

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 4

MÜNCHEN, April 1955

10. Jahrgang

## ZUR WAHL DES PRÄSIDENTEN

der Bayerischen Landesärztekammer am 19. März 1955

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Der Wunsch und das Vertrauen Ihrer Delegierten haben mich auf den Platz des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer berufen.

Ich bin mir bewußt, daß damit eine hohe Aufgabe und eine schwere Verantwortung mir übertragen wurde. Ich übernehme beides mit dem Versprechen und dem festen Willen, mich für die Interessen der gesamten Ärzteschaft Bayerns immer und überall mit allen Kräften einzusetzen. Die Lage der Ärzteschaft ist heute überall in ideeller wie in materieller Hinsicht aufs schwerste bedroht, und wir werden gut daran tun, uns zu erinnern, daß nur die völlige Geschlossenheit unseres ganzen Standes uns vor dem gänzlichen Verlust der Freiheit unseres ärztlichen Handelns und vor einem weiteren Absinken unseres sozialen Niveaus bewahren kann. Im Laufe der Entwicklung der Organisationsformen unseres Standeslebens ist eine Reihe meist zwangsläufig notwendiger ärztlicher Zusammenschlüsse entstanden, deren auf einen bestimmten Teilzweck gerichtete, an sich berechtigte Zielsetzungen mitunter den Blick abgelenkt haben von der übergeordneten Organisation der Kammer. Damit ist aber die Gefahr gegeben, daß Gegensätze in Teilfragen zu verhängnisvollen Spaltenbildungen innerhalb der Ärzteschaft führen können, besonders dann, wenn man glaubt, nach dem Vorbild primitiver politischer Kampfmethoden den vermeintlichen Gegner durch Unterstellung unlauterer Absichten bekämpfen zu müssen.

Ich betrachte es als meine vornehmste Aufgabe, jeder Uneinigkeit in der Ärzteschaft mit allen Kräften mich zu widersetzen, und jeden Kollegen davon zu überzeugen, daß selbst der größtmögliche Erfolg einer Teilgruppe niemals auch für diese selbst den Schaden aufwiegen würde, der aus der Zerstörung der Einigkeit des ganzen Standes erwachsen müßte.

Die Erfahrungen meiner langjährigen Arbeit auf dem Gebiete des Kassenarztwesens haben mich in der Überzeugung bestärkt, daß gerade bei unseren beiden gesetzlich fundierten Organisationen keine Gegensätze bestehen, die einen ernstzunehmenden Konfliktstoff abgeben könnten, und meine weitere Bindung an die KV betrachte ich als willkommene Gelegenheit, an der Einhaltung einer gemeinsamen Linie auf den beiden getrennten Arbeitsgebieten mitzuwirken.

Dank der aufopfernden und erfolgreichen Tätigkeit vorhergehender Standesvertretungen, vor allem der meines Vorgängers, Herrn Senator Dr. Weiler, sowie des Vizepräsidenten, Herrn Dr. Hense, wie auch des gesamten Kammervorstandes, denen an dieser Stelle noch mein besonderer Dank ausgesprochen sei, können wir uns auf das festgefügte Gebäude einer gesetzlich fundierten Kammerorganisation stützen. Die wahre Tragfähigkeit wird dieses Gebäude aber nur erhalten durch das Vertrauen und die Mitarbeit der Gesamtheit der bayerischen Ärzte. Um beides möchte ich Sie heute, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, herzlich bitten!

Dr. Hans-Joachim Sewering,  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

## Soziale Wandlung

Von Dr. med. Walther Koerting

(Fortsetzung)

In der schon zitierten, im Jahre 1920 erschienenen Arbeit sprach sich Dr. Richard Roeder dahingehend aus, daß er es für notwendig halte, daß die verschiedenen Arten von Kassen (Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landkrankenstellen) verschwinden und „einer großen, örtlichen, leistungsfähigen Krankenkasse“, einer „Allgemeinen Ortskrankenstelle“, Platz machen. Die notwendige Dezentralisation sei „durch den Gesundheitsbezirk mit seinem Gesundheitshaus und seinen 60 000 Einwohnern“ gegeben. (Jede größere Gemeinde sollte in Bezirke von ungefähr 60 000 Menschen einschließlich Frauen und Kindern eingeteilt werden. In diesem Bezirk sollte sich das Gesundheitshaus als Zentrum der Bezirksorganisation und der gesamten gesundheitlichen Maßnahmen befinden. Dieses sollte enthalten: „... genügend Räumlichkeiten zur Abhaltung von Sprechstunden für eine Reihe von praktischen Ärzten und Spezialärzten, deren Zahl, da auf 1500 Menschen ein Arzt kommen soll, ungefähr 40 beträgt, ein diagnostisches Institut einschließlich Röntgenapparat, ein Institut für Behandlung mit Wasser, Massage und Lichtstrahlen, eine Filiale der Krankenkasse, Apotheke, Verwaltungsräume usw.“

Man darf natürlich nicht vergessen, daß diese und andere gleichartige Pläne in jene Zeit fallen, als nach dem verlorenen (1.) Weltkrieg mit seinen, vor allem wirtschaftlichen Folgen die innerpolitische Entwicklung in Deutschland stark von radikalen Kräften beherrscht oder zumindest beeinflußt war\*). Dazu kam, daß sich der Prozeß der Vorkriegswirtschaft fortsetzte, der die abhängigen Arbeitnehmer zahlen- und anteilmäßig in den Vordergrund treten, dagegen die selbständigen Unternehmer in Industrie und Handwerk — nicht in der Landwirtschaft und im Handel — abnehmen ließ (Ludwig Preller, Sozialpolitik in der Weimarer Republik, Stuttgart, 1949). In dieser Nachkriegszeit erfuhr der Produktions- und Arbeitsprozeß Wandlungen, die auch die Arbeits- und Lebensverhältnisse beeinflussten. Mit dem Jahr 1924 begann für die Produktions- und Arbeitsverhältnisse in der deutschen Wirtschaft eine neue Periode, die Rationalisierung. Es sei an dieser Stelle nur angedeutet, daß später auch im Ärztlichen eine gewisse Rationalisierung Platz griff.

Roeder betonte, auf das Ganze gehend, daß nach Durchführung seines Planes kein Grund vorliege, die bestehenden anderen Versicherungen getrennt voneinander bestehen zu lassen. „Krankheiten und Invalidität, Krankheiten und Unfälle bieten so fließende Übergänge, daß sie nur künstlich und für viele Fälle zum Schaden der Versicherten voneinander getrennt werden können; ihre Vereinigung würde manche Schwierigkeit beheben. Es sollen also vereinigt werden die Krankenversicherung, die Invaliditäts- und Altersversicherung, die Angestelltenversicherung, die Unfallversicherung; die geplante Mutterschaftsversicherung könnte sofort angegliedert werden, ebenso die gesundheitliche Kriegsfürsorge. Wir haben dann nur eine Versicherung, die den Namen Gesundheitsversicherung tragen könnte und deren Gesamtheit sich auf unsere Gesundheitsbezirke mit ihren Gesundheitshäusern und ihren Ärzten, denen die gesundheitlichen Verhältnisse der Bewohner genau bekannt sind, stützt. Erst eine solche Gesundheitsversicherung, zugleich straff einheitlich organisiert, und doch lokal genügend dezentralisiert, ist geeignet, die eigentliche Riesenaufgabe der Zukunft zu bewältigen, durch Verhütungsmaßnahmen größten Stiles die Entstehung eines gesundheitlichen Schadens zu verhindern.“

Was Roeder über „Die Überleitung in die Sozialisierung“ sagt, ist nicht nur rückblickend auf die Zeit vor 35 Jahren von Interesse, eine Zeit politischer und wirtschaftlicher Kraftlosigkeit nach dem damaligen Zusammenbruch, sondern — und das ist das Erstaunliche — auch für die Gegenwart, eine Zeit wirtschaftlicher, innen- und außenpolitischer Festigung.

