweckverbände in Kammern schon aus diesem Grunde keine ernste Bedeutung beimessen, so mußte ich ihr aus Gründen der gebotenen Klarheit der Rechtsverhältnisse ernstestens widersprechen.

Der Kammerbegriff darf nicht verbalhornt werden. Eine Kammer wird gebildet durch dazu eigens gewählte Vertreter, und zwar — wenn sie überhaupt als eine demokratische Einrichtung angesehen werden soll — durch Urwahl der Personen, deren Interessen sie vertreten soll. Eine Ärztekammer kann daher nur aus Ärzten bestehen, die von der gesamten zugehörigen Ärzteschaft gewählt werden. Wollte man also Kreisärztekammern (oder Bezirksärztekammern) bilden, so müßten deren Mitglieder von allen Ärzten des Regierungsbezirks unmittelbar gewählt werden. Geschähe dies, so bestände wieder eine große Anzahl von Ärztekammern in Bayern, dazu dann noch die Landesärztekammer. Allen müßte das gleiche Recht zugestanden werden, Körperschaften des öffentlichen Rechts zu sein. Wollte man dann noch den anderen ärztlichen Berufsvereinigungen ihre bisherigen Rechte als solche Körperschaften belassen, dann hätten wir ein eigenartiges Bild von „Verwaltungsvereinfachung“. Daß sich dazu eine gesetzgebende Körperschaft herbeilassen würde, glaube ich für meinen Teil wirklich nicht befürchten zu müssen.

Man könnte Erwägungen anstellen, ob es sich vielleicht empfehle, nur große ärztliche Vereinigungen mit Pflichtmitgliedschaft für die Bereiche der Regierungsbezirke zu bilden und damit auf die bisher eingerichteten kleineren Berufsvereinigungen (Bezirksvereine) der Ärzte zu verzichten. Ein solches Unternehmen würde der Eigenart ärztlicher Mentalität und ärztlichen Berufslebens nicht gerecht, da diese einer massenweisen Zusammenfassung in großen Vereinigungen nicht angemessen ist. Keinesfalls wäre dies Verfahren geeignet, das erforderliche berufliche und menschliche Zusammengehörigkeitsgefühl in der Ärzteschaft wachzuhalten und zu stärken. Dem Bedürfnis der Ärzte nach leicht zu veranstaltenden Zusammenkünften wird die im Entwurf des Änderungsgesetzes vorgesehene Mindestzahl der Mitglieder der kleineren Berufsvereinigungen von 100 Ärzten in Landbezirken nur eben noch gerecht. Ein Versuch, nur große ärztliche Berufsvereinigungen zu bilden, wäre als abwegig zu beurteilen.

Wollte man diese psychologischen und praktischen Bedenken als unbeachtlich beiseite schieben, so würde sich eine Benennung der dann allein bestehenden großen Verbände als Ärztekammern, denen die in ihnen zusammengefaßten Ärzte pflichtmäßig angehören müßten, mit demokratischen Grundsätzen und Vorstellungen einer Ärztekammer nicht vereinbaren lassen. Einem erhofften Prestigezuwachs solcher Berufsverbände durch ihre unzutreffende Benennung als Ärztekammern könnte im Hinblick auf all diese Bedenken und Unzuträglichkeiten keine entsprechende oder gar entscheidende Bedeutung beimessen werden. Wert und Ansehen eines Selbstver-

waltungskörpers werden nicht durch ihrem Wesen nicht entsprechende Benennungen bestimmt, sondern durch die Bedeutung und Haltung der für ihren Betrieb verantwortlichen Persönlichkeiten.

Eine der beiden vom Regierungsentwurf abweichenden Bestimmungen im Initiativantrag betrifft nun die Benennung der in Zweckverbänden zusammenzuschließenden ärztlichen Berufsvereinigungen jedes Regierungsbezirks als „Bezirksärztekammern“. Die vorgeschlagene Fassung dieser Bestimmung lautet: „Die ärztlichen Kreisvereinigungen jedes Regierungsbezirks sind zu einer Bezirksärztekammer zusammengeschlossen. Der Ärztliche Bezirksverein München wird eine eigene Bezirksärztekammer München. Die Bezirksärztekammern sind Zweckverbände, deren Aufgaben . . .“ Der weitere Wortlaut der Gesetzesbestimmung ist der gleiche wie der im Regierungsentwurf enthaltene.

Nach den vorausgegangenen Darlegungen bedarf es nur weniger Worte zur Stellungnahme zu diesen Vorschlägen. Zunächst ist zu bemerken, daß der Begriff Kammer mit dem Begriff Zweckverband gar nicht in Deckung zu bringen ist. Vom Zweckverband kann nur als Zusammenschluß mehrerer interessenverbundener Vereinigungen gesprochen werden, von einer Kammer nur dann, wenn es sich um eine Einrichtung eigener Art handelt, die durch eine mehr oder weniger große Anzahl direkt gewählter Persönlichkeiten dargestellt wird. Es wäre dabei durchaus verfehlt und würde zu Begriffsverwirrungen schlimmster Art führen, wollte man einen Zweckverband als Kammer bezeichnen. Was die Benennung des Ärztlichen Bezirksvereins München angeht, so stände seiner Benennung als Kammer der Umstand entscheidend entgegen, daß seine Mitglieder ihm pflichtgemäß angehören müssen. Diese Ärztekammer würde daher ganz anders konstituiert sein als die übrigen Kammern. Hinzu kommt, daß er kein Zweckverband sein kann, da er gar kein Zusammenschluß von ärztlichen Vereinigungen ist, sondern lediglich ein sehr großer ärztlicher Bezirksverein — nach neuer Bezeichnung: Ärztliche Kreisvereinigung. Es dürfte sich nach allem bereits ausgeführten erübrigen, weitere Worte zu verlieren, um das Bild grenzenloser Begriffsverwirrung zu kennzeichnen, das Infolge solcher Fehlbenennungen entstehen müßte. Sie würden das sonst völlig klare Bild der Berufsvertretung der Ärzteschaft Bayerns unerträglich verwischen und den bestbewährten Aufbau der bisherigen gesetzlichen Ordnung bedenklichst stören. Eine solche Einrichtung ist daher abzulehnen.

Die zweite vom Regierungsentwurf abweichende Bestimmung des Änderungsgesetzes wie es im Initiativantrag aufgeführt ist, betrifft die vorgesehene Möglichkeit der Wahl einer nicht zum Abgeordneten der Landesärztekammer gewählten Persönlichkeit zu deren Präsidenten oder Vizepräsidenten. Die im Regierungsentwurf enthaltene

Fassung dieser Bestimmung lautet: „Ein nicht zum Abgeordneten gewähltes, jedoch wählbares Mitglied einer ärztlichen Kreisvereinigung kann zum ersten oder zweiten Vorsitzenden der Landesärztekammer gewählt werden, wenn mindestens zwanzig bei der Wahl anwesende Abgeordnete dies schriftlich beantragen und der Antrag in geheimer Abstimmung von der absoluten Mehrheit der anwesenden Abgeordneten angenommen wird.“ Im Initiativantrag ist diese Bestimmung gestrichen.

Sie wurde in den Regierungsentwurf eingefügt, um der Ärzteschaft die Möglichkeit zu eröffnen, eine von ihr besonders gewünschte Persönlichkeit auch dann in eine dieser ehrenamtlichen Stellen zu berufen, wenn sie aus irgendwelchen Gründen von der Berufsvereinigung (jetzt „Bezirksverein“), deren Pflichtmitglied sie ist, nicht zum Abgeordneten der Kammer gewählt wurde. Eine solche Sonderregelung ist zwar ungewöhnlich, doch veranlaßten wohl begründete Überlegungen ihre Aufstellung. Berufene rechtskundige Persönlichkeiten hatten auf Befragen keine rechtlichen Bedenken gegen diese Bestimmung. Sollten dennoch ernstliche Vorliegen, so wäre selbstverständlich ihre Streichung vorzunehmen.

In diesem Falle würde wohl ein gleicher Einwand gegen die ebenfalls neu im Änderungsgesetz aufgenommene Bestimmung zu erheben sein, die vorsieht, daß die ersten Vorsitzenden der ärztlichen Zweckverbände auch dann, wenn sie nicht zu Abgeordneten gewählt werden, als solche gelten und dem Vorstand der Landesärztekammer angehören sollen.

Die Einfügung dieser Vorschrift in den Regierungsentwurf gründete sich auf die Tatsache und Überlegung, daß die beratende Mitwirkung der bezeichneten Persönlichkeiten als Vorstandsmitglieder im Hinblick auf ihre besondere Erfahrung als Vorsitzende der Zweckverbände von erheblichem Wert ist. Ernste Bedenken gegen diese Einrichtung wurden von den zur Beurteilung solcher Fragen berufenen Rechtskundigen ebenfalls nicht erhoben. Diese Bestimmung müßte aber wohl die gleiche Behandlung erfahren wie die zuvor kritisierte, im Initiativantrag gestrichene Gesetzesvorschrift.

Im übrigen wäre der zweiten Abweichung in dem Initiativantrag keine so wesentliche Bedeutung beizumessen gewesen, daß sie allein Anlaß zu Ausführungen an dieser Stelle hätte geben können. Eine Stellungnahme erforderte jedoch die beabsichtigte Umbenennung der ärztlichen Zweckverbände in Ärztekammern. Sie mußte schon im Hinblick auf die damit verbundene Begriffsverwirrung und Störung des klaren, durchaus bewährten Aufbaues der gesetzlichen ärztlichen Berufsvertretung in Bayern als untragbar bezeichnet werden. Ihre Zulassung würde zudem mit den unbedingt gebotenen Bestrebungen zur Vereinfachung der öffentlichen Verwaltung nicht nur nicht in Einklang stehen, ihnen vielmehr durchaus zuwiderlaufen.

Soziale Wandlung

Von Dr. Walter Koerting

Der Kampf zwischen den Ärzten und Krankenkassen nahm in den letzten Wochen Formen an, die den Eindruck erwecken, daß man sich auf beiden der Krankenkassen nicht dessen bewußt zu sein scheint, daß es ein gemeinsames Anliegen sein soll, im Interesse der Volksgesundheit für Gesundheit der Versicherten zu wirken und daß, um ein Wort aus der Wirtschaft zu gebrauchen, auch hier ein befriedigendes Betriebsklima herrschen sollte. Ob es dem Interesse der Patienten — und nur um deren Wohl sollte es sich handeln — dienlich ist, in Flugschriften gegen die Ärzte zu hetzen und der Öffentlichkeit durch irreführende Darstellungen einen Wohlstand des Arztstandes vorzugaukeln, bleibe dem Urteil aller Einsichtigen und Unvoreingenommenen, nur nach Wahrheit Streben überlassen. Daß die Ärzte weder mittel- noch unmittelbar den Kampf hinausgetragen haben, sondern eine der Sensationsgier ihrer Leser Rechnung tragende Presse, wurde von berufener Seite nachdrücklich und oft genug

betont, so daß sich eine neuerliche Wiederholung dieser Tatsache wohl erübrigt. Im Gegenteil, die Ärzteschaft hat hier seit langem eine vielleicht nicht ganz angebrachte und zweckdienliche Zurückhaltung geübt, von dem Standpunkte aus, daß sie der Sozialversicherung für die ihrer Bedürftigen durchaus positiv gegenüberstand und steht und deshalb ihrerseits die Austragung von Meinungsverschiedenheiten in der Öffentlichkeit nach Tunlichkeit vermieden wissen wollte.

In der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, der Grundlage für den Aufbau der sozialen Versicherung in Deutschland, führte Wilhelm I. aus, daß die Heilung der sozialen Schäden gleichmäßig auf dem Wege der positiven Förderung des Wohls der Arbeiter zu suchen sein werde. Er werde deshalb seine reichsgeeignete Regierungszeit am schönsten gekrönt wissen, wenn er dereinst das Bewußtsein mitnehmen könne, „dem Vaterland neue und dauerhafte Bürgschaften seines inneren Friedens, und

den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen.“ Die Bedeutung dieser Botschaft lag in dem Einsatz der ganzen Regierungsautorität für den Gedanken der Arbeiter- und Unfallversicherung, der, wie der Bericht des „Internationalen Arbeitsamtes des Völkerbundes“ zutreffend hervorgehoben hat, das Vorbild für die Gesetzgebung zahlreicher Länder geworden ist.

Es erübrigt sich wohl, vorerst auf die Änderung der rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse in den letzten sieben Jahrzehnten hinzuweisen und auf die dadurch bedingte oder vorgetriebene Erweiterung der Sozialpolitik.

War schon in der genannten Botschaft wohlwogen der Nachdruck darauf gelegt worden, daß dem zu leistenden Beistand ein Anspruch zugrunde liegen müsse, so waren nach dem ersten Weltkrieg Bestrebungen politischer Kreise festzustellen, die ärztliche Heiltätigkeit zu sozialisieren. Es sei hier nur auf die Veröffentlichung von Dr. Richard Roeder („Die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit im Verbands der Gesundheitsversicherung“ — Veröffentlichung aus dem Gebiete der Medizinverwaltung, im Auftrage des Ministeriums für Volkswohlfahrt Berlin 1920) und die Thesen von Alfred Grotjahn¹⁾ erinnert, die gleichermaßen eine Sozialisierung des Heilwesens und die Schaffung einer Einheitsversicherung anstrebten.

Obwohl nicht nur von selten der Ärzteschaft gegen diese Pläne durch Jahre hindurch ernsthafte und begründete Bedenken geltend gemacht wurden, zeichnen sich in der letzten Zeit Bestrebungen ab, wiederum für die Einheitsversicherung einzutreten.

Das Koalitionsrecht, wie es im Art. 9 Abs. 3 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland geordnet ist („Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe zu gewährleisten.“), ist die Voraussetzung des Wirkens der Interessensverbände als Gestalter und Träger gewerbeständischer Sozialpolitik. Auf der Arbeitnehmerseite sind dies die Gewerkschaften der Arbeiter und Angestellten. Der Einfluß der gewerkschaftlichen Spitzenverbände ist, wie Heyde in seinem „Abriss der Sozialpolitik“ ausführt, um so größer, je erfolgreicher von ihnen der Anspruch erhoben wird, sozialpolitische Vertretung der ganzen Arbeitnehmerschaft zu sein. In hohem Maße gelinge dies dem „Deutschen Gewerkschaftsbund“ (DGB).

In seinem Referat auf dem 3. Bundeskongreß des Deutschen Gewerkschaftsbundes in Frankfurt/Main (4. bis 9. Oktober 1954)²⁾ führte Willi Richter aus, daß er nur mit Befriedigung feststellen könne, daß, abgesehen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Vertreter der Versicherten bzw. Gewerkschaften im DGB in den Organen aller anderen Versicherungsträger die weitaus überwiegende Mehrheit haben. In den Orts- und Betriebskrankenkassen sind 90% der Versichertenvertreter Mitglieder der Gewerkschaften im DGB; in den Innungskrankenkassen sind es 82%, in den Landkrankenkassen 70%, in den Ersatzkassen der Angestellten 30%, in den Ersatzkassen der Arbeiter 80%, in den gewerblichen Berufsgenossenschaften 87%, in den Landesversicherungsanstalten 94%, in der Knappschaftsversicherung 98,6% und in der Bundesanstalt für AV 92%. „Zehntausende von Frauen und Männern sind in den Vertreterversammlungen und Vorständen der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsanstalten und Knappschaften sowie in den Verwaltungsausschüssen der Arbeitsämter tätig.“

Man wird daher Aktionen der Gewerkschaften auf dem Gebiet der sozialpolitischen Gesetzgebung, besonders dem der Versicherung, besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben.

Der 3. Ordentliche Bundeskongreß des DGB im Oktober 1954 faßte zur Neuordnung des Sozialrechtes Entschlüsse, von denen auszugsweise die folgenden angeführt seien (Sperrdruck nicht im Original):

„Der 3. ordentliche Bundeskongreß stellt fest, daß die von den Gewerkschaften geforderte und von der Bundes-

regierung seit Jahren zugesicherte Reform unseres Sozialrechts bisher keine sichtbaren Fortschritte gebracht hat. Der unbefriedigende Stand der Sozialleistungen und die Unübersichtlichkeit des geltenden Rechts machen eine Neuordnung unerlässlich und dringend.

Von der Neuordnung des Sozialrechts erwartet der Bundeskongreß die Erfüllung folgender Forderungen:

A. Allgemeine Forderungen.

1. Die Leistungen in allen Versicherungszweigen sind nach den erhöhten Lebenshaltungskosten, nach dem Ausmaß des Zuwachses unseres Sozialprodukts und nach den veränderten gesellschaftlichen Bedürfnissen neu zu ordnen, zu verbessern und zu ergänzen.

2. Die geltenden sozialrechtlichen Gesetze und Verordnungen sind in Form klarer, übersichtlicher und gemeinverständlicher Rechtsvorschriften und unter Beseitigung der nicht mehr vertretbaren zonen- und länderrechtlichen Unterschiede neu zu fassen.

3. Die Unternehmen sind zur Aufbringung der Mittel für eine Verbesserung der sozialen Sicherung der Arbeitnehmer stärker heranzuziehen.

4. Über Mittel der Sozialversicherung und Arbeitslosenversicherung darf nicht ohne Zustimmung der Selbstverwaltung verfügt werden. Auch dürfen sie nicht für versicherungsfremde Zwecke Verwendung finden.

5. Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitskraft der Arbeiter und Angestellten sowie ihrer Angehörigen ist weiter erforderlich,

a) Einrichtungen zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge auszubauen und zusammenzufassen.

b) die Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und zur Wiedereingliederung in die Arbeit organisatorisch zu verbessern, wirksamer zu gestalten und für alle Arbeitnehmer — ohne Rücksicht auf Art und Ursprung der Behinderung — bereitzustellen. Diese Aufgaben sind in enger Zusammenarbeit der beteiligten Zweige der Sozialversicherung und Arbeitslosenvermittlung als Gemeinschaftsaufgabe durchzuführen.

B. Rentenversicherung.

1. Auf alle Leistungen soll grundsätzlich ein Rechtsanspruch bestehen. Die Einführung von Bedürftigkeitsprüfungen wird abgelehnt.

4. Die Erhaltung der Kaufkraft der Renten ist durch geeignete gesetzliche Maßnahmen zu sichern.

An einem Zuwachs des Sozialproduktes sind auch die Rentner durch eine entsprechende Erhöhung ihrer Renten angemessen zu beteiligen.