„Keine Sozialisierung kann schnell mit einem Schlage vor sich gehen. Auch diejenigen Sozialisten, die vor allem die Eroberung der politischen Macht durch das Proletariat sich zum Ziele setzen, geben der dann eintretenden Sozialisierung auch einen Spielraum von längerer Zeit. Infolgedessen werden sich eine ganze Reihe Übergangsstufen finden, die noch manches von kapitalistischem Wesen an sich haben; das ist in einer Welt, die noch zum größten Teile kapitalistisch ist, auch gar nicht anders möglich...“ ist die Anschauung mancher Sozialisten ganz haltlos, die eine Sozialisierung für unmöglich erklären, solange der sozialistische Staat nicht besteht; es kann sich um nichts anderes handeln, als Übergangsgebilde zu schaffen, die möglichst viel von sozialistischen Forderungen verwirklichen und infolgedessen für die Massen große Vorteile materieller und seelischer Natur in sich schließen.

Ein solches Übergangsgebilde wird auch mein Plan sein, den ich vorgelegt habe, und er wird sogar insofern etwas verkümmert sein, als er sich selbst in diesem Rahmen nicht sofort restlos durchführen läßt. Ich kann mir nicht vorstellen, daß man plötzlich in Stadt und Land Gesundheitshäuser mit allen ihren Erfordernissen errichtet, sämtliche Ärzte und das Heilpersonal mit Zwang übernimmt und noch dazu ihre seelische Verfassung von Grund aus ändert, d. h. aus einem Standesmenschen mit ausgeprägtem Erwerbssinn einen Staatsbürger mit Gemeinsinn macht. Man sieht gleich, innerhalb der ersten Jahrzehnte ist der freie Beruf des Arztes nicht völlig beseitigt; anders ist das bei bezirksweiser Einführung auch gar nicht möglich. Es entsteht aber der große Vorteil, daß nunmehr die Schädigung der Ärzte, die doch Arbeiter im erweiterten Sinne des Wortes sind und deswegen nicht einfach expropriert werden können, so gut wie ganz fortfällt.

... Im Laufe der Zeit, wenn immer mehr Bezirke in den Sozialisierungsprozeß hineinbezogen werden, wird der Kreis der Ärzte, die noch im freien Berufe stehen, immer kleiner, bis er schließlich ganz zusammenschumpft, da höchstwahrscheinlich 75—90 v. H. der Bevölkerung (einschließlich Frauen und Kinder) in absehbarer Zeit Mitglieder der Versicherung sein werden. Der größte Teil der Ärzte wird sich zweifellos gern sozialisieren lassen, da die Ärzte nach Einführung der Familienversicherung mit einer der heutigen ähnlichen Bezahlung im freien Berufe sich sehr schlecht stehen werden. ... Nach 20—30 Jahren, wenn die Sozialisierung innerhalb der Versicherung vollkommen durchgeführt ist, mag die neue Generation entscheiden, ob der freie Beruf ganz zu verschwinden hat.“ So weit Roeders im Jahre 1920 entwickelter Plan.

Nun sind gerade in den letzten Tagen von der Industriegemeinschaft Metall in Frankfurt am Main (23. 3. 1955) zu der geplanten Sozialreform in der Bundesrepublik Beschlüsse gefaßt worden, deren Ähnlichkeit mit dem Plan Roeders verblüffend ist. Der Hauptvorstand erklärte laut Zeitungsmeldungen, die Gewerkschaften seien der Ansicht, daß die sozialen Leistungen künftig aus einer Hand erfolgen sollten. Die bisherige Vielfalt der Zuständigkeiten müsse beseitigt werden. Die Gewerkschaften erwarteten, daß die Reform zu einem kostenlosen Gesundheitsdienst bei freier Arztwahl führt. Man wird hier an das englands erwähnte Referat Will Richters erinnert, in dem er die Versicherten mit den Vertretern der Gewerkschaften sozusagen gleichstellt („die Vertreter der Versicherten bzw. Gewerkschaften“).

Auch an den Programmpunkt 9 des Erfurter Programms der Sozialdemokratischen Partei (1891), an dem bis 1921 festgehalten wurde, sei erinnert: „Unentgeltlich-

\* „Es ist ihr“ (Anm.: der Sozialdemokratischen Partei) „geschichtliches Verdienst, daß sie dem tragischen Verhängnis nicht ausgewichen, sondern die große staatserhaltende Aufgabe erfüllten, als bisherige Oppositionspartei der hemmungslosen Unordnung entgegenzutreten.“ (Ferdinand Friedensburg, Die Weimarer Republik, Berlin 1946.)

keit der ärztlichen Hilfeleistung einschließlich der Geburtshilfe und der Heilmittel."

Karl Kautsky und Bruno Schönlanck schrieben in ihren Erläuterungen zum Erfurter Programm (Berlin 1919) zu diesem Punkte: „Im Kampf ums Recht sei jedes Glied der Gemeinschaft gesichert, im Kampfe gegen Krankheit soll ihm gleichfalls Schutz und Hilfe zuteil werden. So verfehlt und kleinlich die deutsche Krankenversicherung ist, so erkennt sie doch den Grundsatz an, daß das Gemeinwesen für seine erkrankten Mitglieder Fürsorge zu treffen hat. Viel ist noch zu tun, um diese Fürsorge würdig und ausreichend zu gestalten. Während der heutige Staat den Geistlichen besoldet, weil dieser ein Arzt der Seele sei, hat er sich noch nicht dazu bereit gefunden, den für das Wohlergehen der Menschen so wichtigen Arzt des Leibes zum Staatsdiener zu machen. Die Gesundheitspflege ist eine so hervorragende gesellschaftliche Aufgabe, daß die weitgehendsten Maßregeln in diesem Betracht zu billigen sind. Das Gemeinwesen bedarf gesunder, leistungsfähiger Angehöriger, der Nutzen des einzelnen deckt sich hier mit dem der Gesamtheit, die Herabsetzung der Erkrankungshäufigkeit, das rasche, sorgfältige Eingreifen des Arztes ist eine öffentliche Pflicht. Die Heilmittel gehören zur ärztlichen Hilfeleistung, die Unentgeltlichkeit dieser bedingt die unentgeltliche Lieferung von Arznei, Bruchbändern, Brillen usw. Für das Weib in Kindesnöten, welches der Gemeinschaft neue Mitglieder gebären wird, die Geburtshilfe unentgeltlich zu machen, ist gleichfalls ein Erfordernis der Menschlichkeit und der gesellschaftlichen Einsicht. Was heute die Krankenhäuser, die Gebäranstalten der Staaten, Kreise, Gemeinden, in welchen Unbemittelte umsonst Aufnahme finden, nur unvollkommen leisten — ganz abgesehen von dem dieser Hilfe anhaftenden Merkmale der Armenpflege —, das hat auf breiter Grundlage die Gemeinschaft zu ihrem eigenen Vorteile durchzuführen.“

Zur Problematik der neuerdings wieder geforderten Einheitsversicherung kann auf gewichtige Stimmen hingewiesen werden. Sie stammen keineswegs von Ärzten und erhalten damit Gewicht in dem Meinungsaustausch, um nicht zu sagen in dem Abwehrkampf der Ärzteschaft gegen eine der Volksgesundheit schädliche Entwicklung.

Der Professor am Institut Universitaire des Hautes Etudes Internationales in Genf, Wilhelm Röpke, äußert sich zum Komplex der Krankenfürsorge und zum Arztproblem dahin gehend, daß die ökonomisch-soziale Seite der Medizin ein überaus ernstes und ungelöstes Problem darstelle. Die „Verkrankenkung“ eines ganzen Volkes sei keine Lösung, sondern „nur eine besondere Seite der allgemeinen verhängnisvollen Vermassung und Proletarisierung, d. h. ein Teil jenes Stromes, der seine trübe Flut in das Meer des Kollektivismus ergießt.“ („Die Gesellschaftskrisis der Gegenwart“, 5. Aufl., Erlenbach-Zürich, 1948, S. 394.)

In seiner Arbeit „Die optimale Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger in der Sozialversicherung und der privaten Personenversicherung“ (Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, II, 1. München 1949) kommt Prof. Dr. Dr. W. Rohrbeck (Köln) zu folgendem Schluß:

„Mit rein mathematischem Denken — gemäß dem Gesetz der großen Zahl — ist eben nicht auszukommen. Es gehört zur Erreichung des Optimismus der Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Mehr, das sich nicht in Zahlen ausdrücken läßt, das aber den erstrebten, höchstmöglichen menschlichen Gewinn sichert. . . . Mit zunehmender Größe der Kasse nimmt die persönliche Entfernung des Versicherten von der Versicherungseinrichtung zu, und es schwindet die Möglichkeit individueller Behandlung. Der Geschäftsgang großer Kassen wird bürokratischer, d. h. als Sicherheit für eine gleichmäßige Versorgung aller Schutzbedürftigen spielt sie sich stärker nach festen Regeln und Vorschriften ab als nach persönlichen Motivationen. Der Schalterbeamte einer Großbank ist dem Privatbankier auch nicht gleichwertig, mit dem der Kunde unmittelbar seine finanziellen Sorgen zu besprechen gewöhnt ist. Genau so ist der Schalterbeamte einer Krankenkasse in erster Linie in den Augen des Versicherten eine Amtsperson, die dieser nicht als seinesgleichen, sondern als Repräsentanten der öffentlichen Hand ansieht,

zu dem also nicht sofort das Fluidum des persönlichen Vertrauens besteht, wie es der Vorsteher einer kleinen und mittleren Kasse leicht erzeugen kann. Gerade das Sichkümern um die Person des Versicherten, die Bewahrung vor der Behandlung des einzelnen als Teil einer Masse bei der Gewährung der Leistung aus der Zwangsorganisation ist aber das, was im Volke die Zufriedenheit mit der Versicherung, das Gefühl der Geborgenheit und dann wieder als Gegenleistung den Mut zum Einsatz der vollen Kraft nach der Gesundung auslöst. Über diese soziologischen Überlegungen kann eine Untersuchung der optimalen Leistung im Verhältnis der Betriebsgröße sich nicht hinwegsetzen. Es ist hier nicht meine Aufgabe, zu dem Streit der Meinungen über die Einheitskasse in der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Aber bei ihren Befürwortern vermisste ich immer wieder die Berücksichtigung der geschilderten soziologischen Einsichten. Sie bilden den Schlüssel zu den Herzen der Menschen, die die Sozialversicherung betreut, und nur wenn wir ihre Herzen gewinnen, werden wir mit den sachlichen Gütern, die die Sozialversicherung in so reichem Maße zu gewähren imstande ist, den höchstmöglichen Erfolg für die Gesundung unseres Volkes erreichen.“

Die von der „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung“ veranstaltete große Vortragsreihe „Reform der gesetzlichen Sozialversicherung“ in Königswinter (30., 31. Oktober 1952) brachte auch mehrfach Beiträge zum Kapitel Einheitsversicherung.

Dr. Gerhard Biskup (Köln), der über „Grundsätzliche Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung“ sprach, konnte feststellen, daß eine Gemeinsamkeit der Auffassungen aller Kritiker über die Reformnotwendigkeit — von welcher Seite die Kritik auch kommen mag — eigentlich nur bei einem einzigen Punkte besteht, nämlich nur mit Bezug auf das Erfordernis einer Zusammenfassung und möglichst Neukodifizierung des Krankenversicherungsrechts. Es sei „nachdrücklich zu betonen, daß Vorwurf gegen die angebliche Organisationszersplitterung in der praktischen Auswirkung ganz unmittelbar Kampf gegen die Existenzberechtigung der bestehenden Kassenarten, im weiteren Sinne auch gegen die Privatversicherung — letzten Endes aber Kampf gegen die Berechtigung jedes Eigenlebens überhaupt bedeutet. Die ja leider als Zeiterscheinung nur zu berechtigte Sorge wegen drohender Vermassung, wegen Lähmung des Selbstgefühls und des Selbstverantwortungsbewußtseins des einzelnen hat hier, in diesem Streben nach Zusammenfassung um der Einheit der Organisation selbst willen, ihre geheime Wurzel. Aus diesem Ruf nach Zusammenfassung — in der Überspitzung nach Einheit — ergibt sich die Forderung auf immer weitergehende Ausdehnung der Versicherungspflicht, ja auf Totalerfassung aller Staatsbürger in einem lückenlosen Zwangssystem. . . . So bleibt festzustellen, daß die polemische Wertung der Vielgestaltigkeit der gewachsenen Organisation in der Krankenversicherung . . . in die Forderung auf Einheitsversicherung einmündet.“ An anderer Stelle seiner beachtenswerten Ausführungen sagt Dr. Biskup: „Was . . . den Umfang der Versicherung anlangt, so steht zwar fest, daß überwiegend nicht daran gedacht ist, das Prinzip — den Versicherungsgrundsatz — aufzugeben. Dennoch ist kaum zu leugnen, daß auch das Prinzip in Gefahr gerät, je weiter sich die Krankenversicherung mit einer Totalerfassung aller Beschäftigten dem Charakter einer Volksversicherung annähert. Mit 35,1 Mill. Personen — d. h. rund 75% der Gesamtbevölkerung des Bundesgebietes —, die die Krankenversicherung augenblicklich umfaßt (Stand nach den bereits überholten Zahlen von 1950), hiervon sind 20,5 Mill. Mitglieder (15,7 Mill. reguläre Mitglieder, 4,7 Mill. Rentner) und 14,6 Mill. Familienangehörige —, ist sie von jenem Status einer Volksversicherung rein äußerlich nicht mehr allzu weit entfernt. Die kürzliche Ausdehnung der Versicherungspflichtgrenzen hat — zunächst unabhängig davon, ob man eine Erhöhung aus den wirtschaftlichen Verhältnissen heraus für berechtigt halten müßte oder nicht — diesen Zug zum Totalen, vielleicht muß man sogar sagen zum Kollektiven und zum Zwange überhaupt, erneut verstärkt. Hierbei sollte nicht übersehen

werden, daß dieser Trend zur Erfassung und Umfassung des Ganzen notwendig auch die Tendenz zur Vereinheitlichung im Organisatorischen und zur Nivellierung in Beitrag und Leistung — ja letzten Endes zum Übergang zur reinen Versorgung in sich birgt.“

Dipl.-Landwirt J. Hummel (Bonn), der die Beziehungen der deutschen Landwirtschaft zur Reform der Sozialversicherung behandelte, gab seiner Meinung mit den Worten Ausdruck: „Mit erster Besorgnis mußte beobachtet werden, daß das eigentliche Wesen der Sozialversicherung, die Ideen, denen sie ihre Entstehung verdankt, ihr Werden und das, was allen Zweigen der Sozialversicherung gemeinsam ist oder doch gemeinsam sein sollte, ihr Versicherungscharakter, auch in der Vergangenheit allzu häufig schon mißachtet und vernachlässigt worden sind.“

... Es widerspricht auch ebenso diesem Versicherungsgedanken, und es ist mit dem Gebot der Gerechtigkeit nicht vereinbar, für ungleiche Versicherungswagnisse aber auch für ungleiche Versicherungsbedürfnisse eine Einheitsversicherung zu schaffen und Einheitsleistungen festzusetzen, aber dabei gleichzeitig Beiträge nach einem schematisierten, vom individuellen Versicherungswagnis losgelösten Maßstab zu erheben. ... Auch die von den Vertretern der Einheitsversicherung geforderte Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auf selbstständige Landwirte wird von der Landwirtschaft nachdrücklich abgelehnt, weil ein allgemeines Bedürfnis für eine solche Maßnahme selbst bei den Inhabern kleiner landwirtschaftlicher Betriebe nicht besteht. Ein großer Teil des in Betracht kommenden Personenkreises ist bereits auf Grund einer Nebenerwerbstätigkeit zwangsversichert. Der Zwangsversicherungspflicht soll im übrigen aber auch nur derjenige unterliegen, der tatsächlich schutzbedürftig ist. ... Bei den Bestrebungen zur Schaffung einer allumfassenden Volksversorgung verbergen sich nur zu häufig politische Zielsetzungen hinter dem Schlagwort der „sozialen Sicherheit“.