5. An der bisherigen Altersgrenze von 65 Jahren ist festzuhalten.

6. Alle Arbeitnehmer sind unabhängig von der Höhe ihres Einkommens der

¹⁾ „Das von mir ausgearbeitete und auf dem Augsburger Parteitag (Anm. der Mehrheitssozialisten im Herbst 1922) persönlich vertretene Programm wurde ohne Änderung einstimmig angenommen und dem Göttinger Programm angehängt. Es lautet:

Übernahme des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in den Gemeinbetrieb. Vereinheitlichung des sozialen Versicherungswesens und dessen Ausdehnung auf alle Volksangehörigen . . . Eingliederung der Ärzte, Hebammen und des übrigen Heil- und Krankenpflegepersonals in die Gesamtorganisation des Heil- und Gesundheitswesens. Gemeinwirtschaftlicher Betrieb der Apotheken und aller Stätten der Herstellung, des Handels und des Vertriebs von Heilmitteln und Sanitätswaren . . . Sorgfältiger Gesundheitsdienst in Stadt und Land durch von den Selbstverwaltungskörpern gewählte Amtsärzte, Gipfelung des gesamten Gesundheitsdienstes in einer Reichszentralbehörde für Volksgesundheit, soziale Versicherung und Bevölkerungspolitik.“

(Alfred Grotjahn, Erlebtes und Erstrebt, Erinnerungen eines sozialistischen Arztes, Berlin 1932, S. 243.)

²⁾ „Aktuelle Fragen der Sozialpolitik.“ Referat von Willi Richter auf dem 3. Bundeskongreß. Dort berichtet Richter unter dem Titel „Selbstverwaltung“ u. a.: „Nun etwas zur Selbstverwaltung bei den Versicherungsträgern: Wie Sie aus unserem Geschäftsbericht ersuchen haben, war die Wiederherstellung der Selbstverwaltung bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern und der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung eine der vornehmsten Aufgaben. Es ist gelungen, für die etwa 2000 Versicherungsträger geeignete Männer und Frauen aus den Kreisen der in Betracht kommenden Versicherten mit dieser ehrenvollen Aufgabe zu betrauen. Ich will nicht über das Gesetz zur Wiederherstellung der Selbstverwaltung kritische Ausführungen machen. Hier hat die Mehrheit des Bundestages bekanntlich die berechtigten Forderungen der Versicherten und der Gewerkschaften nicht akzeptiert, sondern den Arbeitgebern einen Einfluß gegeben, der ihnen einfach nicht zusteht . . .“

*Gegen Grippe
Erkältungskrankheiten*

Gelonida antineuralgica

Codein. phosphor. 0,01, Phenacetin, Acid. acetylosalic. \bar{a} 0,25

**Schneller Wirkungseintritt
Hohe Wirkungsstärke
Lange Wirkungsdauer
Gute Verträglichkeit**

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK AG. BERLIN WERK MEMMINGEN

Erfolgsichere Rheumatherapie

mit

IRGAPYRIN

wirtschaftlich weil wirksam

AMPULLEN DRAGÉES SUPPOSITORIEN



J. R. GEIGY A. G. · BASEL

Pharma-Herstellung und Vertrieb für Deutschland:

DR. KARL THOMAE GMBH

BIBERACH AN DER RISS


neu

Theoscleran

**Hochdruck
Kreislaufstörungen**

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

Originalpackung 30 dragierte Tabletten DM 1,95 a. U.

**UPHA · GMBH
HAMBURG**

Neueinführung:

NARCOMPREN

**Compretten
zu 50 mg
Narkotin**

Gegen Hustenreize

sichere Hustenstillung
ohne schädliche Nebenwirkungen
besonders ohne Suchtgefahr

Dosierung: 3 x tgl. 1/2 - 1 Comprette

Packungen: 10 Compretten DM -.95 o. U.
20 Compretten DM 1.70 o. U.

Anstaltspackungen zu 100 u. 250 Compretten.



E. MERCK, AG., DARMSTADT
C. F. BÖHRINGER & SÖHNE GMBH., MANNHEIM
KHOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN A. RH.

Versicherungspflicht zu unterstellen. Lediglich für die Beitrags- und Leistungsbemessung ist eine obere Einkommensgrenze festzusetzen.

C. Krankenversicherung.

1. Alle Arbeitnehmer sind — unabhängig von der Höhe ihres Einkommens — der Versicherungspflicht zu unterstellen. Lediglich für die Beitrags- und Leistungsbemessung ist eine obere Einkommensgrenze festzusetzen. Alle Bestrebungen, die Versicherungsberechtigung bei Erreichung eines bestimmten Einkommens zu beseitigen, sind abzulehnen.

3. Die ärztliche Versorgung der Versicherten muß an den Stand der medizinischen Wissenschaft angepaßt werden.

F. Fürsorgewesen.

Der 3. Ordentliche Bundeskongreß fordert die Bundesregierung auf, die von ihr angekündigte Sozialreform unter Berücksichtigung dieser Forderungen zu beschleunigen und eine Neuordnung unseres Sozialrechts herbeizuführen, das den arbeitenden Menschen und ihren Angehörigen eine echte soziale Sicherung bringt.

Gemeinsamer sozialärztlicher Dienst der Träger der Versicherungen und Versorgung:

Der 3. Ordentliche Bundeskongreß des DGB fordert die Schaffung eines gemeinsamen sozialärztlichen Dienstes aller Sozialversicherungs- und Versorgungsträger, der unabhängig von den Verwaltungen der Sozialversicherungs- und Versorgungsträger nach ärztlichem Wissen und Gewissen Gutachten zu erstatten hat.

Die heute bei jedem Sozialversicherungs- und Versorgungsträger bestehenden getrennten vertrauensärztlichen Dienste haben zur Folge, daß die Versicherten durch unterschiedliche Beurteilung zum Teil gar nicht oder sehr verspätet in den Genuß der ihnen rechtlich zustehenden Leistungen kommen und damit materieller Not ausgeliefert werden. Die widersprechenden ärztlichen Gutachten sowie der erhebliche Personal- und Kostenaufwand der nebeneinander und unabhängig voneinander wirkenden vertrauensärztlichen Dienste ist unzweckmäßig und entspricht nicht einer Fortentwicklung auf sozialen Gebiet.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat in letzter Zeit zu den Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, besonders in seiner Wochenzeitung „Welt der Arbeit“, u. a. dadurch Stellung genommen, daß er als Verteidiger der Krankenkassen eine Flugschrift an die Versicherten verteilte, deren schreiende Titel „Die Krankenkassen decken ihre Karten auf“, „Kassenärzte leiden keine Not“, „Honorare laufend gestiegen“, „Den Märchen-erzählern ins Stammbuch“ usw. lauten. (Daß einzelne Krankenkassenverbände auch Flugblätter ähnlichen Inhalts und Niveaus herausgebracht haben, sei ergänzend erwähnt. Darunter befindet sich auch ein solches des „Verbandes der Angestellten-Krankenkassen“, in dessen Begleitschreiben ausdrücklich angeführt ist, daß die Angriffe in der Presse „im wesentlichen nicht auf die Ersatzkassen gemünzt sind“. Das hat diesen Verband aber nicht davon abgehalten, auch seinerseits gegen die Ärzte zum Angriff anzutreten.)

In Bayern hat der Kreisausschuß Augsburg des Deutschen Gewerkschaftsbundes in einer langen, in der „Schwäbischen Landeszeitung“ vom 23. 2. 1955 veröffentlichten Erklärung die Ansichten der Gewerkschaften zu den Ärzten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung dargelegt. Es sei nicht unterlassen, wenigstens einen die grotesken Gedankengänge dieser Darstellung beleuchtenden Satz anzuführen: „Rechnet man die ebenfalls dem Versicherungsschutz unterliegenden Familienangehörigen dazu, müssen wir feststellen, daß 80 Prozent der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik an den Leistungen der sozialen Krankenversicherung teilhaben. Das beweist,

wie arm wir als Volk durch die Folgen zweier Kriege geworden sind. Wer könnte hier von einer gedanken- und bedenkenlosen Ausdehnung des Versicherungsschutzes sprechen.“

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Schwaben, hat in Gemeinschaft mit dem Kreisverband der Ärtzl. Bezirksvereine Schwabens in der „Schwäbischen Landeszeitung“ vom 2. 3. 1955 die Ausführungen des Kreisausschusses Augsburg des DGB widerlegt.

In diesem Zusammenhang sei auf die Sozialversicherung in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands hingewiesen. In seinem Kommentar (Berlin 1949) schreibt Helmut Lehmann im Vorwort:

„Die neue Demokratie erfordert eine neue Verwaltung, auch in der Sozialversicherung. Aus dem neu erarbeiteten Sozialprodukt ist den Werktätigen soziale Sicherheit zu leisten nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit der Versicherung und nach dem Prinzip sozialer Gerechtigkeit.

Planmäßige und sparsamste Bewirtschaftung der verfügbaren Mittel ist notwendig. Sie gebietet eine straffe Organisation und eine dezentralisierte Verwaltung, die in einfacher Form arbeitet und daher ohne bürokratische Unbeweglichkeit alle technischen Schwierigkeiten und menschlichen Unzulänglichkeiten überwinden kann. Das war nur in der Einheitsversicherung möglich.

Die Versicherung konnte sich auch nicht mehr, wie nach früherem Recht, auf Arbeiter und Angestellte beschränken, sondern mußte alle Werktätigen, also auch die Bauern, Handwerker und freien Berufe, erfassen. Sie alle brauchen nach dieser Katastrophe soziale Sicherheit; von allen aber muß auch das gleiche Maß nationaler Solidarität gefordert werden. Demokratie ist nicht nur formale, sondern auch soziale Gleichberechtigung und gleiche Verpflichtung.

Unsere Einheitsversicherung, das ist reale Demokratie!“

Bekanntlich wird in der sowjetischen Besatzungszone (nach § 34) die ärztliche Behandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen außerhalb der Einrichtungen der Sozialversicherung (d. s. die Eigenbetriebe der Sozialversicherung, die Badeanstalten, Röntgeninstitute, Zahnkliniken und Polikliniken und die von den Gesundheitsämtern eingerichteten Ambulatorien) durch Ärzte ausgeübt, die mit den Trägern der Sozialversicherung in einem Vertragsverhältnis stehen. Die Verträge werden mit der Industriegewerkschaft 15, Öffentliche Betriebe, Sektion Gesundheitswesen, gegliedert nach Fachgruppen der Heilberufe, abgeschlossen.

In der sowjetischen Besatzungszone bestanden vorerst fünf selbständige Sozialversicherungsanstalten, entsprechend den einzelnen Ländern. 1949/50 wurde dieser vom zentralistischen Standpunkt aus unbefriedigende Zustand durch die Bildung eines Zentralvorstandes in Berlin geändert, an dessen Weisungen die Anstalten der Länder gebunden waren. Mit der Bildung des Zentralvorstandes erweiterte der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB) seinen Einfluß auf die Sozialversicherung beträchtlich. Bis dahin beschränkte sich seine Einwirkung auf die Neugestaltung des Versicherungsrechtes nach dem SMAD-Befehl Nr. 28, die unter Berücksichtigung der Vorschläge des FDGB erfolgte. Im Frühjahr 1951 wurden die fünf Versicherungsanstalten der Länder zu einer einheitlichen, zentral gelenkten Sozialversicherung vereinigt. Ihre Leitung und Kontrolle wurden dem Bundesvorstand des FDGB und nach dessen Weisungen den Industriegewerkschaften übertragen. Die Sozialversicherung der sowjetisch besetzten Zone Deutschlands hat heute bereits ein Entwicklungsstadium erreicht, indem sie sich nicht mehr wesentlich von der Sozialversicherung in der Sowjetunion unterscheidet. Dort wurde die Sozialversicherung bereits im Jahre 1933 den Gewerkschaften übergeben.

Die Sozialpolitikerin Wunderlich definierte (zit. nach „Grundriß der sozialen Medizin“ von Franz Ickert, Berlin 1932, S. 63) die Sozialversicherung folgendermaßen: „Die Sozialversicherung ist eine öffentlich-rechtliche Bewirtschaftung von Arbeitskraft: Wiederherstellung und Erneuerung von Arbeitskraft in der Krankenversicherung, Abschreibung wegen Verbrauches in der Invalidenversi-

cherung, Erhaltung der Arbeitskraft in der Arbeitslosenversicherung.“ Daran wird man erinnert, wenn man weiß, daß die Richtschnur für die Sozialversicherung in der sowjetisch besetzten Zone immer die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist. „Allerdings kommt es dabei wesentlich darauf an, in welchem Zustand der Patient als ‚noch‘ oder als ‚schon wieder‘ arbeitsfähig gilt. Durch scharfe Kontrollen in den Betrieben wird versucht, den Krankenstand zu senken.“ Es ergibt sich, nach der Darstellung von Dr. Dorothea Faber und Alfred Leutwein (Das Versicherungswesen in der sowjetischen Besatzungszone, herausgegeben vom Bundesministerium für gesamtdeutsche Fragen, Bonn 1952), „daß die Sozialversicherung der sowjetischen Zone in ihrer Umgestaltung seit 1945 — dem Beispiel der Sowjetunion folgend — in zunehmendem Maße zu einem Instrument der Wirtschaftspolitik geworden ist. Die Sorge für den Menschen ist nicht mehr die alles überragende Aufgabe der Sozialversicherung, ihr werden vielmehr oft Rücksichten auf wirtschaftspolitische Ziele übergeordnet. Diese Ten-

denz tritt immer mehr, auch nach außen hin in Erscheinung; ihr dient die straffe Zentralisierung. Die Übergabe der Sozialversicherung an den FDGB und ihr Vordringen in jeden einzelnen Betrieb bilden neue Ansatzpunkte zur Beeinflussung der Menschen im Sinne der Neugestaltung und Umschichtung der Gesellschaft und der Entmündigung des einzelnen“.

Damit soll keineswegs gesagt werden, daß auch in der Bundesrepublik in absehbarer Zeit von Gewerkschaftsseite eine ähnliche Umgestaltung der Sozialversicherung geplant ist, wenn auch die Beschlüsse des 3. Ordentlichen Bundeskongresses des DGB zur Vorsicht mahnen.

Daß diese den vielfachen neuerlichen gefährvollen Tendenzen in unserer Zeit Rechnung tragende Entwicklung zur Gleichschaltung, Vermassung und folgermäßigem Totalitätsanspruch Einzelner oder größerer Personengruppen auch für die Volksgesundheit von größter Bedeutung ist und mit Besorgnis betrachtet werden muß, erübrigt sich, zu betonen. (Fortsetzung folgt)

Die ostoberfränkische Aktion

Von Dr. R. Luft, Münchberg

3. Teil

Welche Maßnahmen schlagen wir für eine echte Lösung des Problems vor?

1. Um zunächst die sichtbarsten Ungerechtigkeiten in der Verteilung der Ärzte zu beseitigen, ist die Struktur der Bevölkerung, also außer der Zahl der Selbstversicherten auch die Zahl der Familienmitglieder und vor allem der Nichtversicherten, wie oben ausgeführt, zu berücksichtigen. Es kann also keine schematische Richtzahl für das ganze Bundesgebiet festgesetzt werden. Die Zahl muß gleitend sein!

2. Es können nur soviel Ärzte zur Kassenpraxis zugelassen werden, wie Stellen durch den natürlichen Abgang von Kassenärzten frei werden. Neue Kassenarztstellen können bis auf weiteres nicht eingerichtet werden.

Hier sind zwei Einwände zu widerlegen.

a) Man könne einer Anzahl von Jungärzten nicht den Weg zur Gründung einer Praxis verlegen. Das wäre eine Grausamkeit und hätte zudem noch den üblen Beigeschmack eines wirtschaftlichen Egoismus der „Beati possidentes“ gegenüber den „Habenichtsen“. Es gibt leider unter den freipraktizierenden Ärzten heute kaum noch Beati possidentes! Sie haben wohl noch Arbeit, manche viel, manche weniger! Aber Arbeit ist in unserem Beruf leider nicht mit dem Begriff des Gutverdienens und der Wohlhabenheit verbunden. Der Arbeiter wird für seine Überstunden bezahlt, und zwar mit einem höheren Tarif als für die gewöhnlichen Arbeitsstunden. Beim Arzt aber wird die Mehrarbeit nach einem Staffeltarif gekürzt. Wir gewinnen an irdischen Gütern, auch wenn wir schuften und uns aufreiben, gerade soviel, daß wir leben können, daß wir uns einigermassen anziehen können, daß wir uns 'mal einen (unbezahlten!) Urlaub gönnen, und daß wir unsere Kinder ausbilden können. Für eine würdige Altersversorgung reicht es schon nicht mehr, und eine Kapitalbildung, die früher für den arbeitenden Arzt eine Selbstverständlichkeit war, ist heute dem freipraktizierenden Arzt in unserer Gegend wenigstens unmöglich. Unsere wirtschaftliche Position ist heute so labil geworden, daß sie durch eine einzige Neuzulassung in unserem Heimatort zum Schwanken, ja zum Stürzen gebracht werden kann. Der Arzt in einer neu eingerichteten Kassenpraxis kommt also nicht in einen Kollegenkreis wohlhabender Besitzer, denen er mit gutem Gewissen einen Teil der fetten Pfründe abnehmen könnte, sondern in einen Kreis von Ärzten, von denen die meisten jeden Abend mit Sorgen an den nächsten Tag denken.

b) Man könne nicht durch staatliche Eingriffe den Zunftgedanken in die Ärzteschaft einführen, der großen Masse der freien Ärzte ihr Einkommen erhalten und durch teilweise Sperre den Wettbewerb der Leistung er-

schweren. Die Liberalisierung der Wirtschaft könne auch nicht vor dem Ärztestand haltmachen. Abgesehen davon, daß die übersteigerte Konkurrenz auch im gewerblichen Wirtschaftsleben zu schweren Entartungen führt, ist der Arztberuf, wenn er auf das rein Wirtschaftliche herabgedrückt wird, besonders anfällig. Er ist nun einmal kein Gewerbe! Seine Leistung im Volksgefüge beruht nicht auf der verfeinerten Kalkulation, sondern auf den hohen sittlichen Werten der Liebe und der Pflicht. Das mag pathetisch klingen, aber es ist nun einmal so seit tausend Jahren und wird immer so sein, so lange es echte Ärzte gibt. Es handelt sich demnach nicht nur um die Sicherung eines Einkommens, sondern um die Verhütung der seelischen Verproletarisierung eines wichtigen Standes mit all ihren Folgen für das Volksganze.

3. Um Raum für die Jungärzte zu schaffen, ist die Altersversorgung der Ärzte endlich mit allen Mitteln durchzuführen. Wenn es gelänge, alle Kassenärzte über 65 Jahre durch eine würdige Versorgung aus der Kassenpraxis auszuscheiden, so wäre der Ärzteüberhang von zwei Jahren sofort untergebracht. Bisher sind alle Versuche einer wirklichen Altersversorgung gescheitert. Die alten Ärzte arbeiten, bis sie 75 Jahre und noch älter geworden sind, obwohl sie Mitglieder der bestehenden Versorgungskassen sind. Die älteren heimatvertriebenen Ärzte werden in diese Kassen nicht aufgenommen, weil nach versicherungstechnischer Kalkulation „das Risiko bei ihnen zu groß ist“. Die Mitglieder erhalten so geringe Renten, daß sie davon nicht leben können. In eine freie Altersversicherung einzutreten, ist für viele Kassenärzte nicht möglich, weil das geringe Einkommen, das nach Abzug aller Unkosten und Steuern übrig bleibt, die hohen Prämien nicht trägt.

Das Problem der Altersversorgung ist von der Ärzteschaft allein nicht zu lösen, weil sie als Stiefkind des Staates ihre gesamte Arbeitskraft heute dafür aufwenden muß, ihre wirtschaftliche Existenz von heute auf morgen zu erhalten. Eine Abzweigung von Millionenbeträgen für eine wirkliche Altersversorgung würde sie auf der Skala der Gesellschaft noch tiefer herunterdrücken. Sie ginge auf Kosten der Entspannung, des Urlaubs, kultureller Genüsse und der kleinen Freuden des Lebens, auf die jeder Arbeitende ein Anrecht hat. Man wird deshalb neue, grundlegende Wege suchen müssen. Es werden sich die Organe des Volksganzes mitbeteiligen müssen, die jahraus, jahrein einen Teil der ärztlichen Honorare für ihre eigene Finanzwirtschaft zurückhalten: der Staat, der die Kassenärzte mit einer Sondersteuer dadurch belegt, daß er sie in der Rentenversicherung 50—60% unter den von ihm selbst festgesetzten Armentarifen bezahlt, die Sozial-Kranken-

kassen, die immer noch der irrigen Meinung sind, es würde der wirtschaftliche Druck auf die Kassenärzte durch Unterbezahlung (30—40% unter Tarif!) eine besonders kluge Finanzgebarung sein.

4. Es ist endlich der Numerus clausus für Medizin an den deutschen Universitäten einzuführen. Er ist von den ärztlichen Organisationen wiederholt, allerdings wohl etwas zaghaft, gefordert, aber von den medizinischen Fakultäten abgelehnt worden. Wir glauben, es ist sittlich gerechtfertigter, die Existenz Tausender von Kassenärzten über das Interesse einiger Universitätsprofessoren zu stellen. Es dürfen nur soviel junge Mediziner an den Universitäten aufgenommen werden, als Arztstellen frei werden. Dabei ist es sozialer, die Sperre vor Beginn des Studiums als am Ende durch Beschränkung der Ausbildungsstellen, wie es in anderen Ländern geschieht, einzurichten.

Der Einwand, der Numerus clausus widerspräche dem Grundgesetz, ist abzulehnen. De facto besteht er in unserer gesamten freien Wirtschaft. Kein Mensch kann einen Handwerksmeister zwingen, noch einen zweiten Lehrling einzustellen, keine Behörde kann einen Industriebetrieb zwingen, mehr Leute einzustellen, als er braucht. Der Staat selbst hat in seinem Beamtenkörper den Numerus clausus seit jeher durchgeführt. Der Einwand, es handle sich bei den Beamten um öffentliche Dienststellen, die vom Volksganzen bezahlt würden und deshalb nicht uferlos vermehrt werden könnten, ist nicht stichhaltig. Auch der Dienst des Arztes ist eine öffentliche Aufgabe, wie wir immer wieder von Staatsseite hören.

Es gibt noch einen weiteren Weg, wenigstens noch einen Teil des ärztlichen Überhangs in der freien Praxis unterzubringen, und zwar ohne die demoralisierenden Folgen des Konkurrenzkampfes, das ist die wirtschaftliche Besserstellung des Arztstandes, also die Honorarfrage. Dieser Weg ist nur unter drei unabdingbaren Voraussetzungen zu beschreiten.

a) Die Honorarfrage ist zusammen mit der Altersversorgung und dem Numerus clausus das Primäre, die Neueinrichtung einer gewissen Anzahl von Kassenarztstellen das Sekundäre, d. h. Honorarfrage, Altersversorgung und Numerus clausus haben zeitlich in ihrer Lösung voranzugehen. Hier stehen wir freipraktizierenden Ärzte im scharfen Gegensatz zu den Führern der Ärzteschaft. Nach ihrem Willen sollen die Probleme gleichzeitig oder gar in umgekehrter Reihenfolge gelöst werden. So sollen die Verhältniszahlen „Arzt auf Versicherte“ im Parlament auf 1:500 heruntersetzt werden, während die Durchführung der Honorarfrage, die Altersversorgung und der Numerus clausus noch in weiter Ferne liegen. Die Folge davon ist — daran besteht für den Einsichtigen kein Zweifel — der wirtschaftliche und moralische Zusammenbruch zahlreicher ärztlicher Existenzen und eine schwere Belastung der Krankenkassen.

b) Die wirtschaftliche Besserstellung der Kassenärzte darf nicht tropfenweise wie bisher geschehen. Eine

10%ige Erhöhung der Kassenhonorare würde kaum die jetzt bestehende Not der arbeitenden Ärzte beseitigen. Es müssen wenigstens die Mindestsätze der jetzt gültigen staatlichen Gebührenordnung erreicht werden. Im Grunde genommen ist es beschämend, daß ein Berufsstand um die niedrigsten Sätze, die Armensätze, seines Tarifs noch kämpfen muß.

c) Um die Moral der Ärzte wieder zu heben und um die unnötig hohen Kosten der Krankenkassen für Medikamente, Krankenhaus, Transporte, Fahrten und Krankengeld zu senken, ist schärfste Selbstkontrolle der Ärzteschaft erforderlich. Diese Selbstkontrolle steht z. T. auf dem Papier, ist aber bisher noch nicht durchgeführt. Die Bestimmungen und Ermahnungen der Kassenärztlichen Bezirksstellen werden nicht gelesen, und wenn sie gelesen werden, nicht eingehalten. Die Bezirksstellen selbst haben bei der Ablieferung von 300 000—400 000 Krankenscheinen im Vierteljahr nicht die Möglichkeit einer wirksamen Kontrolle. Wenn sie aber Verstöße entdecken, haben sie nicht den Mut, sie wirksam abzustellen. Die Kontrolle muß deshalb auf die einzelnen Landkreise dezentralisiert werden. Gute Zusammenarbeit mit den örtlichen Krankenkassen ist zu erstreben. Diese könnten sich in vielen Fragen von älteren, erfahrenen Kassenärzten beraten lassen.

Die wirtschaftliche Besserstellung der Kassenärzte ist nur mit Hilfe des Staates zu erreichen. Der Einwand mancher Ärzte, daß wir ein freier Berufsstand seien und damit zur freien Wirtschaft gehören, in die sich der Staat so wenig wie möglich einmischen solle, verkennt die Lage. Die Freiheit unseres Berufsstandes ist heute nur noch ein Phantom. Wir reden nur von der Freiheit, wir haben sie nicht mehr, wir können sie aber, wenn wir ihrer würdig werden, einst wieder erkämpfen.

Der Staat trägt die Hauptschuld, daß der Arztstand in Not geraten ist. Wir verweisen auf die Honorierung der Ärzte in der staatlichen Rentnerversicherung. Wir verweisen auf die Bestimmung der neuen staatlichen Gebührenordnung, daß deren Mindestsätze nicht für die Sozialversicherung gelten soll, eine Bestimmung, die den Segen der nach jahrelangen Kämpfen erreichten Erhöhung völlig wieder aufhebt. Wir verweisen auf die Heraussetzung oder gar Streichung der oberen Einkommensgrenze in der Sozialversicherung, die es ermöglicht, daß Prokuristen, Hotelbesitzer, Bauunternehmer unter dem Schutz des Staates den Arzt zu Armensätzen ausbeuten können. Gerade diese Tatsache, die mit keinem Argument der Welt als sozial gerecht begründet werden kann, ist es, die die Kassenärzte immer wieder im tiefsten erbittert. Der Staat war es, der während des Krieges Tausende von Abiturienten zum Studium der Medizin ermunterte, ihnen alle Erleichterungen gewährte und sie nach kurzer Frontbewahrung zum Examen trieb, während das Studium aller anderen Fakultäten auf Eis gelegt war. Da die Bundesrepublik sich als Rechtsnachfolgerin des vergangenen Staates bekennt, hat sie die sittliche Pflicht, auch für die Folgen der Ärzteinflation einzutreten, genau-

Diathermie

auf chemischem Wege durch

Therment

• Salbe
• flüssig

Indikationen:

Rheumatosen
Neuralgien
Arthropathien
Pleuritis
Durchblutungsstörungen
Segmenttherapie

1 Orig. Tube 1 Orig. Flasche
DM 1,25 DM 1,45

so, wie sie für die Wiedergutmachung an den Staat Israel eingetreten ist.

Wir sind der Überzeugung, daß durch Ausscheidung der Wohlhabenden aus der Sozialversicherung, in die sie dem Sinne dieser Versicherung nach nicht gehören, die wirtschaftliche Gesundung des Arztstandes schon zu einem großen Teil erreicht werden könnte. Weiterhin müßte der Staat durch Subventionen dafür sorgen, daß Krankenhäuser und Kliniken eine größere Anzahl von zu würdigen Tarifen bezahlten Ärzten aufnehmen können, und daß diese auch im Interesse von Wissenschaft und

Forschung an diesen Instituten bleiben und wirtschaftlich vorwärtskommen können.

So hätte der Staat die Pflicht und die Möglichkeit, an einem wichtigen deutschen Berufsstand das wieder gutzumachen, was die Öffentlichkeit bisher versäumte. Der Weg, das Problem der ärztlichen Überfüllung durch Herabsetzung der Richtzahl zu lösen, ist ein falscher Weg, der die Not mit ihren Folgen nur noch vergrößern wird, er ist eine Behelfsmaßnahme, keine Lösung. Er wird nicht zum Frieden in der Sozialversicherung führen, sondern zum Kampf aller gegen alle!

MITTEILUNGEN

Staatsminister Dr. Geislhöringer auf der Tagung in Bad Tölz

Auf der Arbeitstagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und seines Landesverbandes Bayern am 26./27. Februar in Bad Tölz — über die noch besonders berichtet werden soll — sprach am zweiten Tage der Bayerische Staatsminister des Innern Dr. Geislhöringer über „Arztfragen vor dem Bundeskabinett“. Der Minister kam damit in dankenswerter Weise einer an ihn gerichteten Bitte um seine Stellungnahme zu einer Reihe von aktuellen ärztlichen Problemen nach.

In der Erörterung der Frage der ärztlichen Hausapotheken wies Staatsminister Dr. Geislhöringer zunächst auf die Rechtslage hin, nach der die Bewilligung einer ärztlichen Hausapotheke entsprechend ihrem Charakter als Notmaßnahme ausnahmslos nur in jederzeit wider-ruflicher Weise erteilt wurde und bereits vor dem Inkraft-treten des Bayerischen Apothekengesetzes vom 16. 6. 52 von dem Vorliegen eines „unabweisbaren Bedürfnisses“ abhängig gemacht wurde. Durch die Einbeziehung der Apotheken in die Bestimmungen über die Gewerbe-freiheit sind in den letzten Jahren nicht weniger als 400 neue Apotheken in Bayern entstanden, so daß die Arznei-versorgung der Bevölkerung ausreichend gewährleistet ist. Es kann darum von einem echten Bedürfnis nach Neuerrichtung von ärztlichen Hausapotheken nicht gesprochen werden. Für die bestehenden Hausapotheken hat das Ge-setz Vorsorge getroffen, daß solche Abgabestellen auch nach Erlöschen der Bewilligung weiter betrieben werden können, jedoch nur soweit ein echtes Bedürfnis vorliegt. Ärztliche Hausapotheken am Sitz einer Apotheke oder in der unmittelbaren Nähe eines Apothekensitzes müssen aufgegeben werden nach dem Grundsatz, daß die Haus-apotheken nicht als Bestandteil der ärztlichen Praxis und nicht um des Erwerbs willen, sondern nur insoweit sie zur Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, betrieben werden. Im übrigen dürfen nach Art. 21 des Apothekengesetzes Ärzte, die keine ärztliche Haus-apotheke führen, in Notfällen oder soweit sie die Arzneien bei Ausübung der Praxis selbst anwenden, solche abgeben. Im Verhältnis zur Zahl der Ärzte mit Landpraxen ist die der heute bestehenden ärztlichen Hausapotheken (97) ver-schwindend gering.

Besonders interessant waren die Ausführungen des Staatsministers Dr. Geislhöringer, die er zu den Ände-rungsentwürfen zum Bayer. Ärztegesetz machte. Durch das Inkrafttreten des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 6. 46 war die Reichsärzteordnung von 1935 für Bayern auf-gehoben worden und damit die Notwendigkeit gegeben, die auf dieser Reichsärzteordnung beruhende Bestallungs-ordnung für Bayern neu zu regeln. Nachdem ein erheb-liches rechtspolitisches Interesse daran besteht, daß auf diesem Gebiete in der Bundesrepublik Deutschland ein einheitliches Recht gilt, ist es notwendig, den Ab-schnitt I des Bayer. Ärztegesetzes der in allen übrigen Ländern des Bundesgebietes geltenden Rechtslage anzu-passen. Als tragender Grundsatz des Standesrechts bleibt auch im Gesetzentwurf an hervorragender Stelle die Bestimmung, daß der ärztliche Beruf ein freier Beruf und kein Gewerbe ist, und daß der Arzt eine öffent-liche Aufgabe erfüllt. Der Entwurf läßt den Aufbau der

ärztlichen Standesorganisationen unberührt und hält auch weiterhin an der Pflichtmitgliedschaft der Ärzte zu den Ärztlichen Bezirksvereinen fest, deren Verfassungsmäßig-keit durch die Entscheidung des Bayerischen Verfassungs-gerichtshofes vom 20. 7. 1951 eindeutig zugunsten der Pflichtmitgliedschaft entschieden wurde. An der im un-mittelbaren Zusammenhang mit der Pflichtmitgliedschaft stehenden Berufsgerichtsbarkeit hält auch der neue Entwurf uneingeschränkt fest, lediglich aus Grün-den der Zweckmäßigkeit und der Entlastung der Berufs-gerichte sind in dem Änderungsgesetz Bestimmungen über ein vereinfachtes Ermittlungs-, Schieds- und Be-schlußverfahren vorgesehen.

In der Behandlung des Gesetzentwurfs, mit dem sich der Ministerrat bereits beschäftigt hat, ist dadurch eine Verzögerung eingetreten, daß das Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge noch ergänzende Vorschläge zu dem Gesetzentwurf unterbreiten wollte. Ferner hat inzwischen die Fraktion der CSU den Regierungsentwurf mit einigen Abweichungen als Initiativentwurf in den Bayerischen Landtag eingebracht. Von den abweichenden Bestimmungen ist bemerkenswert, daß an Stelle der Ärztlichen Kreisverbände auf Regierungsbezirks-ebene sog. Bezirksärztekammern treten sollen. Wenn es sich hierbei nur um eine andere Bezeichnung für die Ärztlichen Kreisverbände handeln soll, bestehen hier-gegen keine grundlegenden Bedenken, wenn auch eine Notwendigkeit für eine solche Namensänderung nicht ohne weiteres eingesehen werden kann. Soll aber mit der Bezirksärztekammer eine Änderung der recht-lichen Struktur verbunden sein, dann müßte das Staatsministerium des Innern hiergegen grundsätzlich Be-denken anmelden. Es soll auf jeden Fall daran festge-halten werden, daß die Grundlage der gesamten ärztlichen Standesorganisation der Ärztliche Bezirksverein ist.

Nur bei diesem besteht die Pflichtmit-gliedschaft des einzelnen Arztes. Die Mit-glieder der Ärztlichen Bezirksvereine wählen ihre Ab-geordneten zur Landesärztekammer, die als solche die zusammenfassende und ausrichtende Vertreterorganisa-tion der gesamten Ärzteschaft ist, die durch die Ver-sammlung der Abgeordneten repräsentiert wird. Die ärztlichen Kreisverbände, die nach dem Gesetzentwurf der CSU Bezirksärztekammern werden sollen, sind nur als Einrichtungen gedacht, die auf einer Zwischen-basis die Bezirksvereine, nicht die Abge-ordneten zusammenfassen und gemeinschaft-liche Aufgaben erfüllen. Diese Kreisverbände sollen nach Auffassung des Staatsministeriums des Innern keine Körperschaften des öffentlichen Rechts sein; bei ihnen gibt es auch keine Mitgliedschaft des ein-zelnen Arztes.

Schließlich nahm Staatsminister Dr. Geislhöringer noch Stellung zu den Fragen der präventiven Medizin und be-tonte ausdrücklich, daß über die im öffentlichen Gesund-heitswesen durch Gesetz vorgeschriebenen Aufgaben hin-aus keinerlei gesundheitsfürsorgliche Maßnahmen vom Innenministerium geplant seien. Er verwahrte sich nach-drücklich gegen die völlig unberechtigten und durch nichts bewiesenen Anwürfe aus Ärztekreisen gegen das Innen-



Seit Jahrzehnten bewährt

Kupiert Grippe und
Erkältungskrankheiten
keine unerwünschte Diaphoresis

NOVALGIN-CHININ

Röhrchen mit 10 Dragees . . DM 1.30 o.U.
Glas mit 20 Dragees . . DM 2.— o.U.
Anstaltspackungen stehen zur Verfügung



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

Ph 215 I

DYSURGAL
Dr. HETTERICH
 gegen Dysurie, Reizblase,
 Hornträufeln und leichtere
 Formen von Inkontinenz
 Literatur und Xrztlemuster auf Wunsch

Galenika
Dr. HETTERICH
 FÜRTH/BAYERN O. M. B. N.

Aus unserem Almanach

Es gibt nicht viel glückliche Menschen. Aber wenn Glück nach Verdienst ginge, wären es noch viel weniger — und ganz andere. Kraisheimer

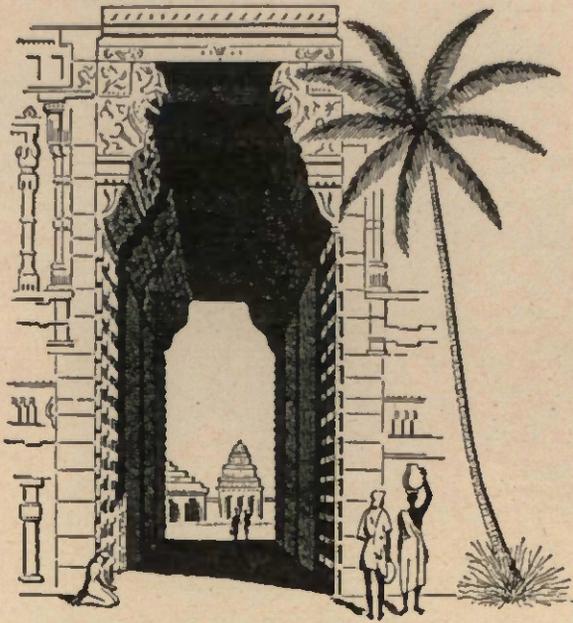
SKLEROSOL
 DR. KOBBE
 Arteriosklerose, Praesklerose, Hypertonie,
 Klimax, Ohrensausen u. Schwindelgefühle

FEBENA · KÖLN

BAYERISCHE BEAMTEN VERSICHERUNG

MÜNCHEN LENBACHPLATZ 4

Die Versicherung für Jedermann



Sichere Therapie mit Rauwolfia-Alkaloiden:

RAUPINA

Dragées - Liquidum

Sympathikalytisch und sedativ kontrolliertes
Präparat mit standardisiertem Alkaloidgehalt

zur zuverlässigen Hochdruck-Therapie

Raupina enthält pro Dragée bzw. pro 10 Tropfen 0,2 mg des sedativen Alkaloids „Reserpin“.