In seinem Vortrag „Die deutsche Industrie zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung“ erklärte der Vorsitzende des Hauptverbandes der Betriebskrankenkassen, Direktor Dr. E. Hilbert (Oberhausen): „Die Versuche, über die gegliederte Sozialversicherung hinweg zur Einheitsversicherung und letztlich zur Staatsfürsorge vorzustößen, sind mit den echten Grenzen und Bedürfnissen eines wirksamen Schutzes, der vor allen Dingen dem, den es angeht, das Gefühl der Mitgestaltung und Mitverantwortung gibt, nicht zu vereinbaren. Große Organisationsgebilde schwächen das Gemeinschaftsgefühl. Sie sind, zum mindesten in der Krankenversicherung, bei Überschreiten einer optimalen Größe zu schwerfällig und anonym.“

... Daß man die betriebliche Gemeinschaft in der Krankenversicherung nicht entbehren kann und daß man den besonderen Bedürfnissen der im gewerblichen Leben stehenden Menschen gerecht werden muß, zeigt allein schon die Tatsache, daß selbst die Vertreter der Einheitsversicherung durch Einrichtung betrieblicher Sektionen und Zweigstellen Konzessionen zu machen bereit sind, die jedoch an dem Kern der Dinge vorbeigehen.“

Direktor Erich Stolt (Hamburg) vom Verband der Angestelltenkrankenkassen betonte: „Soweit die Forderung nach einer grundsätzlichen Reform auf die Frage Einheits- oder gegliederte Sozialversicherung, fortschrittliche oder klassische Sozialversicherung zugespielt ist, ist sie viel zu stark von politischen oder weltanschaulichen Gesichtspunkten her bestimmt, als daß die Erfahrungen der Praxis auf sie unmittelbaren Einfluß haben könnten. Von der Praxis her ... ist lediglich festzustellen, daß das Nebeneinander verschiedener Kassen die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nicht beeinflußt ... und es ist ferner festzustellen, daß die Einbeziehung weiterer Personengruppen in die Sozialversicherung ihre Leistungsfähigkeit keineswegs steigert.“

Es darf nicht übersehen werden, daß auch der Altmeister der sozialen Gesetzgebung, Staatssekretär a. D. Dr. A. Grieser, in seinem Aufsatz „Sozialversicherung oder Einheitsversicherung“ (Das Band, Juli 1953) eindringlich auf die schwerwiegenden Folgen einer Einheitsversicherung hinweist:

„Einheitsversicherung und klassische Sozialversicherung sind Formen des Sozialismus. Die klassische Sozialver-

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

Bundesrichter Dr. jur. H. Schraft vom Bundessozialgericht führt in seinem „Praktischen Wegweiser für die Sozialversicherung“ (München 1954) aus:

„Das juristische Wesen der Selbstverwaltung ist die Durchführung bestimmter Aufgaben — statt durch den Staat — durch besondere, eigens für die Durchführung solcher Aufgaben geschaffene Einrichtungen der Beteiligten selbst. Die sich von vornherein ergebende Vielzahl der deutschen Sozialversicherungsträger ist ein entscheidendes rechtliches Merkmal der deutschen Sozialversicherung wie in gewissem Sinne der Selbstverwaltung. Dies zunächst nur rechtliche Merkmal der Selbstverwaltung ist aber gleichzeitig für den ganzen sozialpolitischen Erfolg der Sozialversicherung bestimmend. Denn diese rechtliche Struktur ist dafür ausschlaggebend, daß der Versicherte in ein konkretes Verhältnis zu der seine Sozialversicherung durchführenden Stelle tritt, und daß er von ihr nicht verwaltet wird, sondern in jeder Hinsicht aktiv und passiv im Mittelpunkt der Sozialversicherung steht. Dieser Erfolg wird aber nur erreicht, wenn der Versicherte den Versicherungsträger auch maßgeblich mitverwaltet. Damit gestaltet er dann seine sozialpolitische Lage letzten Endes selbst. Dies ist nur in Versicherungsträgern möglich, die nach irgendwelchen Merkmalen aufgegliedert sind und deren individuelle Voraussetzungen zwingend eine Struktur bedingen, auf Grund deren die einzelnen Aufgaben und die zu betreuenden Versicherten mit ihren besonderen Nöten überschaubar sind und an die sie im gegebenen Falle auch als das einzelne Mitglied herantreten können. Diese auf der klaren rechtlichen Natur der Sozialversicherungsträger beruhenden, für den sozialpolitischen Erfolg im Einzelfalle wesentlichen Voraussetzungen wären bei dem allgemeinen Einheitsversicherungsträger nicht gegeben. Beim Einheitsversicherungsträger ist keine enge, lebensnahe, ja oft zwangsläufige Wechselwirkung zwischen den Beteiligten als echten Trägern der Einrichtung einerseits und den mit der Durchführung der Aufgabe betrauten Verantwortlichen andererseits möglich.“

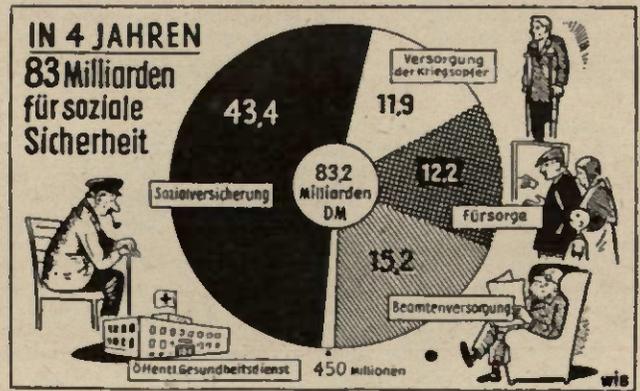
Wenn hier den Äußerungen nichtärztlicher Sachverständiger ein verhältnismäßig breiter Raum gegeben wurde, so geschah dies aus der Erwägung heraus, daß diese Ansichten anerkannter Fachleute zu einem in Kürze oder sogar schon wieder im Mittelpunkt stehenden Problem auch für die Ärzte von besonderer Bedeutung sind, dies um so mehr, als die dort niedergelegten Gründe ge-

gen eine Einheitsversicherung sich vielfach auch mit den Ansichten der weitaus überwiegenden Mehrheit der Ärzteschaft decken.

Prof. Dr. Weddigen vertritt in seiner „Sozialpolitik“ (Jena, 1933) die Anschauung: „Je mehr sich die Sozialversicherung am Versorgungsgrundsatz orientiert, desto stärker hängt ihre Produktivität vom Gemeinsinn der Versicherten ab. Je mehr sie sich dagegen am Versicherungsgrundsatz orientiert, desto unabhängiger ist ihre Produktivität von der Gemeinschaftsethik der Versicherten.“ Wenn eine Zwangssozialversicherung dem einzelnen und ihren Organisationen zuviel Zukunftsfürsorge, zuviel Notwendigkeit der Selbsthilfe und Selbstverantwortung abnimmt, so verkümmern die Fähigkeiten dieser Eigenhilfe wie alle nicht gebrauchten Organe. Zugleich schlägt das Sichverlassen auf die Leistungen der Sozialversicherung nur zu leicht auch um in das Bestreben, diese Einrichtung auf Kosten der übrigen Mitglieder auszunützen, mindert also jene Gemeinschaftsethik der Versicherten. Besonders augenfällig ist das bei der Kranken- und Unfallversicherung. Es gehört eine nicht unerhebliche verstandesmäßige und ethische Reife des Versicherten dazu, um zu erkennen, daß die Leistung der Versicherung in der Unschädlichmachung einer ihm drohenden Gefahr liegt und daß diese Gefahr in der bloßen Möglichkeit des Schadenseintritts besteht. Besonders derjenige Versicherte, der längere Zeit dem tatsächlichen Schadenseintritt entging, vergißt nur zu leicht, daß dieses Risiko, die Möglichkeit des Schadenseintritts also, für ihn auch dann bestand, wenn er rückblickend feststellen kann, daß der drohende Schadensfall ihn nicht wirklich getroffen hat. Daraus entsteht, wie Weddigen betont, das Bemühen des Versicherten, unter allen Umständen auch „etwas für seine Beiträge von der Versicherung zu haben“. Das untergräbt die Moral, es führt zu übertriebener Wichtignehmung auch der kleinsten Gesundheitsstörungen und verlängert selbst bei organischen Erkrankungen nachweisbar die durchschnittliche Heilungsdauer.

Bei der Besprechung der „Gemeinschaftsaufgaben der öffentlich-rechtlichen und der privat-rechtlichen Personenversicherung“ hat Staatssekretär z. D. Dr. Krohn (Heiligenkirchen) in der Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (1949) darauf hingewiesen, daß die moderne Sozialentwicklung dem Kampf um den Versicherungsgedanken eine sehr ernste Aufgabe stellt. „Es könnte fast scheinen, als ob die Versicherung, soweit es sich um die Personenversicherung handelt, überlebt wäre und abgelöst würde durch den weitergehenden Gedanken der Sicherung, nämlich der Sicherung eines Minimums an Existenzmöglichkeit durch irgendwelche allgemeine staatliche Maßnahmen . . . Die Gedanken gehen in überraschender Übereinstimmung in eine Richtung: Man fordert, daß jedem Staatsbürger durch Maßnahmen der Allgemeinheit ein Existenzminimum für den Fall garantiert werden soll, daß er sich aus eigener Kraft nicht mehr helfen kann. Dieser Gedanke der allgemeinen Sicherung wird vielfach, aber durchaus nicht immer mit der Versicherung verknüpft, indem die Mittel für die Existenzsicherung nach Art der Versicherungsbeiträge durch die Beteiligten, das sind im allgemeinen alle arbeitsfähigen Staatsbürger, zwangsweise aufgebracht werden . . . Jede Versicherung, auch die soziale, ist eigene Vorsorge gegen die Wechselfälle des Lebens. Sie ist Ausfluß des Willens zu eigener Verantwortung. Die allgemeine Sicherung, die der Staat in irgendeiner Form bietet, legt den Akzent auf die Hilfe der Allgemeinheit, schafft Staatsrentner, auch wenn sie die Sicherung in der Form einer scheinbaren das ganze Volk umfassenden Versicherung bietet. Sie ertötet die Selbstverantwortung, denn sie predigt ja, daß Selbstsicherung zwecklos sei, weil der einzelne dazu doch unvermögend sei, und zwar jeder. Darin liegen ungeheuerliche Gefahren für die Moral und die Geisteshaltung eines Volkes.“

Bei den jetzt wieder in den Vordergrund tretenden Plänen zur Schaffung eines Sozialstaates, offen zugegeben oder verschleiert, darf an den Vortrag von Prof. Dr. Ludwig Preller „Der Weg zum sozialen Staat“ im „Institut für Sozialpolitik und Arbeitsrecht“ in München (20. Oktober 1950) erinnert werden. Dort erklärte Preller, daß das Individual- und Sozialprinzip unter dem Postulat der



Gerechtigkeit stehe, und zwar der Gerechtigkeit zwischen den Individuen, die es in unserer Gesellschaft miteinander zu tun haben, und der Gerechtigkeit im Verhältnis dieser Individuen zu jener Gemeinschaft, die unser Gesellschaftsleben darstellt. Er meinte, daß der Inhalt des Staates der sozialen Gerechtigkeit sich erst noch formen muß, wenn dieses Wort auch im Bewußtsein der Menschen, der breiten Masse, praktisch schon eine große Rolle spielt. Preller wies darauf hin, daß bereits heute wieder die Schlagworte zu hören sind, die den älteren aus den Notjahren 1931 bis 1933 nur zu gut in Erinnerung sind: die Schlagworte vom „Wohlfahrtsstaat“ und von der „sozialen Last“. „In diesen Schlagworten sehen wir“, sagte Preller, „Dinge verunglimpft, die wir als Sozialpolitiker von vornherein als notwendig anerkennen.“ Die sozialen Leistungen und Einrichtungen sind weder eine Wohlfahrt, die aus mildtätiger Gesinnung freundlichst eben gegeben werden. Diese Leistungen sind aber selbstverständlich auch keine „Last“. — Prof. Dr. Dr. F. Lütge verwies in der Diskussion darauf, daß der Deutsche leider mit dem ausgesprochenen Hang zur Dogmatisierung begabt ist, d. h. mit dem Hang, aus dem wissenschaftlichen Handwerkszeug allzuleicht Glaubenssätze werden zu lassen, die dann bei der Austragung irgendwelcher Probleme sozialer oder wirtschaftlicher Art dazu verleiten, daß nicht mehr der Mensch als Gesamtsubjekt ins Auge gefaßt wird, sondern dazu führt, daß der Vertreter der einen Ideologie in dem Vertreter einer anderen nur den Widersacher sieht, so daß fast ein Glaubenssatz gegen den anderen steht. Damit ist gesagt, daß es gelingen kann, diese gegensätzlichen Glaubenssätze, die zu Dokumentstreitigkeiten werden, weitgehend in Zweckmäßigkeitfragen aufzulösen, wenn man sich von dieser Haltung löst. Lütge vertrat die Ansicht, daß wir, ob es nun der einzelne auf Grund seiner individuellen Interessensituation, auf Grund seiner Gruppeninteressensituation oder auf Grund seiner Weltanschauung wünscht oder nicht wünscht, vor der Tatsache stehen, daß der heutige Staat zu einem Sozial- und Wirtschaftsfaktor von einer Potenz und Aufgabenfülle geworden ist, wie vielleicht noch nie in der Geschichte. Lütge stellte als wesentliche Frage: Wie kann eine politische Lebensform gefunden werden, in der trotz des Ausmaßes an Aufgaben, das heute notwendig dem Staate zufällt, der Forderung nach Freiheit in genügendem Ausmaß Rechnung getragen wird und nicht der Staat zu einer Organisation totalitärer Machtzusammenballung wird. Eine volle Erfassung des Wortes: „sozial“ im Hinblick auf die Gestaltung des Staates erfordert auch die Berücksichtigung der Sorge, daß dabei nicht der Gedanke der Freiheit untergeht.

Auf eine Frage von Direktor Spies, ob der soziale Staat Teilstrecke oder Endstation sei, erklärte Preller, er glaube, der soziale Staat ist eine Teilstrecke auf dem Wege zur Änderung der sozialen Struktur.