20 Dragées à 2 mg
10 ccm Liquidum

~~DM 2,05 o. U.~~
~~DM 2,85 o. U.~~

ab 1. 2. 1955
DM 1,80 o. U.
DM 2,55 o. U.

Vertigo-Heel

10 u. 30 ccm Liquidum
50 TABLETTEN

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

*Antacid-
Helfenberg*

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A.G. VORM. EUGEN DIETERICH WEVELINGHOVEN - RHEINLAND

*Normalisierung des gestörten
Säure-Basenhaushaltes*

*Indikationen: Depressionen prämenstrueller
und klimakterischer Genese art. Hypotonie,
Colit. muc., Migräne, Stom. ulc., unspes. Fluor
u. a. auf azidotischer Basis.*

Ausführliche Literatur und Muster auf Wunsch

AKNE-MEDICE

Zur Therapie der Acne vulgaris Liquidum und Puder in einer Packung
Literatur und Muster auf Wunsch

MEDICE Chem.-pharm. Fabrik G. m. b. H. Iserlohn/Westf.



Das bekannte Therapeutikum mit den
nachweisbaren Erfolgen bei:

Ulcus ventriculi, Gastritiden
Ulcus duodeni

nunmehr durch
Preisermäßigung
nach wirtschaftlicher.

Kleinpackung mit 24 Tabl. DM 2,55 a. U.
(ausreichend für 8 Tage)

Originalpackung · Kurpackung · Klinikpackung

LITERATUR UND MUSTER DURCH: H. TRIMMENDORF, CHEMISCHE FABRIK, AACHEN

Formblatt 1
(Format DIN A 5)

Ärztliches Zeugnis

nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953

Name..... Vorname..... geb. am..... in.....
(bei Frauen auch Mädchenname)

Wohnort..... Kreis..... Straße.....

ist heute von mir untersucht worden.

Der — Die Untersuchte ist mir bekannt durch.....

Die Untersuchung hat ergeben:

A. Syphilis:

1. Klinischer Befund auf:
 - a) Geschlechtsorgane:
 - b) Haut:
 - c) Schleimhaut:
 - d) Drüsen:
 - e) innere Organe:
2. Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung (Spiroch. pallida):
3. Wassermannsche Reaktion und andere serodiagnostischen Syphilis-Reaktionen:

B. Gonorrhoe:

1. Klinischer Befund auf:
 - a) Ausfluß:
 - b) Geschlechtsorgane:
 2. Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung (Gonococcus) von:
- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| (bei Männern) | (bei Frauen) |
| a) Urethra: | a) Urethra: |
| b) Prostatasekret: | b) Cervix: |
| | c) Rectum: |
| | d) Bartholinische Drüsen: |

C. Ulcus molle:

D. Lymphogranulomatosis inguinalis:

Liegen hiernach Anzeichen für das Vorhandensein einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit vor (ja — nein)?..... Sind weitere Untersuchungen erforderlich (ja — nein)?..... Der — Die Untersuchte wird von mir behandelt (ja — nein)?.....

Stempel

....., den.....
.....
(Unterschrift des Arztes)

Formblatt 2
(Format DIN A 5)
(Vorderseite)

Nr. 0000

Stammblatt

nach § 2 Abs. 2 der Ersten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes
zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28. Dezember 1954

Dieses Stammblatt bleibt in der Hand des Arztes und ist 5 Jahre aufzubewahren.

Kartei — Buch-Nr.

Name Vorname geb. am in
(bei Frauen auch Mädchename)

Geschlecht: männlich — weiblich Familienstand: ledig — verheiratet — verwitwet — geschieden —
getrennt lebend*)

Wohnort Kreis Straße Beruf

Der — Die Untersuchte ist mir bekannt durch

Diagnose: Syphilis — Gonorrhoe — Ulcus molle — Lymphogranulomatosis inguinalis*)

Aushändigung des Merkblattes (Formblatt 3) und mündliche Belehrung am
(Bestätigung des Kranken auf der Rückseite).

Bei Minderjährigen und Entmündigten: Sind die Eltern oder Erziehungsberechtigten oder der gesetzliche Vertreter
nach § 11 Abs. 2 des Gesetzes unterrichtet und belehrt worden (ja — nein)?

Statistisches Zählblatt und Angaben über die Nachforschung nach der Ansteckungsquelle (Formblatt 7) an Gesund-
heitsamt abgesandt am

Mahnung des Patienten am

Namentliche Meldung des Patienten (Formblatt 5) an Gesundheitsamt abgesandt am

Namentliche Meldung der Ansteckungsquelle und der gefährdeten Personen (Formblatt 6) an Gesundheitsamt ab-
gesandt am

Überwiesen zur stationären — ambulanten Behandlung
an
Übernahme nach § 10 Abs. 2 des Gesetzes bestätigt am

Bei Syphilis:
Entlassen am
Entlassungsmerkblatt (Formblatt 4) ausgehändigt am
(Bestätigung des Kranken auf der Rückseite)

*) Zutreffendes unterstreichen

.....
(Unterschrift des Arztes)

(Rückseite)

Ich bestätige, daß mir das Merkblatt für Geschlechts-
kranke ausgehändigt und erläutert worden ist.

Ich bestätige, daß mir das Entlassungsmerkblatt für
Syphilitische ausgehändigt und erläutert worden ist.

....., den

....., den

.....
(Unterschrift des Patienten)

.....
(Unterschrift des Patienten)

Formblatt 3
(Format DIN A 5)

(Vorderseite)

Nr. 0000

Amtliches Belehrungsmerkblatt für Geschlechtskranke

nach § 11 Abs. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953

Sie leiden an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit (Syphilis, Tripper, weichem Schanker, venerischer Lymphknotenentzündung).¹⁾

Sie selbst können nicht erkennen, wann Ihre Krankheit nicht mehr ansteckungsfähig ist. Das kann und darf nur ein Arzt entscheiden. Bei Tripper ist hierzu eine wiederholte mikroskopische Untersuchung nach Beendigung der Behandlung, bei Syphilis eine mehrere Jahre hindurch wiederholte Untersuchung Ihres Körpers und Ihres Blutes erforderlich.

Nach dem Gesetz sind Sie verpflichtet, sich von einem Arzt behandeln zu lassen.²⁾ Die Behandlung ist für Ihre eigene Gesundheit von größter Bedeutung ebenso wie für diejenige Ihrer Angehörigen. Wenn Sie sich sofort und gründlich behandeln lassen, können Sie völlig geheilt werden. Falls Sie die Anordnungen des Arztes aber nicht beachten, kann das schwere Folgen für Sie haben. Solange Sie sich der ärztlichen Behandlung nicht entziehen, wird Ihr Name nicht genannt. Brechen Sie jedoch die Behandlung der Krankheit vorzeitig ab, bin ich gesetzlich verpflichtet, Ihren Namen und Ihre Anschrift umgehend dem Gesundheitsamt bekanntzugeben. Sie müssen mich daher sogleich benachrichtigen, wenn Sie aus einem zwingenden Grunde (z. B. anderweitige Erkrankung) die Behandlung unterbrechen müssen oder wenn Sie einen anderen Arzt in Anspruch nehmen wollen. In letzterem Falle müssen Sie mir auch dessen Namen und Wohnung angeben.

Die Behandlung ist erst beendet, wenn ich als behandelnder Arzt Ihnen erklärt habe, daß eine Ansteckungsgefahr nicht mehr besteht. Wenn Sie vorher geschlechtlich verkehren, gefährden Sie Ihre Mitmenschen. Sie können deswegen mit Gefängnis bestraft werden, auch wenn eine Ansteckung durch Sie nicht eintritt.³⁾ Außerdem können Sie, falls Sie die Krankheit auf eine andere Person übertragen haben, nach § 832 des Bürgerlichen Gesetzbuches für den entstandenen Schaden haftbar gemacht werden.

Die behandelnden Ärzte und ihre Hilfskräfte sind ebenso wie die Beamten und Angestellten des Gesundheitsamtes gesetzlich zur besonderen Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich muß Sie über die Bedeutung und die Folgen Ihrer Erkrankung belehren und Ihnen dieses amtliche Merkblatt aushändigen.

....., den.....

Stempel

.....
(Unterschrift des Arztes)

¹⁾ Das Nichtzutreffende ist zu streichen.

²⁾ § 3 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

³⁾ § 6 Abs. 1 und 5 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

Formblatt 4
(Format DIN A 5)

Nr. 0000

Amtliches Entlassungsmerkblatt für Syphiliskranke

Ihre Krankheit bedarf der Beobachtung auf Ansteckungsgefahr zur Zeit¹⁾ nicht mehr.

Sie müssen sich aber nach Monaten wieder zur Untersuchung und nötigenfalls zur Behandlung vorstellen.¹⁾

Sollten Sie wieder krankhafte oder auch nur verdächtige Erscheinungen an sich bemerken, so müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen.

Bei jeder weiteren Erkrankung, gleich welcher Art, müssen Sie dem Arzt ungefragt mitteilen, daß Sie an einer Syphilis gelitten haben. Frauen müssen bei Eintreten einer Schwangerschaft sofort den Arzt aufsuchen, da sonst die Gefahr besteht, daß ein Rückfall in der Erkrankung nicht bemerkt, eine notwendige Behandlung unterlassen und infolgedessen ein krankes Kind geboren wird.

Bevor Sie eine Ehe eingehen, müssen Sie sich ärztlich untersuchen lassen. Ergeben sich dabei ärztlicherseits Bedenken, so sind Sie verpflichtet, dem Verlobten darüber Mitteilung zu machen, falls die Ehe geschlossen werden soll.²⁾

Sie dürfen kein Blut spenden.³⁾

Die Krankheit, die Sie gehabt haben, schützt Sie nicht vor weiteren Ansteckungen.

....., den

Stempel

.....
(Unterschrift des Arztes)

¹⁾ Die Worte „zur Zeit“ und der nachfolgende Satz, beginnend mit „Sie müssen sich aber“, sind vom Arzt bei endgültiger Entlassung zu streichen; in diesem Falle hat er nachstehend die Streichung durch nochmalige Unterschrift zu bestätigen.

....., den

Stempel

.....
(Unterschrift des Arztes)

²⁾ § 6 Abs. 2 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

³⁾ § 7 Abs. 4 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

Formblatt 5
(Format DIN A 5)

Nr. 0000

Namentliche Meldung eines Geschlechtskranken*)
nach § 12 Abs. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953

An das Gesundheitsamt in	Grund der namentlichen Meldung: 1. Behandlungsverweigerung <input type="checkbox"/> Behandlungsunterbrechung <input type="checkbox"/> Unterlassung der Nachuntersuchung (§ 12 Abs. 1 Nr. 1) <input type="checkbox"/> 2. Übertragungsfahr durch Lebensweise und Lebensumstände (§ 12 Abs. 1 Nr. 2) <input type="checkbox"/> 3. offensichtlich falsche Angaben (§ 12 Abs. 1 Nr. 3) <input type="checkbox"/> 4. sittliche Gefährdung bei noch nicht vollendetem 18. Lebensjahr (§ 12 Abs. 1 Nr. 4) <input type="checkbox"/>
---	--

Name Vorname geb. am in
(bei Frauen auch Mädchename)

Wohnort Kreis Straße Beruf

Familienstand: ledig . . . verheiratet . . . verwitwet . . . geschieden getrenntlebend

Diagnose:

a) Lues: Lues I Lues II Lues latens Lues connata .

b) Gonorrhoe

c) Ulcus molle

d) Lymphogranulomatosis Inguinalis

Datum der ersten Untersuchung — Behandlung Zeitpunkt der Ansteckung

Überwiesen von Dr.

Überwiesen zur stationären — ambulanten — Behandlung an

Stand der Behandlung bei Abbruch

Ergebnis der letzten serodiagnostischen Syphilis-Reaktion am 19.....:

Stempel

....., den

.....
(Unterschrift des Arztes)

*) Zutreffendes ist in den Kästchen anzukreuzen

Formblatt 6
(Format DIN A 5)
(Vorderseite)

Nr. 0000

Meldung der Ansteckungsquelle und der gefährdeten Personen¹⁾
nach § 13 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953

An das Gesundheitsamt in	Grund der namentlichen Meldung: 1. Ansteckungsquelle — gefährdete Personen ²⁾ nicht erreichbar (§ 13 Abs. 1) <input type="checkbox"/> 2. Ansteckungsquelle — gefährdete Personen — ist — sind ²⁾ der Aufforderung, sich sofort in ärztliche Behandlung zu begeben, nicht nachweisbar nachgekommen (§ 13 Abs. 1) <input type="checkbox"/> 3. Ansteckungsquelle ist dringend verdächtig, Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern auszuüben (§ 13 Abs. 2) <input type="checkbox"/>
---	--

Ansteckungsquelle:

1. Falls bekannt:

Name Vorname

Wohnort Kreis Straße

2. Falls Angaben zu 1. nicht gemacht werden können:

Personenbeschreibung

Wo kennengelernt?

Ort und ungefährer Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs

Wurde der Geschlechtsverkehr gegen Entgelt ausgeführt? Ja Nein

3. Welcho Geschlechtskrankheit ist angeblich übertragen worden?

¹⁾ Zutreffendes ist in den Kästchen anzukreuzen.
²⁾ Zutreffendes ist zu unterstreichen.

(Bitte wenden)

(Rückseite)

4. Die Beantwortung folgender Fragen ist wünschenswert:

Vorname (Spitzname) — Alter (geschätzt) — Größe (im Verhältnis zum Patienten) — Körperbau (schlank, dick, untersetzt usw.) — Gesichtsförm — Farbe der Augen — Haarfarbe — Frisur — kosmetische Einzelheiten (gepflegte Hände, lackierte Fingernägel, gefärbte Lippen usw.) — Dialekt (Heimat) — Art der Bekleidung — Kopfbedeckung — Fußbekleidung — Art der Wäsche — Schmuck — sonstige Kennzeichen — Inhalt des Gespräches — Beruf, Beschäftigung, Arbeitgeber — Beruf der Angehörigen.

.....

.....

Gefährdete Personen:

Name:	Vorname:	Wohnort:	Straße:
1.
2.
3.
4.

Bezüglich der Erfassung der Ansteckungsquelle und der gefährdeten Personen habe ich folgende Wünsche:

.....

....., den

Stempel

.....
(Unterschrift des Arztes)

Allgemeine Aufklärung über Geschlechtskrankheiten

1. Bei Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern besteht die Gefahr der Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten. Männer und Frauen, die ein leichtsinniges Geschlechtsleben führen, sind häufig krank. Oft kommt es unter Alkoholeinfluß zu Ansteckungen. Geschlechtliche Enthaltsamkeit ist nicht gesundheitsschädlich. Der beste und sicherste Schutz gegen Krankheit und Gesundheitsschädigung liegt in einer sauberen, einfachen und gesunden Lebensführung.

Syphilis kann auch durch unmittelbare Berührung kranker Körperstellen, z. B. durch Küsse usw., jedoch nur ausnahmsweise durch gemeinsame Benutzung von Eß- und Trinkgeschirren, Tabakspfeifen u. ä., übertragen werden. Tripper kann bei Mädchen im Kindesalter auch durch verunreinigte Bettlaken, Handtücher, Badeschwämme usw. übertragen werden. Eitrige Augenentzündungen der Neugeborenen, die oft durch Tripper hervorgerufen werden, müssen wegen der Gefahr der Erblindung unverzüglich ärztlich behandelt werden.

2. Vermindert, aber nicht aufgehoben werden die Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs durch Schutzmaßnahmen, über die Ärzte und Beratungsstellen sachgemäße Auskunft erteilen können.
3. Tripper und weicher Schanker treten meist sehr bald, Syphilis durchschnittlich drei Wochen (10 bis 40 Tage) nach der Ansteckung auf.
4. Wer auch nur die geringsten Veränderungen an seinen Geschlechtsteilen (Ausfluß, Brennen, Abschürfungen, Geschwüre, Risse, Knötchen, Drüsenschwellungen usw.) bemerkt, soll sofort einen Arzt aufsuchen. Dieser stellt durch mikroskopische Untersuchung fest, ob eine Geschlechtskrankheit vorliegt. Frühzeitig und sachgemäß behandelte Geschlechtskrankheiten sind fast immer heilbar. Durch sofortige Feststellung der ersten Krankheitserscheinungen wird schweren Leiden vorgebeugt. Um des dauernden Erfolges sicher zu sein, müssen besonders Syphiliskranke oft lange behandelt oder häufig nachuntersucht werden. Dies gilt auch dann, wenn sie sich schon ganz gesund fühlen und äußere Krankheitserscheinungen nicht mehr vorhanden sind. Auch nach Trippererkrankungen sind trotz der sehr guten und schnellen Heilungsmöglichkeit Nachuntersuchungen erforderlich.
5. Wer sich nicht gründlich untersuchen oder behandeln läßt, so daß dadurch die Gefahr einer weiteren Verbreitung seiner Krankheit entsteht, kann nach den gesetzlichen Vorschriften zu ärztlicher Untersuchung und Behandlung gezwungen, nötigenfalls sogar in ein Krankenhaus verbracht werden.¹⁾
6. Eine überstandene Geschlechtskrankheit schützt nicht vor weiteren Ansteckungen. Bei allen Erkrankungen soll dem Arzt von einer überstandenen Geschlechtskrankheit Mitteilung gemacht werden. Dies gilt insbesondere für Frauen, die zu irgendeiner Zeit an Syphilis gelitten haben, bei Eintreten einer Schwangerschaft, da sonst die Gefahr besteht, daß eine notwendige Behandlung übersehen und das Kind krank geboren wird.
7. Wer an einer Geschlechtskrankheit leidet oder zu irgendeiner Zeit an Syphilis gelitten hat, darf kein Blut spenden.²⁾
8. Wer geschlechtskrank war, muß sich vor Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs vergewissern, daß die Krankheit nach dem Urteil des behandelnden Arztes nicht mehr übertragbar ist.³⁾
9. Wer geschlechtskrank ist oder zu irgendeiner Zeit an Syphilis gelitten hat, ist verpflichtet, sich unmittelbar vor Bestellung des Aufgebots zur Eheschließung ärztlich untersuchen zu lassen. Ergeben sich dabei keine ärztlichen Bedenken, so erhält der Untersuchte ein Zeugnis. Bestehen jedoch ärztlicherseits Bedenken, so ist der Untersuchte verpflichtet, dem Verlobten über seine Erkrankung Mitteilung zu machen, falls die Ehe geschlossen werden soll.⁴⁾

¹⁾ § 17 Abs. 1 und § 18 Abs. 2 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten v. 23. Juli 1953.

²⁾ § 7 Abs. 4 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

³⁾ § 6 Abs. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

⁴⁾ § 6 Abs. 2 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

Formblatt 7
(Format DIN A 5)

Statistisches Zählblatt

(§ der Ersten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28. Dezember 1954)

An das
Gesundheitsamt
in

- I. Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten im Vierteljahr 19.....
- | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|------------------------------|-------------|-------------|
| a) Lues I: | männl. | weibl. | b) Gonorrhoe: | männl. | weibl. |
| Lues II: | männl. | weibl. | Vulvovaginitis gonorrhoeica: | | |
| Lues III: | männl. | weibl. | Blennorrhoe: | | |
| Lues latens: | männl. | weibl. | c) Ulcus molle: | männl. | weibl. |
| Lues connata: | männl. | weibl. | d) Lymphogranulomatosis | | |
| | | | inguinalis: | männl. | weibl. |
- II. Gebühr für die Nachforschung nach der Ansteckungsquelle (§ 26 des Gesetzes): DM
 Portokosten: DM
 Postscheck- oder Bankkonto: DM

....., den 19.....

Stempel

.....
(Unterschrift des Arztes)

Gesetz

Vom 26. November 1954

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgemacht wird:

Art. 1

Die Kostentragung der Durchführung des § 5 Abs. 2, des § 22 Abs. 5 und des § 26 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl. I S. 700) obliegt den Trägern der Gesundheitsämter. Die Höhe der zu leistenden Kosten und Gebühren wird durch das Staatsministerium des Innern festgesetzt.

Art. 2

Die aus öffentlichen Mitteln aufzubringenden Kosten der Durchführung des § 22 Abs. 1 Nr. 3 sowie Abs. 6 und 9 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten tragen die Landesfürsorgeverbände.

Abs. 3

Örtlich zuständig sind das Gesundheitsamt und der Landesfürsorgeverband, in deren Bereich der Kranke wohnt oder sich nicht nur vorübergehend aufhält.

Art. 4

Dieses Gesetz tritt am 1. Dezember 1954 in Kraft.

München, den 26. November 1954

Der Bayerische Ministerpräsident
Dr. Hans E h a r d

Verordnung

zum Vollzug des Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (AGGKrG) vom 10. Januar 1955.

Gemäß Art. 1 des Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (AGGKrG) vom 26. November 1954 (GVBl. S. 310) wird verordnet:

§ 1

(1) Für die nach § 22 Abs. 5 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten v. 23. Juli 1953 (BGBl. I S. 700) auf Anordnung des Gesundheitsamtes durchgeführten ärztlichen Verrichtungen (Untersuchungen und Beobachtungen) werden Vergütungen in Höhe der Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (Preugo) gewährt.

(2) Für die Nachforschung nach der Ansteckungsquelle gemäß § 26 des genannten Gesetzes erhält der Arzt eine Gebühr von 3 DM.

§ 2

Die Festsetzung und Anweisung der Vergütungen und Gebühren obliegt den Gesundheitsämtern. Örtlich zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen Bereich der Kranke seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

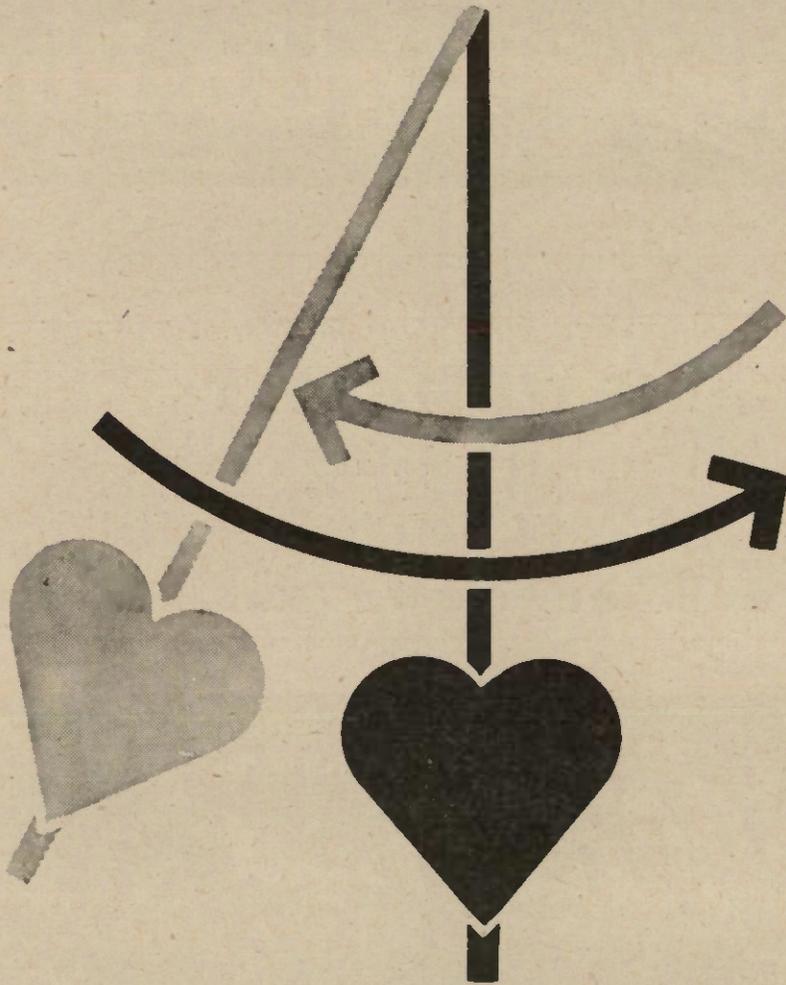
§ 3

Die Verordnung tritt am 15. Januar 1955 in Kraft.

München, 10. Januar 1955

Bayer. Staatsministerium des Innern
Dr. Geislhöringer, Staatsminister

Bei Herzmuskelschwäche nach Grippe



cordi *sanol*

kumulationsfrei



DR. SCHWARZ ARZNEIMITTELFABRIK GMBH · MONHEIM BEI DUSSELDORF

Zür Trocken- Behandlung: **Aktiv-Puder**

Ein sehr persönliches Geschenk

zur *Erstkommunion*, zur *Konfirmation*, zu *Ostern*

Das Buch **»DIE WÜSTE LEBT«**

nach dem Walt-Disney-Film.

Die Kapitel des Buches schrieben Marcel Aymé, Louis Bramfield, Albert Camus, Paul Eipper, Julian Huxley, François Mouriac, André Maurois und Henry de Montherlant.

Mit 120 gestochen scharfen farbigen Bildern von verblüffender Schönheit, ganzseitigem lackierten Titelbild und goldgeprägtem Rückentitel. DM. 33.75.

Zu beziehen durch die Buchhandlung

CARL GABLER GMBH. · MÜNCHEN 2 · KAUFINGERSTRASSE 10

Bellacornut

Gegen neurovegetative Störungen

36 Dragées DM 1.65 o. U.
125 " DM 5.10 o. U.

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte · Berlin N 65 (Westsektor)

Asgoviscum

mit Rutinon, Viscum, Crataegus und Allium

Das biologische Herz- und Kreislaufmittel
bei Arteriosklerose, Altersherz und Apoplexiegefahr, Herzinsuffizienz nach Infektionskrankheiten.

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · Pharm. Abt. · HEIDELBERG

85 JAHRE

 HELFENBERGER HEILMITTEL

Valocordin

Helfenberg

Seit Jahrzehnten bewährt als
**Cardiacum, Hypnoticum
Sedativum**
ohne Nachwirkung · ohne Gewöhnung

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A.G. VORM. EUGEN DIETERICH WEVELINGHOVEN - RHEINLAND

Uro-Med

schmerzstillendes
Harnantisepticum
MED
Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate
J. Carl Pflüger · Berlin · N.kln. (West)

ministerium, es seien Beratungsstellen gegen Krebs, Rheuma, Kreislaufkrankungen und Diabetes geplant. Ganz im Sinne seiner unveränderten Einstellung, daß bei den außer den gesetzlichen Regelungen stehenden präventiven Maßnahmen die Führung in der Hand der freien Ärzteschaft liegen müsse, wünschte er, daß die Ärzteschaft selbst größere Initiative entfalten möge, da sonst die Gefahr besteht, daß der Landtag die Frage aufgreift und vom Staat Maßnahmen verlangt. Die heutige Form der Gesundheitsfürsorge, wie sie sich im Laufe von Jahrzehnten entwickelt hat, hat die Ärzteschaft ja schon auf vielen Gebieten der von den Gesundheitsämtern zu leistenden fürsorglichen Aufgaben eingeschaltet.

So wird die Krüppelfürsorge ausschließlich von Ärzten der Krankenhäuser und Kliniken oder von Fachärzten in der Praxis durchgeführt ohne Beteiligung der Amtsärzte.

In der Geschlechtskrankenfürsorge beschränkt sich die Tätigkeit des Amtsarztes auf die Erfassung und eventuell die Erledigung notwendig werdender amtlicher Maßnahmen sowie auf Untersuchungen bei polizeilichen Vorführungen.

Die Lupusfürsorge wird nur von Klinikern geleitet.

Die Fürsorgestellen für psychisch Kranke werden nur von Fachärzten der freien Praxis oder der Heil- und Pflegeanstalten geleitet.

In der Schulgesundheitsfürsorge haben z. B. 1953 neben 200 Amtsärzten auch 422 Ärzte der freien Praxis mitgearbeitet.

Die Einschaltung der Ärzte in die Säuglingsfürsorge wird teilweise erschwert durch den Mangel an Mitteln, die eine Honorierung in größerem Umfang nicht zuläßt.

Die Tuberkulosefürsorge als Maßnahme gegen eine ansteckende Volkskrankheit gehöre allerdings in den ureigensten Wirkungskreis der Gesundheitsbehörden.

Zum Schluß seiner Ausführungen kam der Minister noch kurz auf das Röntgenreihengesetz zu sprechen, dessen Vollzug vielfach Anlaß zu einer Kritik an der Ausführungsbehörde gegeben hatte. Wenn aus irgendwelchen Gründen eine Aufhebung oder Abänderung gewünscht werde, dann führe der Weg dazu nur über die Organe der Legislative, wobei allerdings bessere Gründe vorgebracht werden müßten als die Behauptung von einem unbefriedigenden Erfolg des Gesetzes. Vom seuchenpolitischen Standpunkt aus rechtfertige die Zahl der neuerfaßten offenen Tuberkulosefälle durchaus das Gesetz und seine Maßnahmen.

Seine mit dankenswerter Offenheit vorgetragene Ausführungen schloß Staatsminister Dr. Geiselhöringer mit der Versicherung seiner regen Anteilnahme an allen Problemen, welche die Ärzteschaft und die allgemeine Volksgesundheit betreffen, und mit der Mahnung, bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen öffentlichem Gesundheitswesen und freipraktizierender Ärzteschaft als Leitgedanken ganz allein den kranken Menschen und die Volksgesundheit zur Richtschnur zu nehmen.

Bundesarbeitsminister Storch hat bei der Kundgebung der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände in München am 21. 1. 1955 u. a. folgendes gesagt:

„Wir haben das Erbe eines totalitären Staatsgebildes übernommen, das nicht nur die politische Macht in seine Hand nahm, sondern auch die wirtschaftliche, daß auch die menschliche Arbeitskraft zwangsbewirtschaftet wurde... Hier war die Freiheit des einzelnen nicht mehr gegeben, und nur aus der Freiheit des einzelnen, gleichgültig, wo er im wirtschaftlichen Leben steht, entwickelt sich die Verantwortlichkeit des einzelnen. Wenn wir schon damals in der bizonalen Verwaltung und dann später in der Bundesregierung ganz planmäßig daran gegangen sind, den allmächtigen Staat abzubauen und die Verantwortlichkeiten, die nicht politischer Art sind, weitgehend in die Kreise verlagert haben, die dafür da sind, nämlich auf die Vertreter der Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaften, wollten wir nicht, daß Staatsbeauftragte zu bestimmen haben, wie die Löhne und Arbeitsbedingungen, in unserem Wirtschaftsleben sein sollen. Wir wollten, daß

diejenigen, die im Wirtschaftsleben stehen, diese Verantwortlichkeiten selbst übernehmen. Wir wollten wieder freie Menschen in unserem neuen Staatsgebiet heranentwickeln, und wenn ich mir diese Entwicklung in den letzten 6 bis 7 Jahren ansehe, dann bin ich der Überzeugung, daß wir richtig gehandelt haben. Aus der Verantwortlichkeit der Beteiligten ergibt sich nicht volle Übereinstimmung und es kann auch einmal vorkommen, daß man in einen Wirtschaftskampf gerät. Und als hier in Bayern der Metallarbeiterstreik war, da kamen doch zu Hunderten die Anforderungen, warum greift der Staat nicht ein, warum macht man kein Schlichtungsgesetz, warum macht man nicht dies, nicht das. Wir haben auf diesem Gebiete nichts getan, weil wir wissen, daß die Weimarer Republik zusammengebrochen ist, weil es keine eigene Verantwortlichkeit der Menschen zum Schluß gegeben hat, weil man sie auf allen Gebieten der Gesetzgebung der Verantwortung enthaben hat. Auch wir Älteren dürfen es nicht vergessen, daß letzten Endes der Mensch, der im Wirtschaftsleben steht, gleichgültig ob er auf der Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerseite steht, ein Einzelwesen ist, dem von seinem Schöpfer die menschliche Würde gegeben worden ist, und die wollen wir letzten Endes im Mittelpunkt alles unseres wirtschaftlichen Geschehens stehen lassen, und wir wollen darüber hinaus auch dem Menschen in dem komplizierten Wirtschaftsapparat das Gefühl geben, daß der einzelne, auch wenn er schematische Arbeit verrichtet hat, ein persönlich freier Mensch ist... Ich glaube, wenn unsere Menschen, unsere jungen Menschen, unsere junge Generation noch einmal die Freiheit verlieren, dann dürfte das auf eine sehr, sehr lange Periode gewesen sein. Wenn man die Freiheit einmal verloren hat, dann weiß man erst, was sie in Wirklichkeit bedeutet. Ein Volk wie das deutsche Volk ist immer am mächtigsten gewesen, ist immer am besten gewesen, wenn es von einzelnen freien Menschen gebildet wurde und wenn dann dieser freie Mensch auf Grund seiner Verantwortlichkeit auch der Verpflichtung gegenüber dem gesamten Volke bewußt war.“

K-g.

Bundeswirtschaftsminister empfing Vertreter der freien Berufe

Der Bundeswirtschaftsminister Prof. Dr. Erhard empfing am Montag, 14. Febr., den Vorsitzenden des Bundesverbandes der freien Berufe, Rechtsanwalt Dr. Max Horn, und einige Vorstandsmitglieder des Bundesverbandes zu einer Aussprache über lebenswichtige Fragen der freien Berufe. Gegenstände der Unterredung waren insbesondere der grundsätzliche Unterschied zwischen Berufsordnungsregelungen in den freien Berufen und in der gewerblichen Wirtschaft sowie Fragen der Altersversorgung.

Der Bundeswirtschaftsminister erkannte die Notwendigkeit von Berufsordnungsgesetzen für freie Berufe mit öffentlicher Verantwortung — insbesondere für die Heilberufe und die rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufe — voll und ganz an. Er betonte ausdrücklich, daß das Gutachten des wissenschaftlichen Beirates des Bundeswirtschaftsministeriums, in dem Berufsordnungsgesetze grundsätzlich als unerwünscht bezeichnet werden, für die gewerbliche Wirtschaft erarbeitet worden sei, für Gruppen der freien Berufe aber Ausnahmen anerkenne.

In der Frage der Altersvorsorge wurde von seiten der freien Berufe auf die Notlage infolge des zweimaligen Währungsverfalls und die sich daraus ergebende solidarische Standesverpflichtung, für das Alter und die Hinterbliebenen Vorsorge zu treffen, hingewiesen und als bester Weg hierfür Selbsthilfeeinrichtungen der freien Berufsstände vorgeschlagen, die auf die Dauer die Erfüllung entsprechender Rechtsansprüche versicherungsmäßig gewährleisten. Der Minister sagte die Prüfung der von den freien Berufen erarbeiteten Unterlagen zu und betonte ganz besonders die Notwendigkeit einer verstärkten Berücksichtigung aller Altersvorsorgemaßnahmen.

Präsident Dr. Glaser, Hamburg, reist für die Weltgesundheitsorganisation

Der Präsident der Hamburger Gesundheitsbehörde, Dr. Kurt Glaser, wird Mitte April im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation in Genf eine mehrmonatige Studienreise durch Europa unternehmen, um Erfahrungen

gen mit den im Ausland, insbesondere in Frankreich, den Beneluxstaaten und Jugoslawien vorhandenen staatsmedizinischen Instituten zu sammeln. Um diesen Kontakt der staatsmedizinischen Einrichtungen in Europa einschließlich der Bundesrepublik zu verstärken, wird die Bundesrepublik ebenfalls im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation ausländische Ärzte, vor allem aus Afrika und Asien, auf dem Gebiet der Sozialmedizin und des öffentlichen Gesundheitswesens ausbilden.

(„Sozialistischer Medizin. Pressedienst“, 28. 2. 1955)

Lehrstuhl für Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten

In München wurde der erste Lehrstuhl für Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten errichtet und Prof. Dr. G. Schimert, Oberarzt der 2. Med. Univ.-Klinik, übertragen.

Evangelische Akademie Tutzing

Am 2. und 3. April 1955 findet im Haus der Begegnung in Mülheim-Ruhr eine Evangelische Akademie-Tagung unter dem Thema „Die Not der geistigen Berufe“ statt. — Unter ähnlichem Thema veranstaltet die Evangelische Akademie Tutzing am 25. und 26. März eine Tagung in Nürnberg.

Die Tätigkeit von Volontärärzten

Über die Tätigkeit von Volontärärzten ist zwischen dem Marburger Bund und der Stadt Frankfurt eine Vereinbarung abgeschlossen worden. Danach dürfen Volontärärzte ausschließlich für ihre Fortbildung tätig sein, eine ausreichende ärztliche Versorgung soll durch eine Vermehrung der Planstellen für Assistenten erreicht werden. Die Facharztausbildung kann nur noch auf einer Assistenzarzt-Planstelle durchgeführt werden. Für die Universitätsklinken der Stadt Frankfurt wurde für planmäßige Assistenzärzte ein Bettenschlüssel von 1:20 zugrunde gelegt. In diesen Bettenschlüssel sind die Oberärzte nicht miteinbezogen. Für die Universitäts-Nervenklinik Frankfurt wurde der Bettenschlüssel mit 1:23 festgelegt. Daneben wurde die Zahl der planmäßigen Assistenzärzte erhöht, die in bestimmten Funktionen tätig sind. Die Volontärärzte erhalten in Zukunft keine Vergütung mehr. Durch diese Vereinbarung soll arbeitsgerichtlichen Klagen, in denen seitens der Volontärärzte geltend gemacht wurde, daß ohne ihre Tätigkeit die ärztliche Versorgung gefährdet gewesen wäre, der Boden entzogen werden.