Das Deutsche Industrieinstitut hat am 25. März 1955 darauf hingewiesen, daß der Bundeskanzler in seiner Regierungserklärung vom Oktober 1953 die soziale Reform zwar als dringliche Aufgabe bezeichnet habe, die Arbeit an diesem Werk aber nur sehr stockend weitergediehen ist. Die Bevölkerung werde einerseits vom Staat durch hohe Steuern am Aufbau von Vorsorge- und Hilfsmaßnahmen aus eigener Kraft und auf eigene Verantwortung behindert. Andererseits ist sie systematisch

daran gewöhnt worden, Hilfe stets beim Staat und damit letzten Endes beim Steuerzahler zu suchen. Eine wirklich wirksame und dauerhafte Sozialreform aber kann nur nach dem Grundsatz der Selbsthilfe und Selbstverantwortung gefunden werden. Man gewährt Entschädigungen für Kriegsfolgeschäden nur denjenigen, die die erlittenen Schäden nicht aus eigener Kraft wieder gutmachen können. Man bekennt sich zu dem Grundsatz, auf die Vergünstigungen der Sozialversicherung hätten nur die Schutzbedürftigen Anspruch. Aber unter der Hand hat man zugelassen, daß 80% der Bevölkerung als „schutzbedürftig“ erscheinen. Die restlichen 20% bemühen sich, von Ausnahmen abgesehen, ebenfalls als schutzbedürftig anerkannt zu werden, weil sie die Vorteile einer Verlagerung der Last von sich auf andere mitgenießen und weil sie sich vor der Belastung zugunsten „der anderen“ schützen wollen. Die Entwicklung einer solchen geistigen Haltung ist nicht nur geduldet, sondern auch gefördert worden. Man glaubte, sich durch das Versprechen von mehr sozialen Leistungen populär zu machen und scheint nunmehr das Eingeständnis zu scheuen, wohin es führt, wenn mehr Anrechte gegeben werden, als nachher eingelöst

werden können. Jedenfalls ist die Vermutung kaum noch von der Hand zu weisen, daß der eigentliche Grund für die Langsamkeit der Arbeiten an der Sozialreform darin besteht, daß man den Absprung vom bisherigen Weg nicht findet, obwohl man weiß, daß man auf ihm dem Wohlfahrtsstaat zutreibt.

Es ist hier mehrfach von dem Eintreten der Gewerkschaften und der deutschen Sozialdemokratie für eine Einheitsversicherung gesprochen worden. Hier sei nicht vergessen anzufügen, was Dr. Estenfeld (Krankenversicherung, Jg. 1949, Nr. 50, S. 261) zur Debatte über das Selbstverwaltungsgesetz sagt:

„Auch die Wiedenzulassung von Trägern der Krankenversicherung (§ 14) wurde gegen die Stimme der SPD zum Gesetz erhoben, obwohl der Abgeordnete Richter, was wir herausholen wollen, zuvor sagte: ‚Wir (nämlich die SPD) haben grundsätzlich nichts dagegen, wenn die in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Kassenarten weiter ihre Aufgaben durchführen.‘ Erstmals in der 70jährigen Geschichte der deutschen Sozialversicherung bekennt sich damit die SPD . . . zur gegliederten Krankenversicherung.“ (Fortsetzung folgt.)

## Erwiderung an Herrn Dr. Luft

Sehr geehrter Herr Kollege Luft!

Ihre Aufsätze über „Die ostoberfränkische Aktion“ haben mit der Frage, ob eine Herabsetzung der sogenannten Verhältniszahl „Arzt : Versicherte“ (Vz.) vertretbar sei, ein heißes Eisen angerührt. Es ist zuweilen löblich und heilsam, wenn jemand den Mut hat, an ein solches heißes Eisen zu rühren. Manchmal aber setzt eine solche Aktion nur unnötige Traumen; Traumen, die hier, wie mir scheint, den ganzen Stand betreffen und gerade jetzt besser vermieden worden wären.

Das Problem, das Sie mit den Konturen quasi eines Schreckgespenstes an die Wand der berufsständischen Öffentlichkeit malen, hat, vom oberbayerischen Raum her gesehen, doch wesentlich andere Umrisse.

Die oberbayerische Ärzteschaft hat eine Senkung der Vz. im geplanten Umfang wahrhaftig nicht zu befürchten. Hierzulande wird sich nämlich durch sie gar nichts ändern, denn die Ist-Vz. liegt bei uns schon längst weit jenseits der von Ihnen so gefürchteten von 1:450, etwa bei 1:400 oder noch darunter.

Die oberbayerischen Ärzte machen also die „Katastrophe“, die Sie da heraufdämmern sehen, seit Jahren durch! Sie sind noch mittendrin — und sind nicht dabei zugrunde gegangen!

Erlauben Sie vorweg eine begriffliche Berichtigung:

Sie schreiben von „freiärztlicher Ärzteschaft“, meinen aber doch offenbar „Kassenärzte“. Wenn man von „Not der Ärzteschaft“ spricht, so muß man gerechterweise auch die Not der nichtzugelassenen Kollegen einbeziehen. Diese aber kann durch eine Senkung der Vz. nur gelindert werden. Meint man aber nur die — vorhandene oder befürchtete — Not von Kassenärzten, wobei man von der Not anderer Gruppen abstrahieren will, so müßte das um der Präzision willen auch gesagt werden. Es wäre in diesem Zusammenhang interessant, zu erfahren, was z. B. Ihre nichtzugelassenen Kollegen in Oberfranken, insbesondere die niedergelassenen, von Ihrer Interpretation der „Not der Ärzteschaft“ halten.

Was soll zu Ihren Ausführungen — um nur einige Beispiele zu bringen — etwa ein Kollege sagen, der, spät heimgekehrt aus Gefangenschaft und kriegsbeschädigt, jahrelang um Gotteslohn oder unterbezahlt an Krankenhäusern sein Leben fristen mußte, ohne eine Niederlassungschance zu finden; was ein Kollege, der sich, schon am Ende des vierten Lebensjahrzehnts und des ersten Berufsjahrzehnts stehend, ein halbes Dutzend Mal oder öfter vergeblich um Zulassung beworben hat und auf eine Familiengründung verzichten mußte, bis sich doch endlich eine Chance bot; was ein Kollege, der, von der Not gezwungen, mehr nolens als volens, sich in das Abenteuer einer Niederlassung ohne Zulassung und die dazugehöri-

gen hohen Schulden stürzt, der im Übernahmequartal die Ehre hat, die Kassenpatienten seines Vorgängers gratis zu Ende zu behandeln und danach ein volles weiteres Jahr ohne Kassen sehen muß, wo er bleibt, dabei aber noch Schuldzinsen und Tilgungsraten in beachtlicher Höhe aufbringen muß — und das alles von sage und schreibe null Kassenscheinen (allenfalls ein bis zwei Dutzend Fürsorge- und KB-Scheinen neben den paar Privaten) — und der dabei nicht zugrunde gegangen ist?!

Solche Kollegen können nicht begreifen, daß Kassenärzte, die z. T. schon jahrelang bestens in ihrem Praxisbereich eingeführt sind, nun auf einmal angesichts einer doch recht bescheidenen Herabsetzung der Vz. von Panik erfaßt werden. Hier kann etwas nicht stimmen.

Auch wenn man zugesteht, daß der Ausgleichsfaktor „Privatpraxis und Familienangehörige der Versicherten“ in manchen Bereichen etwas dürftiger ausfallen mag als andernorts — bei einer Vz. von 1:450 oder bei einer durchschnittlichen Scheinzahl von 250 bis 300, und das ist hierzulande an vielen Orten guter Durchschnitt (!), ist die Existenzbasis durchweg gesichert. Die von Ihnen durchgerechneten Zahlenbeispiele sind konstruiert und auf recht extreme Unterschiede abgestellt, die in praxi doch selten vorkommen dürften.