Anaesthesiemethoden in der Hand von Hilfskräften?

Nach den Erfahrungen der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie liegen Beobachtungen vor, daß man in manchen Krankenhäusern dazu übergegangen ist, das moderne Anaesthesieverfahren ärztlichen Hilfskräften zu übertragen.

Zu dieser Frage nahm der Geschäftsführende Vorstand des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Stellung. Nach Mitteilung des Vorsitzenden des Verbandes standen sämtliche anwesenden Ärzte auf dem Standpunkt, daß es in keiner Weise zu billigen sei, wenn die modernen Narkoseverfahren mit Curare usw. nicht von Ärzten, sondern von Krankenschwestern ausgeführt werden. Der Verband sei der Ansicht, daß der operierende Arzt nicht die Verantwortung für die eigentliche Operation, die er durchführt, und gleichzeitig für die moderne Anaesthesie übernehmen könne. Diese könne und dürfe nur durch auf diesem Gebiete erfahrene Ärzte durchgeführt werden, da sonst die Gefahr bestehe, daß dem zu Operierenden ein ernstlicher Schaden zustoße, den eine Krankenschwester

zweifelloos nicht vermeiden könne, da ihr die Voraussetzungen an ärztlichem Wissen und Können fehlten.

Sehschule in München

An der neugegründeten Sehschule in München, die unter der Leitung von Augenarzt Dr. Stumpf steht, werden die ersten deutschen Orthoptistinnen ausgebildet. Dieser Frauenberuf ist in England und in der Schweiz gut bekannt. Voraussetzung für die Ausbildung als Orthoptistin ist das Abitur; die Ausbildung selbst dauert zwei Jahre und richtet sich vorläufig nach schweizerischen und englischen Lehrplänen. Das Wichtigste ist die Erlernung einer zweckmäßigen Übungsbehandlung bei Schielenden; bei Kindern soll möglichst schon vor Beginn des Schulalters der Schaden behoben werden. Im Ausland wurden mit den Pleoptik- und Orthoptikschulen gute Erfolge erzielt. Die Sehschule von St. Gallen besteht schon seit 13 Jahren.

Neue medizinische Zeitschrift „Cancertherapie“

Unter der Schriftleitung von Dr. med. et phil. E. F. Scheller bringt der Medizinische Verlag O. J. Luber in München 9, Entenbachstr. 4, eine neue medizinische Zeitschrift heraus, mit dem Titel „Cancertherapie“, Organ für die gesamte Krebsforschung in Klinik und Praxis. Sie enthält Mitteilungen in internationaler ärztlicher Zusammenarbeit und wird sich nur auf das Krebsgebiet beschränken. Voraussichtlich wird sie alle Vierteljahre erscheinen; Heftpreis DM 4.80.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Praktiker Gemeinsame Entschließung

In einer Sitzung von Vorstandsmitgliedern als Delegierte der nachfolgend angeführten Vereinigungen praktischer Ärzte wurde am 5. Dezember 1954 in Frankfurt a. M. folgender Beschluß gefaßt:

„Die Vereinigung der praktischen Ärzte Bayerns e. V. (gegr. 1927)“,

der „Berufsverband frei tätiger Allgemein-Ärzte e. V. (gegr. 1952)“,

die „Arbeitsgemeinschaft der praktischen Ärzte in der VSB Berlin“

sowie die „Vereinigung praktischer Ärzte Braunschweigs, Stadt und Land“

haben ihre Absicht kundgetan, sofort einen Zusammenschluß in Form einer

„Bundesarbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte Deutschlands“

durchzuführen.

Der Zusammenschluß dient dem vornehmlichen Zweck einer umfassenderen und intensiveren Verfolgung all jener gemeinsamen Aufgaben, welche sich diese Vereinigungen gestellt haben. Vor allem sind dies die Vertretung der Berufsinstanz ihrer Mitglieder als praktische Ärzte, die es nach den bedrückenden Erfahrungen der letzten Jahre in besonderer Weise wahrzunehmen, zu fördern und zu sichern gilt.

Zu diesem Zweck wird ein Aktionsausschuß gebildet, der mit der Bearbeitung der aktuellen Probleme, welche vor allem die Tätigkeit des frei tätigen praktischen Arztes bedrücken, sogleich beginnt.

Die in ihrem Eigenleben ungestörten und in der „Bundesarbeitsgemeinschaft prakt. Ärzte Deutschlands“ zusammengeschlossenen Vereinigungen geben, beginnend in den ersten Monaten dieses Jahres, ihre Mitteilungen an ihre Mitglieder in einem gemeinsamen Organ bekannt. Die einzelnen Verbandsnachrichten erscheinen da-



CEFAK
Kempten

Cefadysbasin

Tropf.- Tabl.- Amp.

Durchblutungsstörungen: »Kalte Füße, Leichenfinger, Pelzigsein«
Angioneurosen, Interm.Hinken
Raynaud-Krankheit, veget.Dys-tonien, vasom.Schlafstörungen

bei unter dem jeweiligen Kopf dieser Vereinigungen, während in einem vorangestellten gemeinsamen Teil vorwiegend die allgemein interessierenden Veröffentlichungen erscheinen werden.

Lohn von Krankenschwestern und Krankenpflegern

Eine Krankenschwester in Hamburg hatte gegen die Stadt wegen der unterschiedlichen Bezahlung von Krankenpflegern und Krankenschwestern geklagt. Sie begründete ihre Klage damit, daß Schwestern und Pfleger den gleichen Ausbildungsgang und die gleichen Aufgaben hätten. Eine unterschiedliche Bezahlung sei daher nach dem Grundsatz der Gleichberechtigung nicht mehr gerechtfertigt. Das Arbeitsgericht in Hamburg entschied, daß „Schwestern der gleiche Lohn zustehe, wie Krankenpflegern“. Die Stadt Hamburg wurde dazu verurteilt, den Unterschiedsbetrag nachzuzahlen. Dieses Urteil des Arbeitsgerichtes kann zur Folge haben, daß die Stadt den Tarifvertrag für Krankenschwestern in staatlichen Krankenhäusern dem Tarifvertrag für Pfleger anpassen muß. Auch aus anderen Ländern liegen Urteile erster Instanz vor.

Der Beruf der medizinisch-technischen Assistentin

soll nach einem Gesetzentwurf des Bundesministeriums des Innern zum Aussterben verurteilt werden. Wesentliche und entscheidende Untersuchungen, wie z. B. das Blutbild, die bisher nur nach einem durch Staatsexamen abgeschlossenen Fachschulstudium durchgeführt werden konnten, sollen in Zukunft ungelerten Kräften übertragen werden.

Betrug mit Urlaubskarten mittels Täuschung von Ärzten

Die Gemeinnützige Urlaubskasse für die Bauwirtschaft, Frankfurt/M., hat die KBV davon in Kenntnis gesetzt, daß in einer Anzahl von Fällen eine unberechtigte Einlösung von Urlaubskarten versucht und auch zum Teil mit Erfolg verwirklicht worden ist, wobei die Täter in einigen Fällen mittels Täuschung sich der Mithilfe von Ärzten bedienen.

In den Richtlinien ist u. a. vorgesehen, daß Urlaubskarten durch die Gemeinnützige Urlaubskasse für die Bauwirtschaft auch auf Antrag eines Arbeitnehmers oder sonstigen Anspruchsberechtigten zur Auszahlung an diesen freigegeben werden können, insbesondere bei dauernder Erwerbsunfähigkeit unter Vorlage eines ärztlichen Attestes. Diese Möglichkeit wird insofern unredlich ausgenutzt, als Ärzte durch Täuschungsmanöver zur Ausstellung ärztlicher Bescheinigungen veranlaßt werden.

Die Täter, die Urlaubskarten widerrechtlich oder auf sonstige Weise an sich gebracht haben, haben sich unter Vorlage dieser Urlaubskarten an Ärzte mit der Bitte um Ausstellung von Attesten oder Gutachten gewandt. Die Ärzte haben daraufhin die gewünschte Bescheinigung ausgestellt, ohne sich davon zu überzeugen, daß der Inhaber der Urlaubskarte mit dem das ärztliche Attest Verlangenden identisch ist. Die Urlaubskassen haben dann vertrauensvoll auf den rechtmäßigen Besitz der Urlaubskarte und der Vorlage der ärztlichen Bescheinigung die Urlaubskarte eingelöst und die entsprechenden Urlaubsgelder ausbezahlt.

Dadurch werden nicht nur die wirklichen berechtigten Arbeitnehmer um ihre Urlaubsgelder gebracht. Der Urlaubskasse selbst entsteht ein nicht unerheblicher Vermögensschaden, weil ihr durch eine vorzeitige Auszahlung der Gelder nicht nur die ihr für die satzungsmäßigen sozialen Aufgaben zustehenden Zinsen, sondern auch das für die rechtmäßige Auszahlung der Urlaubsgelder erforderliche flüssige Kapital entzogen wird.

In vielen Fällen konnte auf Grund von Anzeigen an die Kriminalpolizei die Staatsanwaltschaft die notwendigen Ermittlungen in die Wege leiten. In anhängig gewordenen Strafverfahren haben die Strafgerichte in richtiger Erkenntnis der sozialpolitischen Bedeutung des Urlaubsmarkenverfahrens zu dessen Schutz ganz empfindliche Gefängnisstrafen verhängt.

Da die betrügerischen Manipulationen nur durch Täuschungen von Ärzten möglich waren, hat die Gemeinnützige Urlaubskasse für die Bauwirtschaft an uns die Bitte gerichtet, die Ärzte auf diese Betrugsmanöver hinzuweisen und sie zu bitten, bei der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen und Gutachten durch Inhaber von Urlaubskarten sich von dem Betreffenden den Personalausweis vorlegen zu lassen, wenn den Ärzten der Antragsteller persönlich nicht bekannt ist.

Beziehungen zwischen Presse und Medizin

Die Beziehungen zwischen Presse und Medizin wurden in einer glänzend besuchten Veranstaltung in der Münchener Scholastika diskutiert. Als Diskussionsredner sprachen Rudolf Friedrich, der Verfasser des Buches „Medizin von morgen“, und Prof. Dr. Max Mikorey, Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik München. Mikorey ging auf die Spannungen zwischen Presse und Medizin ein. Die Presse sei heute vielfach für die Ärzte ein Schreckgespenst geworden. Der Patient verlange vom Arzt Schweigen, der Leser erwarte von der Presse, daß sie berichte. Zur Besserung der Beziehungen wurden in der Diskussion folgende Vorschläge unterbreitet: Einer für die Publizistik aufgeschlosseneren Ärzteschaft sollten Journalisten mit einer gewissen Vorbildung gegenübergestellt werden. Die Behandlung medizinischer Themen müsse diskreter geschehen. Es wurde die Bildung einer zentralen Stelle vorgeschlagen, die zwischen Arzt und Presse vermitteln solle. Der Charakter der Veröffentlichungen müsse fachgerecht, aber unschädlich sein, dabei aber das Aufklärungsbedürfnis des Lesers befriedigen. Für die Ärzte ergäbe sich aus einer besseren Beziehung zur Presse die Möglichkeit, auf die Volksgesundheit wirksameren Einfluß zu nehmen. Im allgemeinen sei der Rundfunk für die Behandlung medizinischer Themen geeigneter als illustrierte Zeitschriften, die diese Themen mehr vom Gesichtspunkt des Sensationellen aus betrachten.

Samueissche Krebstherapie

Das ANTONI VAN LEEUWENHOEK-HUIS (Vereinigung „Het Nederlandsch Kankerinstituut“) teilte dem Deutschen Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung mit der Bitte um Veröffentlichung mit, daß Herr Dr. S a m u e l s, Amsterdam, vom „Tuchtraad



Regenit

PHYTOTHERAPEUTICUM
bei allgemeinen und
wetterbedingten
neurovegetativen
Dystonien
wie z. B. bei Föhn

OP. Flasche
mit ca 20g

CURTA & CO. GmbH, Frankfurt (Main)-Fechenheim



der Standesorganisation" (mit der Ärztekammer gleichzusetzen) mit Entzug der Praxis verurteilt worden ist. Dieses Verbot wird in den Niederlanden äußerst selten und nur aus ganz triftigen Gründen ausgesprochen. Dieses Urteil wurde — nach mehrmaligem Einspruch von Herrn Dr. Samuels — vom „Hoge Raad der Nederlande“, dem höchsten Gerichtshof Hollands, als letzte und höchste Instanz bestätigt und somit in Kraft gesetzt. Die Angelegenheit ist damit definitiv geworden und Herr Dr. Samuels darf in den Niederlanden keine Praxis mehr ausüben.

Das Urteil wird in der „NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEES-KUNDE“ vom 22. 1. 1955 auf Seite 270 von der Redaktion mitgeteilt, die eingehende Begründung des Urteils folgt auf den Seiten 286—301.

Brauchen unsere Kinder „Nervennahrung“?

Eltern und Lehrer klagen heutzutage oft über schlechte Leistungen, mangelnde Konzentration und Flatterhaftigkeit der Kinder in der Schule und bei der Hausarbeit. Eine Besserung dieser Erscheinungen erwartet man dann nicht selten durch die Einnahme sog. „Nervennahrung“, wie sie in der Tagespresse häufig angepriesen wird. Besondere Hoffnungen werden dabei auf die Glutaminsäure gesetzt. Es hat sich jedoch inzwischen herausgestellt, daß die Behandlungsergebnisse mit diesem Präparat recht unterschiedlich sind und keineswegs allgemein befriedigen. Zudem hat eine Untersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf ergeben, daß Schulschwierigkeiten mindestens ebenso gut, wenn nicht besser, mit einem Vollkorn-Haferflockenfrühstück begegnet werden kann. Im übrigen suche man stets eine geistig-seelische Überbelastung des Kindes zu vermeiden, Sorge für eine regelmäßige Tageseinteilung und Ungestörtheit bei Hausaufgaben und Spielen, achte auf ausreichenden Schlaf. DMI

Bad Abbach plant neues Kurhaus

Bad Abbach. Ein neues großes Kurhaus in unmittelbarer Nähe der Schwefelquelle plant Bad Abbach, das niederbayerische Heilbad vor den Toren Regensburgs. Dabei wird das Kurhaus gleichzeitig als Krankenhaus Verwendung finden und Unterkunftsräume für 250 Patienten erhalten. Ferner ist in einer besonderen Bäderabteilung die Errichtung besonderer Badekabinen für Schwefel- und Schlambäder sowie eines kleinen Hallenbades mit heilgymnastischen Vorrichtungen vorgesehen. Der erste Bauabschnitt soll bereits im Jahre 1955 fertiggestellt werden.

Studienreisen nach dem Ausland

Auch dieses Jahr veranstaltet das Büro für internationale Fach- und Studienreisen in Tübingen (Friedrichstraße 15) wieder seine bekannten Auslandsreisen unter Führung erprobter Reiseleitungen, zu denen zahlreiche Professoren, Dozenten und bekannte Kunsthistoriker zählen. Neben Reisen nach Spanien, Portugal, England, Schweden, Italien und Frankreich gehen, wie das soeben erschienene Programm aufzeigt, weitere Fahrten nach Griechenland, Ägypten, in den Vorderen Orient und den Kanarischen Inseln. Für Herbst ist erstmals nach dem Kriege die Durchführung einer länder- und völkerkundlichen Orientierungsreise nach den USA mit Charterflugzeug respektive Charterschiff vorgesehen, die preislich ganz besonders günstig liegen wird.

AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Melchior Reiter, wiss. Assistent am Pharmakolog. Institut d. Univ. München, wurde mit ME Nr. V 6740 vom 8. 2. 1955 zum Privatdozenten für „Pharmakologie und Toxikologie“ an der Med. Fak. München ernannt.

PERSONALIA

Prof. Dr. Hohmann 75 Jahre

In geistiger und körperlicher Frische feierte Prof. Dr. med., h. c. Georg Hohmann am 28. Februar die Vollendung seines 75. Lebensjahres. Schon in jungen Jahren während seiner Studienzeit hatte ein guter Genius ihn in den Freundeskreis um Friedrich Nau-

man geführt, dessen Atmosphäre sicherlich mitbestimmend war für die aufrechte Haltung, die er später in den Wirren der Rätezeit und während des nationalsozialistischen Terrors an den Tag legte. In die Zeit von 1919 bis 1921 fällt auch seine politische Tätigkeit als Abgeordneter des Bayerischen Landtags.

Die wissenschaftliche Laufbahn des Orthopäden betrat er als Schüler Fritz Langes, als dessen Oberarzt er lange Zeit tätig war. Nach seiner Ernennung zum Professor 1923 wurde er 1930 als Ordinarius für den Lehrstuhl für Orthopädie als Nachfolger Prof. Ludolffs nach Frankfurt a. M. berufen. Seine organisatorische Fähigkeit stellte Prof. Hohmann unter Beweis, als er 1945 als Rektor der gleichen Universität tatkräftig deren Wiederaufbau leitete. Die gleiche schwere Aufgabe erwartete ihn auch an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, an die er berufen und deren Rektorat ihm für die Amtsperiode 1946/47 übertragen wurde. Mit großer politischer Umsicht und Tatkraft hat er auch diese Aufgabe zu lösen verstanden, wobei ihm sein hohes internationales Ansehen die Wege ebnete.

Auf wissenschaftlichem Gebiet verdanken wir Prof. Hohmann neben zahlreichen Veröffentlichungen eine ganze Reihe von Werken aus dem Gebiete der Orthopädie. Nicht weniger verdienstvoll war auch seine Tätigkeit auf dem Gebiete des Organisationswesens, das ihm u. a. die Neugründung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft und der Vereinigung für Krüppelfürsorge und die tätige Mitarbeit an einer großen Anzahl karitativer Verbände verdankt.

Prof. Dr. Josef Beck, Direktor der Universitäts-Hals-, Nasen-Ohrenklinik in Erlangen wurde von der Association française pour l'étude de la phonation et du langage, Paris, zum Ehrenmitglied des Comité Directeur gewählt.

Prof. Dr. Dr. Karl Saller (Vorst. d. Anthropolog. Inst. München), Lehrbeauftragter in der Med. Fakultät, wurde in seiner Eigenschaft als Leiter von Kursen für Naturheilverfahren in den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung kooptiert.

Verleger Heinz Urban, München, erhielt anlässlich seines 50. Geburtstages von der Universität Erlangen die Würde eines Ehrendoktors der Medizin verliehen.

Prof. Dr. med. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, wurde als außerordentliches Mitglied in den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung berufen.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

72. Tagung

der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 15. bis 16. April 1955 im Kongressaal des Deutschen Museums München

Vorsitzender:

Professor Dr. H. Bürkle de la Camp, Bochum

Programm

Mittwoch, den 15. April 1955, 9 Uhr (s. t.) bis 13 Uhr

Allgemeine Chirurgie

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden

Hauptvortrag H. F n s s (Duisburg-Hamborn): Möglichkeiten und Grenzen der Wundprophylaxe.

F. Reischauer (Essen): Unfall und eitrige Osteomyelitis.

A. Crone-Münzebrock (Göttingen): Fortschritte in der Behandlung chirurgischer Infektionen durch gezielte örtliche Antibiotica-Anwendung.

H. Hartmann (Heidelberg): Das Schicksal von 1000 verunglückten und stationär behandelten Motorradfahrern.

G. Starke (Potsdam) a. E.: Notwendige Maßnahmen bei der Versorgung von Verletzten durch tollwutkranke Tiere.

Hauptvortrag E. Gohrbandt (Berlin): Die Bedeutung des zugrunde gehenden körpereigenen Eiweißes für die Chirurgie.

G. Habelmann (Berlin): Zur Früherfassung und Therapie postoperativer Allgemeinreaktionen.

Bei
grippalen
Infekten
akuter
und
chronischer
Bronchitis

*Felsol-
ehinin*



Roland G.m.b.H. Chemische Fabrik, Essen

ASTHMA

PURAETON **E**

PURAETON „E“-Pulver	Kl.-P., 8 Pulver	DM 1.10 o. U.
PURAETON-Ampullen	Kl.-P., 3 Ampullen	DM 1.35 o. U.
PURAETON-Inhalat	Kl.-P., 10 ccm	DM 2.80 o. U.
PURAETON-Hustensaft	Kl.-P., ca. 120 g	DM 1.40 o. U.
PURAETON-Hustentropfen	Kl.-P., ca. 15 ccm	DM 1.— o. U.

DOLORGIET  **BAD GODESBERG**

- R. Stieve (Berlin): Seröse Entzündung und das zugrunde gehende körpereigene Eiweiß.
 D. Franke (Berlin): Hypoxämie und Eiweiße.
 G. Petermann (Berlin): Über die Bedeutung der potenzierten Narkose für den Eiweißzerfall.
 W. Dressler (Erlangen): Serumweißkörper und Elektrolyte in der postoperativen Phase
 G. Börger (Gießen): Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß von Entzündung, Sensibilisierung und reflektorischer Tonussteigerung auf die Struktur sympathischer Ganglien.

Aussprache.

In Bereitschaft:

- W. Bayer (Burglengenfeld): Zur Chirurgie schwerster offener Knochen- und Gelenkverletzungen im Zeichen der Antibiotica.
 F. M. Göbel (Ludwigshafen): Dystrophie und Wundheilung.

Nachmittagssitzung 14.30 Uhr (s. t.) bis 17.30 Uhr

Verbrennungskrankheit

- Hauptvortrag G. Hegemann (Marburg): Die Behandlung der Verbrennungskrankheit.
 Hauptvortrag M. Tsuzuki (Tokio): Erfahrungen bei Verbrennungen durch Atombombenexplosion.
 H. J. Sarre (Freiburg i. Br.) a. E.: Nierenstörungen bei der Verbrennungskrankheit.
 K. Stucke (Würzburg): Zur Klinik und Behandlung schwerer Verbrennungen.
 L. Koslowski (Göttingen): Vorurteile und Fehler bei der Beurteilung und Behandlung von Verbrennungen.
 J. Böhler (Linz): Die allgemeine und örtliche Behandlung schwerer Verbrennungen.
 M. Allgöwer (Basel): Vollblut in der Therapie des Verbrennungsschocks.
 W. Heim (Berlin): Intraarterielle Bluttransfusion.
 E. Weber (Essen): Die Tanninbehandlung bei der Verbrennungskrankheit.
 H. Karcher (Heidelberg): Probleme der Strahlenschädigungen und ihre Behandlung.

Aussprache.

- J. P. Hohneck (Völklingen, Saar): Zur Verbrennungsbehandlung.
 G. Glenk (Frankfurt a. M.): Hat sich die Prognose der Verbrennungen geändert?

Abendsitzung ab 20 Uhr (s. t.).

Filmvorführungen

- W. Wachsmuth (Würzburg): Die Operation der Oesophagusatresie.
 F. Holle (Würzburg): Die Fundektomie im Tierexperiment und beim Menschen.
 H. Specht (Wuppertal-Elberfeld): Kardiaresektion durch Laparothorakotomie.
 Ph. Sandblom (Lund): Die Chirurgie der Vorhofseptumdefekte nach Balley.
 E. S. Brintnall (Iowa) a. E.: Resektion der Endaorta und Ersatz durch homoioplastische Aortenverpflanzung.
 A. Gütgemann (Bonn): Splenorenale Anastomose bei Pfortaderhochdruck.
 T. Riechert (Freiburg i. Br.): Die Technik der stereotaktischen Hypophysenoperationen.
 K. E. Loose (Itzehoe): Die Technik der klinischen Angiographie.
 Kt. Herzog (Krefeld): Die Marknagelung des Unterschenkels.

Donnerstag, den 14. April 1955, 8.30 Uhr (s. t.) bis 13 Uhr

Anaesthesie

- Hauptvortrag K. H. Rauer (Heidelberg): Die Wandlungen der Anaesthesie vom Standpunkt des Operateurs.
 R. Frey (Heidelberg): Vergleichende Untersuchungen der ultrakurz wirkenden Barbiturate.
 M. Zindler (Düsseldorf) a. E.: Fortschritte und Erfahrungen mit der vegetativen Blockade und künstlichen Hypothermie.
 P. Schostok (Gießen): Zur speziellen Indikation und Wahl des Anaesthesieverfahrens bei Risiko-Eingriffen mit Berücksichtigung der potenzierten Narkose.
 F. Zettler (Erlangen): Die Stellung der Peridural-Anaesthesie im Rahmen der modernen Narkoseverfahren.

Aussprache.

- L. Schönbauer (Wien): Folgen der Gehirnerschütterung.

Frakturen

- Hauptvortrag G. Küntzcher (Schleswig): 15 Jahre Marknagel.
 Hauptvortrag C. Reimers (Wuppertal-Elberfeld): Die Behandlung der Frakturen des oberen Femurdrittels.
 W. Ehalt (Graz): Die Behandlung der Hüftgelenkpfannenbrüche.

- O. Wustmann (Worms): Maßnahmen zum Drehungsausgleich bei der Danerzbehandlung subtrochanterer Oberschenkelbrüche.
 E. Trojan (Wien): Zur Behandlung der subtrochanteren Brüche des Oberschenkels.
 R. Wittmoser (Innsbruck): Die geschlossene Marknagelung des Oberschenkelbruchs.
 W. Gillasch (Düsseldorf): Die Behandlung der Sekundärheilung bei der Küntzcher-Nagelung.
 G. Marcus (Wien): Erfahrungsbericht über die Brüche des Oberschenkels im oberen Drittel.

Aussprache.

- P. Blümel (Flensburg): Die Verschraubung der peritrochanteren und infratrochanteren Oberschenkelfrakturen mit der Laschenschraube.
 E. Voit (Frankfurt a. M.): Heilergebnisse bei Frakturen des oberen Femurdrittels.
 L. Böhler (Wien): Behandlung und Begutachtung von Meniscusverletzungen. Erfahrungen an 1200 operierten Fällen.
 H. J. v. Brandis (Stade): Die intraarticuläre Cortisonbehandlung des chronischen rezidivierenden Kniegelenkergusses.
 W. F. W. Arens (Bochum): Benrteilung von 500 Amputationsstümpfen des Beins.
 F. Stelzner (Erlangen): Drahtdruckschienung der Knöchelfrakturen.

Nachmittagssitzung 14.30 Uhr (s. t.) bis 17.15 Uhr

Herz- und Zwerchfellchirurgie

- Hauptvortrag H. Meessen (Düsseldorf) a. E.: Traumatologie des Herzens und seiner großen Gefäße.
 Hauptvortrag F. Grosse-Brockhoff (Düsseldorf) a. E.: Traumatologie des Herzens und seiner großen Gefäße.
 Hauptvortrag E. Derra (Düsseldorf): Traumatologie des Herzens und seiner großen Gefäße.
 H. Franke (Düsseldorf): Das Angioma arteriosum racemosum und seine chirurgische Behandlung.

In Bereitschaft:

- G. Heberer (Marburg): Zur Operation der schwierig-schrumpfenden Perikarditis bei Herzklappenerkrankungen.
 Hauptvortrag F. Spath (Graz): Chirurgie des Zwerchfells.
 W. Felix (Berlin): Klinische Beobachtungen bei chirurgischen Eingriffen am Zwerchfell.
 M. Schwaiger (Heidelberg): Zur Operation der echten und falschen Zwerchfellhernien.

Aussprache

- A. Fromme (Dresden): Ein seltener Fall von angeborener Zwerchfell-Hernie.
 Th. Hoffmann und Robert a. E. (Paris): Zur Hiatuschirurgie.
 F. Schmöe (Celle): Über Zwerchfellhernien.

Sondersitzung 14.30 Uhr (s. t.) bis 17.15 Uhr

Sitzungssaal II (Erdgeschoss)

Leitung: E. Borchers (Aachen)

Angiographie

- Hauptvortrag W. Tönnis (Köln): Artdiagnose der Großhirngeschwülste durch Serienangiographie.
 Hauptvortrag H. Vieten (Düsseldorf): Angiographische Funktionsdiagnostik im Bereich des Thorax.
 Hauptvortrag K. E. Loose (Itzehoe): Abdominelle und retroabdominelle Arteriographie.
 Hauptvortrag R. Fontaine (Straßburg) a. E.: Angiographie der Gliedmaßen.
 K. Denecke (Erlangen): Die Technik der Arteriographie im kleinen Krankenhaus.
 P. Sunder-Plassmann (Münster): Die angiographische Diagnostik der hinteren Schädelgrube.
 Th. Tiwisina (Münster): Indikation, Fehler und Gefahren der Vertebralis-Angiographie.
 E. Vogler (Graz) a. E.: Ergebnisse der Serienangiographie bei Tumoren der Gliedmaßen.
 H. Kuhlendahl und H. Vieten (Düsseldorf): Möglichkeiten der Leuchtschirmphotographie im Mittelformat für die cerebrale Serienangiographie.

Aussprache.

- W. Hagmair (Schopfheim): Die Bedeutung der Renovasographie für die Nierendagnostik.
 F. Holle (Würzburg): Neuere Hilfsmittel zur angiologischen Diagnostik.

In Bereitschaft:

- R. Gottlob (Wien): Gezielte Angiographie der Gliedmaßen mittels Kreislaufzeitbestimmung.

Ihre Gesundheit ist das Fundament Ihres Schaffens

Sie fördern Ihre Gesundheit durch regelmäßige
physiologische Jodzufuhr bei Gebrauch

der medizinischen Zahnpasta

Muster auf Anforderung



KALIKLORA WERKE
Hamburg 19/W



- Prophylaxe gegen Erkältungen
- Verhütung der Arteriosklerose
- Antistrumaticum

U. Graff (Frankfurt a. M.): Systemerkrankungen der Blutgefäße als Ursache akuter Baucherscheinungen.

Freitag, den 15. April 1955, 8.30 Uhr (s. t.) bis 13 Uhr

Lungen- und Pankreaschirurgie

L. Zuckschwerdt (Bad Oynhausen): Chirurgie und Chiropraktik.

E. Baumann (Langenthal): Einige Bemerkungen über die Beziehungen zwischen Krankheits- und Unfallfolgen an der Wirbelsäule.

Hauptvortrag A. Brunner (Zürich): Die Resektionsbehandlung der Bronchiektasien.

R. Geissendörfer (Frankfurt a. M.): Erfahrungen bei der Behandlung von über 500 Lungenkarzinomen.

G. Salzer (Wien): Erfahrungen nach 500 Resektionen wegen Bronchuscarcinom.

M. Wenzl (Wien): Über die funktionellen Spätergebnisse nach der Resektionsbehandlung der Bronchiektasien.

R. Zenker (Marburg): Zur Resektionsbehandlung bei doppelseitiger Lungentuberkulose.

H. Reitter (Düsseldorf): Chirurgische Behandlung der chronischen Pneumonie.

H. Krnuss (Freiburg i. Br.): Zur Wiederherstellung der Funktion rupturierter Bronchien.

I. Dischreit (München): Gewehliche Befunde am heilenden und spontanperforierten Bronchus nach Pneumonektomien.

B. Löhrr (Heidelberg): Bronchographische und Bronchospirometrische Nachuntersuchungen von Lungenresektionen wegen Bronchiektasien.

J. Maurath (Tübingen): Störungen des Gasaustausches bei Bronchiektasien.

Aussprache.

H. Vondersehmitt (Frankfurt a. M.): Eine einfache Methode zur Registrierung der Meßwerte bei der Oxymetrie mit dem Brinkmannschen Oxymeter.

L. Löffler (Bamberg): Postoperative Verziehungen der Thoraxeingeweide.

In Bereitschaft:

Th. O. Lindenschmidt (Hamburg): Welche Leberfunktionen sind bei eitrigen Lungenerkrankungen gestört?

W. H. W. Schütz (Berlin): Untersuchungen über die Heilungsvorgänge am resezierten Bronchusstumpf.

Hauptvortrag K. Vofschulte (Gießen): Probleme der Pankreaschirurgie.

H. Berger (Innsbruck) a. E.: Besonderheiten bei organismischem Hyperinsulinismus.

F. Deucher (Zürich): Über Polyadenomatose des Langerhansschen Inselapparates.

Aussprache.

F. Mandl (Wien): Bericht über einen Fall von Inselzellenadenom.

G. Weyer (Gießen): Akute Pankreaserkrankungen nach Darstellung der Gallengänge.

H. Becker (Gießen): Das Phasenkontrastverfahren als differentialdiagnostische Maßnahme beim Hyperinsulinismus.

In Bereitschaft:

E. Kern (Freiburg i. Br.): Möglichkeiten und Grenzen der Fermentdiagnostik chirurgischer Pankreaserkrankungen.

Sondersitzung 8.30 Uhr (s. t.) bis 13 Uhr

Sitzungssaal II (Erdgeschoß)

Leitung: E. Rehn (Freiburg i. Br.)

Plastische, ästhetische und Wiederherstellungschirurgie

Experimentelle Chirurgie

Hauptvortrag H. v. Seemen (München): Wege und Grenzen der plastischen und Wiederherstellungschirurgie.

F. Andina (Locarno): Grundsätzliches über die freien Hautverpflanzungen.

U. Buff (Solothurn): Plastische und Wiederherstellungschirurgie in der Behandlung des Krebses.

F. Jaeger (Ludwigshafen): Hauttransplantationen nach ausgedehnten Verbrennungen.

E. Gohrbandt (Berlin): Mammaplastik (mit Film).

E. Winkler (Wien): Mammaplastiken.

M. Lessing (Schwerin): Zur Mammaplastik.

H. Gelhke (Göttingen): Unsere derzeitige Lippenplastikchirurgie.

W. Rosenthal (Berlin): Plastische Maßnahmen zur Erzielung einer deutlichen Spreizweise bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Film „Uranoplastik“.

V. Struppler (München): Zum plastischen Verschluss von Gaumenspalten im Erwachsenenalter.

G. Maurer (München): Die operative Behandlung der Facialislähmung.

E. Winkler (Wien): Plastische Gesichtsoperationen.

K. Bätzner (Freiburg i. Br.): Experimentelle Untersuchungen zur homoio- und alloplastischen Gefäßtransplantation.

K. Dietmann (Bonn): Operationen am offenen Herzen im Tierexperiment (Film).

K. Niederecker (Würzburg): Wiederherstellende Operationen bei schlecht geheilten angeborenen Hüftverrenkungen und anderen angeborenen Hüftleiden.

W. Brannon (Cleveland) a. E.: Erfahrungen mit einer neuen Metall-Fingergelenkprothese.

H. D. Schumann (Rostock): Lexer-Plastik oder Phemister-Span?

U. Ritter (Köln): Der Plastikknochen in der Wiederherstellungschirurgie.

Aussprache.

In Bereitschaft:

E. Schneider (Lahr): Zur Wirkungsweise des Vitamin A bei Tumoren nebst Hinweisen auf eine Hautreaktion.

O. P. 10 ccm DM 1.60 o. U.
20 ccm DM 2.65 o. U.

Zur
Anregung von Herz und Kreislauf
genügen meist schon 5 Tropfen

Ephector

Literatur und Musterabgabe:
E. MERCK AG · Abteilung München
MÜNCHEN 2 · Alfonsstraße 1/1

H. Hirsch (Frankfurt a. M.): Über den Nachweis und einige Eigenschaften des Katalasehemmstoffes aus Tumoren im Ascites von experimentellen Impftumoren.

Nachmittagsitzung 14.30 Uhr (s. t.) bis 18 Uhr

Zweite Generalversammlung

Wahl des Vorsitzenden für 1956

Bericht des Schriftführers und des Kassensführers

Chirurgie der großen Körpervenen

P. Seulberger (Speyer) und Koller (Wiesbaden) a. E.: Über die Notwendigkeit der Dokumentation n. Biometrie in der Chirurgie.
P. Senlberger: Erläutert am Beispiel der Abhängigkeit der Bluteiweißkörper vom Lebensalter und von anderen Faktoren.
S. Koller a. E.: Kernpunkte der biometrischen Methodik.
F. Rose (Eschwege): Über sog. Pachionoblastome.

Hauptvortrag H. Kalk (Kassel) a. E.: Über den Hochdruck der Pfortader und die Indikation zu seiner chirurgischen Behandlung.

Hauptvortrag R. Wanke und H. Junge (Kiel): Chirurgie der großen Körpervenen.

R. Wanka: Die Chirurgie der Pfortader, der unteren Hohlvene und der Beckenvenen.

H. Junge: Die Chirurgie der oberen Hohlvene und der Schlüsselbeinachsenvenen.

W. Neuhaus (München): Zur chirurgischen Behandlung der Blutung aus Oesophagusvaricen.

E. Ruggieri (Neapel) n. E.: Vorläufige Ergebnisse der Pfortaderhochdruckbehandlung bei Lebercirrhose durch Unterbindung der Arteria hepatica.

E. Ungeheuer (Frankfurt a. M.): Operationsindikation bei der portalen Hypertension auf Grund chirurgischer und experimenteller Erfahrungen.

Th. Hoffmann (Paris): Früh- und Spätergebnisse der Ligatur der Vena cava inf. bei dekompensierten Herzkranken.

H. Gumrich (Tübingen): Zur Diagnostik der Venensperren.

Aussprache.