Natürlich ließe sich erwägen, ob nicht die Vz. überhaupt auf die Gesamteinwohnerzahl, oder doch auf Versicherte plus Angehörige, etwa „ein Kassenarzt auf 2000 bis 3000 Einwohner oder auf soundsoviel Versicherte plus Familienmitglieder“ umgestellt werden könnte. Mit Sicherheit würde hier aber wohl ein Veto der Kassen zu erwarten sein, mit Sicherheit aber erst recht Protest und Jammer in jenen Bereichen, in denen die mehr einbringende Privatpraxis dünner gesät ist, wenn man den ersten Fall ins Auge faßt. Man mag den Begriff „Vz.“ fassen, wie man will, man wird nicht allen Beteiligten gerecht werden können. Das Problem ist eben von dieser Seite her überhaupt nicht zu lösen. Es ist auch gar nicht nötig, es von hier aus anzugehen, denn es wird bei einer Vz.-Senkung im vorgesehenen Umfang nicht nur kein Chaos entstehen, vielmehr bestehendes „Chaos“, nämlich unsinnig lange Wartezeit auf die Zulassung, die schwere soziale Härten darstellt, wird gemildert werden.

Man sollte nicht soviel mehr von Not reden, wo es in Wahrheit doch um die Durchsetzung eines unseres Standes würdigen Lebensstandards geht. Diesen Lebensstandard, und zwar möglichst für alle Kollegen, zu sichern, sollte man lieber in geschlossener Front unsere Standesvertreter in ihrem mühsamen Tauziehen um Erhöhung des Kopfpauschales oder besser noch um ein angemessenes Leistungshonorar unterstützen, anstatt durch eine panikartige Protestaktion in letzter Stunde unsere Reihen in dieser Frage erneut zu spalten und die zustän-

digen Parlamentarier in den gesetzvorbereitenden Ausschüssen zu verwirren. Bei einem gerechten Leistungshonorar, das Sie ja auch bejahen, hätten wir auch eine viel stärker reduzierte Vz. oder sogar ihre völlige Aufhebung nicht zu scheuen.

Über die Notwendigkeit, gerechte Bezahlung, angemessene Altersversorgung und Drosselung des Nachwuchses zu erstreben, sind sich wohl alle Kollegen in großen Zügen einig. Aber die Reihenfolge, die Sie vorschlagen: zuerst Erreichen all dieser Ziele und dann erst über die Vz. reden, ist realpolitisch ungangbar. Denn dann könnte eine ganze Generation von Ärzten alt und grau werden, ehe sich in ihren Aussichten auf Zulassung etwas zum Besseren ändert.

Was Sie über ungerechtfertigte Forderungen Versicherter sagen, ist an sich sehr beherzigenswert, darf aber mit der Frage der Vz. keinesfalls verquickt werden. Wir Ärzte sollten doch endlich einmal aufhören, uns in aller Öffentlichkeit als so korrumpierbar und demoralisiert hinzustellen, wie die überwiegende Mehrzahl von uns gewiß nicht ist. Der Arzt, der nicht den Mut hat, einem Patienten gegenüber einmal ein berechtigtes „Nein!“ auszusprechen oder ihm bei einer unverschämten Zumutung die Tür zu weisen, selbst wenn es sein letzter Kassenpatient wäre, der hätte nicht Arzt, sondern Krämer werden sollen! Das Wort „Konkurrenzkampf“, mit Bezug auf Kollegen gemeint, dürfte überhaupt nicht von den Lippen eines Arztes kommen! Wenn aber der Arzt eine solche Einstellung und solchen Mut hat, so wird er bei der Mehrzahl der Gott sei Dank noch anständigen Patienten an Ansehen nur gewinnen. (Ich spreche hier aus eigenster Erfahrung!)

Es wäre sehr traurig um uns bestellt, wenn das berufliche Pflicht- und Anstandsgefühl (um das vielstrapazierte Schlagwort „Berufsethos“ zu vermeiden!) in unseren Reihen schon so selten geworden wäre, daß sein Mangel nur noch durch eine garantierte Mindestscheinzahl, sprich Pfründe!, kompensiert werden könnte!

Wenn wir in unseren Reihen nur einigermaßen auf Anstand halten, und das können wir, so steht uns durchaus kein chaotischer Kampf aller gegen alle bevor, höchstens ein gesunder Wettstreit des Könnens, auch in bezug auf psychologisch richtige Behandlung und einiger begründenswerter Höflichkeit (die wir dann auch um so mehr von unseren Patienten verlangen können). Die Zeit des chronisch überarbeiteten und darum autokratisch groben Landdoktors ist nun einmal vorbei, mag es manchen Kollegen auch hart ankommen, wenn er sich die sog. Bagatellfälle soichermaßen nicht mehr vom Leibe halten kann.

Man frage sich doch einmal, warum die Kassen sich so sehr gegen die Senkung der Vz. stemmen. Sie rechnen so (und ihrer merkantilen Struktur nach können sie kaum anders): Lange Wartezeiten in der Sprechstunde, kurze, womöglich hastige Beratungen, seltene Besuche, erzwungen durch einen großen Praxisumfang, halten am ehesten Bagatellfälle fern und zwingen den Versicherten, sich mit einem gewissen Mindestaufwand an ärztlicher Arbeit zufriedenzugeben. Der vielbeschäftigte Kassenarzt wird nicht so viel Einzelleistungen, Beratungen und Besuche verrichten pro Kassenpatient, wird manche Leistungen wohl gar zu verrechnen vergessen, wird nur die nötigsten Rezepte schreiben (zumal er diese ja jedesmal mit einer ganzen Litanei von Personaldaten versehen muß) und wird pro Fall weniger Kilometer verfahren; er wird, mit einem Wort, weniger individuell behandeln, weil er gar nicht anders kann, im Vergleich zu einem Kollegen, dem zu gründlicherer Arbeit Zeit bleibt. Damit wird zugegebenermaßen die Behandlung im Moment wenigstens scheinbar billiger. Daß diese Kalkulation aber, abgesehen von den Rentennotwendigkeiten, die sich auch in der überfülltesten Sprechstunde auf Kosten ernstlich Kranker breitmachen, auf lange Sicht betrachtet eine Fehlrechnung darstellt, die teuer zu stehen kommt, davon sind die Kassen bis heute leider nicht zu überzeugen. Ich möchte hier nur auf den großen, zur Zeit leider noch sehr umstrittenen Problemkomplex „Präventivmedizin“ verweisen, der eng mit diesen Dingen verknüpft ist. Wenn wir uns darauf versteifen, um die Fülle oder sogar Überfülle in unseren Wartezimmern besorgt zu sein, wird uns dieses wichtige

Aufgabengebiet so gewiß entgleiten, wie sich von anderer Seite bedenkliche Tendenzen zeigen, es an sich zu ziehen; denn bei überfüllter Sprechstunde vermögen wir an Subtilität der Gesundheitsvorsorge kaum mehr oder nicht einmal so viel zu leisten wie eine beliebige Beratungsstelle oder ein Ambulatorium. (Die Beratung Lungenkranker und die Mütterberatung sind uns schon verlorengegangen, und zwar zu Zeiten, da die Wartezimmer noch wesentlich voller waren als heute, als die Ärzte womöglich noch froh waren über eine vermeintliche Entlastung. Heute wäre mancher Arzt froh, wenn er sein Wartezimmer mit Beratungspatienten dieser Art wieder füllen könnte, besonders wenn er ohne Zulassung ist. Die Beratung wäre dann auch persönlicher und weniger schematisch.)

So mancher Bagatellfall, der in einer „Massenkassenpraxis“ zwangsläufig übersehen oder übergangen werden muß, weil der Arzt ja auch nur ein Mensch ist, entpuppt sich später als das Vor- oder Frühstadium eines schweren chronischen Leidens. Man denke nur an präkanzeröse oder früh tuberkulöse Zustände und dergleichen mehr!

Hierzu kommt noch ein schwerwiegender Faktor: die Verlängerung der Lebensdauer, die bei Anwendung medizinischer Fortschritte heute zu erzielen möglich und daher anzustreben ärztliche Pflicht ist, geht zumeist einher mit einer ebensolchen Verlängerung der Behandlungszeit, also Vermehrung der Kosten. Rein rechnerisch wirkt sich das unter dem Aspekt der Kassenwirtschaftlichkeit natürlich als Belastung, also negativ aus und damit diametral entgegengesetzt zu dem Standpunkt, zu dem wir nun einmal seit Hippokrates verpflichtet sind.