Ph. Sundblom (Lund): Zum Pfortaderhochdruck.

F. Mandl (Wien): Zur Operation der Herzinsuffizienz durch bilaterale Iliacaligatur nach Kunos und Temesvari.

V. Struppler (München): Moderne Gesichtspunkte zur Injektionsbehandlung oder operativen Therapie der Krampfadern.

In Bereitschaft:

C. O. Netzer (München): Über die Strömungsverhältnisse in den tiefen Venen nach abgelaufener Thrombophlebitis.

J. Konec (Göttingen): Zur chirurgischen Behandlung des Pfortaderhochdrucks.

Samstag, den 16. April 1955, 8.30 Uhr (s. t.) bis 13 Uhr

Chirurgie der Gallenwege

V. Hoffmann (Köln): Erfahrungen bei Operationen von Menschen im höheren Alter.

Hauptvortrag H. Baur (München) a. E.: Neuere Fragen der Diagnose, Antibiose und Milienentgleisung bei chirurgischen Gallenwegenerkrankungen.

Hauptvortrag W. Bloek (Berlin): Mißerfolge und Beschwerden nach Gallensteinoperationen im Blickwinkel der Pathophysiologie.

Hauptvortrag A. W. Fischer (Kiel): Choledochus- und Hepaticusstein.

H. E. Grewe (Berlin): Untersuchungen über das „hepatorenale“ Syndrom bei chirurgischen Eingriffen an den Gallenwegen.

R. Reichle (Stuttgart): Ergebnisse nach Gallenwegenanastomosen.

L. Rathke (Gießen): Werden Indikationsstellung und Ergebnisse der Gallenchirurgie durch die modernen Röntgenuntersuchungsverfahren und durch antibiotische Behandlung beeinflusst?

A. Lehner (Luzern): Die Behandlung des hepatitischen Ikterus durch periarterielle Eingriffe an der Arteria hepatica communis.

F. Linder (Berlin): Der Wert der Cholecystektomie für die Sanierung von Typhusbazillen-Ausscheidern.

W. Heß (Basel): Cholangiographische Befunde bei Mißerfolgen nach Cholecystektomie.

G. Baccaglioni (Este): Erfahrungen mit der Anwendung der intraoperativen manometrischen und radiologischen Methoden in der Gallenchirurgie.

F. Rosenauer (Linz): Das Postcholecystektomie-Syndrom und die Splanchnikotomie, insbesondere die endoskopisch-transthorakale Methode nach Kux. Erfahrungsbericht.

H. Wildegans (Berlin): Weiteres zur Endoskopie der tiefen Gallenwege.

W. Beck (Bochum): Bericht über 75 Verletzungen der Leher und Gallengänge.

Aussprache.

H. Flörcken (Frankfurt a. M.): Einige Bemerkungen zur Choledochoduodenostomie.

H. Kalk (Kassel) a. E.: Zur Diagnose des Choledochussteins.

H. Wulff (Kopenhagen): Choledochusstein.

L. Löffler (Bamberg):

H. Kunz (Wien):

V. Hoffmann (Köln):

G. Mollowitz (Kiel): Die transcholedochale Sonde in der Nachbehandlung von Gallengangverschlüssen.

P. Fuchsig (Wien): Chronische Pankreopathien als Ursachen von Beschwerden nach Cholecystektomie.

P. Kyrle (Wien): Zur chirurgischen Nachbehandlung der Gallenwege nach akuter Pankreatitis.

K. Spohn (Heidelberg): Zu den Korrekturoperationen der Gallenwege.

In Bereitschaft:

A. Kosinzew (Garmisch-Partenkirchen): Röntgendiagnostik der chronischen Cholecystitis und ihre Bedeutung für die Indikationsstellung zur Therapie.

P. Blasche (Mannheim): Ergebnisse der primären und sekundären Choledochoduodenostomien.

H. W. Schega (Mainz): Die enterale Dauertropfinfusion nach Magenoperationen.

Nachmittagsitzung 14.30 Uhr (s. t.) bis 18 Uhr

Chirurgie der Harnwege

Hauptvortrag F. May (München): Die Chirurgie der Harnröhre.

H. Marberger (Innsbruck-Iowa) n. E.: Urethroplastik nach Johansson bei Harnröhrenverengungen (mit Film).

H. Uebermuth (Leipzig): Zur operativen Behandlung der Harnröhrenstriktur.

A. Oberriedermayr (München): Erfahrungen mit der Operation der Hypospadie nach Denis Browne.

K. Hartmann (Bochum): Blasen- und Harnröhrenverletzungen bei Beckenbrüchen.

G. Maintz (Bochum): Behandlungsvorschläge und -ergebnisse bei stumpfen Nierenverletzungen.

F. E. Koch (Köln) a. E.: Tierexperimentelle Befunde am Gefäßsystem der Niere während der Harnsteinbildung (Film).

K. Boshamer (Wuppertal-Barmen): Harnsteinbildungen.

W. H. Brinkmann (Bonn): Tierexperimentelle Untersuchungen zur Wirkung der Hyaluronidase bei der Harnsteinogenese.

G. Knreber (Bonn): Die Indikation der permanenten und temporären Nierenfisteln bei Harnleiterverschlüssen.

J. Köstler (Furth i. W.): Zusammentreffen von Störungen der Wirbelsäule und des Urogenitalsystems.

Aussprache.

H. K. Büscher (Homburg-Saar): Zur Operation nach Johansson.

H. Simon (Karlsruhe): Die Bedeutung der Präcancerosen für den Gutachter im Versorgungswesen.

J. Kastert (Bad Dürkheim): Neue Behandlungsmethoden der Coxitis tuberculosa.

E. J. Wylie (San Franzisko) n. E.: Operative Behandlung segmentaler Arteriosklerose der großen Arterien.

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Permicillin

Das lokale Antibioticum

G. Neff (Schaffhausen): Eine neue Operationsmethode zur Behandlung der Trichterbrust.

H. Griefmann (Neumünster i. H.): Die „Trichterung“ des Megaesophagus.

E. Kugel (München): Tierexperimentelle Untersuchungen mit einem neuen Kunststoff zur Auffüllung des Thoraxraumes nach Lungenresektion und zur sonstigen Verwendung in der Chirurgie.

A. Gerbart (Frankfurt a. M.): Beitrag zu den Ursachen der Ruptur frischer Laparotomiewunden.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie

Die neugegründete Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (Präsident Prof. Dr. J. Zutt) veranstaltet vom 1. bis 2. April 1955 ihre erste Tagung in Bad Nauheim.

Referenten: von Baeyer, Nürnberg: Über den Begriff der Begegnung in der Psychiatrie; Spatz, Gießen: Die Sonderstellung des Menschen und Evolution des Menschenhirns; Kollé, München: Der Nervenarzt im Kampf gegen die privaten Krankenversicherungen; Merguet, Lengerich: Die Anstaltspsychiatrie in unserer Zeit.

Auskunft: Prof. Dr. Jantz, Oberarzt der Univers.-Nervenambulanz, Frankfurt a. M., Heinrich-Hoffmann-Straße 10.

Fortbildungswoche 25. bis 30. 4. 1955

unter besonderer Berücksichtigung der präventiven Medizin in den Universitäts-Kliniken Köln.

Hauptthemen: Rheuma, Diabetes, Fettleibigkeit, Präkanzerosen, Bronchialasthma, allergische Dermatosen, Herz- und Kreislaufanfänge.

Teilnahmegebühr: DM 15.— (auf das Girokonto der Sparkasse der Stadt Köln 10 808, Zweigstelle Lindenthal).

Anmeldung: Kreisstelle Köln der Ärztekammer, Köln-Lindenthal, Stadtwaldgürtel 42.

Die Bayer. Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

veranstaltet eine Wissenschaftliche Sitzung am 24. April 1955 im Hörsaal der Univ.-Frauenklinik in Würzburg. Referat: H. J. Prill, Würzburg: Methoden psychischer Geburtsschmerzbeeinflussung (insbesondere das autogene Training, mit Demonstrationen). Anmeldungen an Dr. Theo Berwind, Univ.-Frauenklinik Würzburg.

6. Lindauer Psychotherapiewoche

Die 6. Lindauer Psychotherapiewoche findet vom 2. mit 7. Mai 1955 statt. Ihr schließt sich vom 9. mit 14. Mai eine Übungswoche an. Es werden drei Vorlesungsreihen abgehalten:

1. Beiträge zur Psychologie der Frau. Dozenten: Die Frauenärzte Schaetzing, Berlin; Mayer, Tübingen; von Wolff, Berlin; Kehler, Wiesbaden; Frau Michel-Wolff, Paris; Roemer, Gießen. Ferner Kohn, Erlangen; Stolze, München; G. R. Heyer, Nußdorf am Inn.

2. Kriminalpsychologie. Dozenten: Zulliger, Ittigen/Bern; Frl. Hoehn, Tübingen; Hirschmann, Tübingen.

3. Schweizer Autoren. Außerdem Nachmittagsvorlesung durch Prof. Speer: „Zur Klinik des Erlebnisses.“ Dozenten: Blickenstorfer, Zürich; Friedemann, Biel/Bienne; Benedetti, Zürich; Bally, Zürich; Boß, Zürich; J. H. Schultz, Berlin.

Sondervorlesung Prof. Riechert, Freiburg i. Br.: „Pseudoneurotische Zustandsbilder bei Gehirntumoren.“

Vorläufiges Programm und Anfragen durch: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, Privatklinik Dr. Speer, Lindau/Bodensee.

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e. V.

Der traditionelle homöopathische Einführungskurs des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. findet 1955 in Bad Brückenau (Ufr.) vom 14. bis 18. Mai statt. Erfahrene Redner, selbst in der Praxis stehend, werden den ärztlichen Teilnehmern die Grundzüge, das Wesen und die Besonderheiten der Homöopathie Hahnemanns vortragen und besonders die Bedeutung der homöopathischen Symptomatologie, des Arzneiversuches und der ihr eigenen Konstitutionslehre hervorheben. An Beispielen klinischer Erkrankungen wird eine größere Anzahl von Arzneibildern eingehend erörtert. Auch die besondere homöopathische Pharmazie soll vorgeführt werden.

Die Anmeldungen zum Kurs sind möglichst bis zum 20. 4. 1955 zu richten an Herrn Dr. Adalbert Mayer, Bad Brückenau, Wernarzer Str. 50, Tel. 128 ab 17.15 Uhr. Kursgebühr 50.— DM. Für Mitglieder des ZV und unselbständige Ärzte 30.— DM. Mitteilung über weitere Einzelheiten, Rednerliste, Themen usw. erhalten die Teilnehmer sofort nach endgültiger Festlegung des Programms.

Dr. H. Dingfelder,
1. Vorsitzender des Landesverbandes
vom DZV homöopathischer Ärzte.

KONGRESSKALENDER

INLAND

März 1955

20.—27. in **München**: Frühjahrskurs (als Arbeitstagung) des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Verbandsbüro Prof. Dr. Dr. K. Saller, München, Richard-Wagner-Straße 10/L.

26.—27. in **Angsburg**: 15. Vortragsreihe der „Angsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Gesamtthema: „Chirurgisch-internistisches Consilium (der praktische Arzt und seine chirurgisch-internistischen Grenzfälle).“

April 1955

1.—2. in **Bad Nauheim**: 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie. Auskunft: Prof. Dr. Jantz, Univ.-Nervenambulanz, Frankfurt/M., Heinrich-Hoffmann-Str. 10.

13.—16. in **München**: 72. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp, Bochum, „Bergmannshell“.

14.—15. in **Mainz**: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz.

BEI ALLEN
ERKÄLTUNGSKRANKHEITEN

GUAKALIN

Stada

TROPFEN
15 ccm DM 1,20 o.U.
SIRUP
150 g DM 1,70 o.U.

KODEIN-GUAKALIN 150 g DM 2,— o.U.

EPHEDRIN-GUAKALIN 150 g DM 1,90 o.U.

GUAKALIN-TROPFEN C. KOD. 15 ccm DM 1,50 o.U.

STADA - STANDARDPRÄPARATE DEUTSCHER APOTHEKEN

- 15.—17. **Bad Nauheim:** Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Anmeldungen an Sekretariat des W.-G.-Kerckhoff-Institutes der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.
- 18.—21. **Wiesbaden:** 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Anmeldungen: Prof. Dr. Fr. Kaufmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.
- 22.—24. **in Bad Pyrmont:** Tagung des Deutschen Ärzteverbandes. Auskunft: Dr. Maria Ries, München 25, Peazberger Straße 21.
- 23.—24. **in Erlangen:** Tagung der Bayerischen Augenärztlichen Vereinigung in der Universitäts-Augenklinik. Auskunft: Prof. Dr. Schreck, Erlangen, Augenklinik der Universität.
24. **in Würzburg:** Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Dr. Theo Berwind, Univ.-Frauenklinik, Würzburg.
- 25.—30. **in Köln:** Ärztl. Fortbildungswoche. Auskunft: Kreisstelle Köln der Ärztekammer Nordrhein, Köln-Lindenthal, Stadtwaldgürtel 42.
- 26.—30. **Bad Kissingen:** 25. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. Wüstenberg, Gelsenkirchen, Rothhauserstraße 19.
- Mai 1955**
- 2.—7. **in Lindau:** 6. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, Privatklinik Dr. Speer, Lindau/Bodensee.
2. Mai bis einschließl. 30. Juli **in Düsseldorf:** 17. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf. Anmeldungen bis 1. 4. 1955 an: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus, Berger Allee.
14. **in Baden-Baden:** Vereinigung Südwestdeutscher Röntgenologen e. V. Auskunft: Dr. med. von Held, Stuttgart, Katharinenhospitl.
- 14.—18. **in Bad Brückenau/Ufr.:** Homöopathischer Einführungskurs des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. Adalbert Mayer, Bad Brückenau, Wernerstraße 50.
- 19.—21. **Karlsruhe:** Einführungskurs über Funktionselektrokardiographie. Anmeldungen an das Sekretariat Chefarzt Dozent Dr. Dr. F. Kienle, II. Med. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 23.—27. **Karlsruhe:** 2. Fortbildungskurs über Funktionselektrokardiographie. Anmeldungen an das Sekretariat Chefarzt Dozent Dr. Dr. F. Kienle, II. Med. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 25.—27. **Murnau:** Gemeinsame Tagung des Landesverbandes Bayern der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und des Bayer. Verbandes der Krankengymnastinnen im Hermann-Schramm-Unfallkrankenhaus. Anfragen an Landesverband Bayern der Gewerbl. Berufsgenossenschaften, München, Romanstr. 35—37.
- 25.—27. **Stuttgart:** Jahrestagung des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung unter Mitwirkung der Österreichischen Gesellschaft für Krebsbekämpfung und Krebsforschung und der Schweizerischen Nationalliga für Krebsbekämpfung. Anmeldungen und Anfragen an die Geschäftsstelle des Deutschen Zentrallausschusses, Braunschweig, Celler Straße 38.
31. 5.—4. 6. **in Weingarten:** 8. Religiös-wissenschaftliche Arzttagung. Auskunft: Dr. Alfons Riegel, Schorndorf/Wtbg., Burgstraße 53.

AUSLAND

- März:**
- 24.—28. **in Igls und Solbad Hall:** 5. Tagung für Bäder-, Klimaheilkunde und Wiederherstellungsbehandlung. Auskunft: Kur- und Verkehrsverein, Igls b. Innsbruck.
- April**
- 10.—18. **in Athen:** 10. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. Z. Kairis, 25 rue Voukourestiou, Athen.
- Mai 1955**
- 1.—14. **auf der Jamtalhütte/Sivretta:** Skikurs C, Alpiner Ausbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kongreßbüro, Bundesärztehaus, Köln, Brabanter Str. 13.
- 7.—31. **in Badgastein und Bad Hofgastein:** Gasteiner Balneologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Kurverwaltung Badgastein.

- 23.—26. **in Genf:** 20. Jahrestagung des Internationalen Kollegiums der Chirurgen. Auskunft: Kongreßsekretariat, 6—8 rue de la Confédération, Genf/Schw.
- 28.—29. **in Pörschach a. Wörthersee:** Internationaler Saunakongreß. Auskunft: Dr. G. Jilly, Pörschach a. Wörthersee 105.
- 26.—31. **in Lausanne:** 7. Internationaler Kongreß für vergleichende Pathologie. Auskunft: Generalsekretariat, rue César-Roux, Lausanne/Schw.
30. Mai bis 3. Juni **in Luzern:** 9. Internationaler Krankenhauskongreß. Auskunft: Gen.-Sekr. Cap. I. E. Stone, Int. Hospital Federation, 10 Old Jewry, London E. G. Z.

AMTLICHES

Stellenausschreibung für die Staatl. Gesundheitsämter

Bei dem Staatl. Gesundheitsamt Altötting ist eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerber können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 15. April 1955 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Verg.Gr. III der TO A.

I. A. Platz, Ministerialdirektor

Verlust von Urkunden

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

Wilhelm Seuff, geb. 1. 3. 1916 in München, Geltungsdatum der Approbationsurkunde: 29. 3. 1949, Zweitschrift ausgestellt am 25. 9. 1954 mit Erg.-Bescheinigung mit Geltung vom 1. 3. 1954.

Dr. Ingeborg Kultzen, geb. 15. 5. 1921 in Nordenham/Oldbg.; Geltungsdatum der Approbationsurkunde: 30. 10. 1944, begl. Abschrift ausgestellt am 30. 9. 1954.

Dr. med. Helmut Stein, geb. 27. 6. 1924 in Aschaffenburg; Geltungsdatum der Approbationsurkunde: 28. 8. 1951, Zweitschrift ausgestellt am 5. 11. 1954 mit Erg.-Bescheinigung mit Geltung v. 15. 5. 1955.

Dr. med. Maja Schweier, geb. Esdienbach, geb. 18. 2. 1922 in Würzburg; Geltungsdatum der Approbationsurkunde: 3. 7. 1947, Zweitschrift ausgestellt am 23. 12. 1954.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

StAnz. 1955/Nr. 8

Beilagenblätts

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Adolf Klänge GmbH., München 25,
UPHA GmbH., Hamburg 20,
Dr. Klänger & Co., Herten/Bayern,
Erste Kulmbacher Aktien-Exportbier-Brauerei Kulmbach,
Edelweiß-Milchwerke Kempten im Allgäu,
A. Nattermann & Cie., Köln-Braunsfeld.

Ferner ist einer Teilaufgabe ein Prospekt der Buchdruckerei Schöhl & Scholl, Weilbach (Ufr.), beigelegt.



„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: München 22, Königinstr. 23, Schriftleiter Dr. Wilhelm Wink, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefo 6 31 21—23, 6 25 34, 6 00 61. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg, Breite Gasse 25/27, Telefon 251 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto München 179 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigeverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 86 86. Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

Bei RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig wirkende Einreibung 50 ccm DM 1.25 o.U.