Natürlich wird keine Kasse diesen Umstand als Minderung der Wirtschaftlichkeit ansprechen, aber ihrer Natur nach kann sie nicht anders als wirtschaftlich denken, und es ist verständlich, wenn auch für uns nicht annehmlich, wenn sie nach Gründen sucht, die sie für die Kostensteigerung verantwortlich machen kann und als punctum minoris resistentiae die Kassenärzte, ihre Verordnungsweise und ihre Anzahl findet. Ein Arzt aber sollte sich diesen Standpunkt der Gegenseite nicht zu eigen machen, zumal er sachlich in weitem Umfang nicht zutrifft, uns taktisch nur schadet und dem Wohl unserer Patienten, das wir doch in erster Linie vertreten sollten, zuwiderläuft.

Wenn ein Arzt bei einer vierstündigen Sprechstunde täglich im Durchschnitt 30 Patienten behandelt, so kommen auf den einzelnen acht Minuten. Rechnet man für (unbezahlte!) Schreibarbeiten im Interesse der Versicherten, der Kassen u. a. Stellen und für sonstigen Aufenthalt pro Patient 3—4 Minuten ab, und das ist wenig, so bleiben für Untersuchung und Behandlung pro Patient im Durchschnitt 4—5 Minuten. Niemand wird behaupten wollen, daß ein solcher Durchschnitt ohne Schaden wesentlich unterschritten werden dürfte, wenn überhaupt noch sinnvolle ärztliche Arbeit geleistet werden soll. 30 Patienten pro Tag bedeuten aber etwa eine Scheinzahl von 300 bis 400 pro Quartal, bei durchschnittlicher Morbidität und damit etwa die durchschnittliche Beanspruchung eines prakt. Arztes bei einer Vz. von 1:400 bis 1:450, großzügig geschätzt. Eine exakte statistische Untersuchung würde vielleicht noch eine niedrigere Soll-Vz. ergeben!

Bei solcher Inanspruchnahme (analoge Untersuchungen würden etwa 10 Besuche pro Tag ergeben, womit der Tag eines solchen Arztes hinreichend ausgefüllt ist) sollte ein Kassenarzt wohl leben können, selbst wenn er Familie hat! Er wird dabei seiner beruflichen Stellung angemessen leben können, sobald er nach Leistungen honoriert wird und (ein weiterer Gesichtspunkt!) vom Finanzamt nicht so besteuert wird, als ob er Semmeln verkaufte! — Muß er wesentlich mehr arbeiten, so sinkt zwangsläufig die Qualität seiner Leistung, bei dem einen eher, bei dem anderen später. Von dieser Seite her sollte man Überlegungen zur Vz. anstellen und von keiner anderen! Man wird, wie das Exempel zeigt, zu anderen Schlüssen kommen! Auf keinen Fall aber sollte man sich den, wenn schon nicht unaufrichtigen, so doch optisch falschen Standpunkt der Kassenseite als Arzt zu eigen machen, eine Überzahl an Kassenärzten ziehe eine Zunahme an („falscher“) Morbidität nach sich. Im Zeitalter des Schreis nach Präventivmedizin — eine politische Partei

postuliert sogar programmatisch das „Recht“ jedes Staatsbürgers auf Gesundheit! — hat eine solche Schlußfolgerung keine Berechtigung.

An der heute tatsächlich bestehenden Morbidität, auch wenn man von den sogenannten Bagatellfällen absieht, die sehr oft keine sind, und an den Forderungen gemessen, die sich aus diagnostischen und therapeutischen Fortschritten ergeben, ist es noch gar nicht ausgemacht, ob ein Ärzteüberhang im behaupteten Umfang überhaupt besteht oder ob vielmehr Angebot und Nachfrage nach ärztlicher Leistung unter den bestehenden organisatorischen und materiellen Verhältnissen großenteils einfach nicht zueinanderfinden. Man denke an die insuffiziente Stellenbesetzung auch heute noch in so manchen Krankenhäusern; man denke an so manche immer noch bestehende Mammutpraxis, in der der Arzt sich frühzeitig aufarbeitet und die Patienten quasi am Laufband bearbeitet werden. — Aber selbst wenn man einen Ärzteüberschuß annimmt, der einen Nachwuchsstopp gebieterisch verlangen würde, so bleibt die Frage, welcher Numerus clausus gerechter und demokratischer sei: ein kategorischer vor dem Beginn der beruflichen Laufbahn, also dem Studium, den Sie ja auch verlangen, oder einer vor deren Ziel, der ca. 85% die Existenzbasis versperrt, nämlich die Kassenpraxis. Denn die Zulassungsbeschränkung ist ja nichts anderes als ein Numerus clausus, der glücklich 15% Existenzmöglichkeit für den sich niederlassenden Arzt übrigläßt.

Ihr Vergleich dieses Numerus clausus mit der Beschränkung der Arbeitsplätze für Lehrlinge oder Fabrikarbeiter geht am Problem vorbei. Ein Lehrling oder ein ungelerner Arbeiter findet leicht in einem anderen Betriebszweig einen Platz, wenn er im zunächst erstrebten nicht unterkommt, und selbst der gelernte Arbeiter kann notfalls eine Zeitlang stempeln gehen und steht sich nicht allzu schlecht dabei. Unser Beruf aber hat nicht nur enorme Kosten für eine hochqualifizierte Ausbildung gebracht, die sich praktisch nicht amortisieren lassen, er ist auch — immer noch! — ein freier Beruf mit einem von Anfang an in Kauf genommenen Risiko, das nicht aufhört, sobald man die Kassen glücklich hat. Es wäre unfair, dieses Berufsrisiko nur jenen aufzubürden, die noch nicht das Glück hatten, ihre „Pfründe“, und mag sie noch so bescheiden sein, zu finden.

Was soll der Hilferuf nach dem Vater Staat, den Sie vernehmen lassen? Der Staat ist machtlos, wenn wir uns nicht selber helfen. Selber helfen können wir uns aber nur, wenn wir einig sind. Jenes Organ des Staates, das uns einzig wirksam beistehen kann, nämlich der Gesetzgeber, wird aber durch unsere Uneinigkeit nur unsicher in seiner Konzeption und um so eher geneigt, der Gegenseite Gehör zu schenken. Wenn der Staat sich so, wie Sie es offenbar wünschen, unserer Nachwuchssorgen annehmen soll, so begeben wir uns in die Gefahr, weitere große Teile unserer ohnehin schon stark beschnittenen

Unabhängigkeit zu verlieren. Wir verlieren außerdem den Rest unseres gleichfalls schon stark beschädigten Standesehens, wenn wir, wie Sie es tun, vor Bundestagsabgeordneten erklären: „Da der Verdienst nicht reicht, eine kleinere Anzahl Patienten mit Sorgfalt zu behandeln, muß es die Masse bringen!“ Ich unterstelle, daß es nicht Ihr persönliches Streben ist, eine solche Masse um des größeren Verdienstes willen, zwangsläufig natürlich ohne jene Sorgfalt, zu behandeln. In einem Aufsatz aber, der gegen eine Vermehrung von Kassenarztstellen auch nur bis zur Vz. 1:500 eintritt, gewinnt ein solcher Satz, mag er gemeint sein, wie er will, einen unserem Ansehen höchst gefährlichen Sinn! — Sie beklagen in diesem Zusammenhang die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen zu Lasten der Krankenkassen. Man könnte sich hier auf den Standpunkt stellen: solange die Kassen nicht mehr Teilnahme für unsere finanzielle Lage zeigen, brauchen wir uns um die ihrige auch nicht mehr zu kümmern, als wir durch Regelbetrag und Fachgruppendurchschnitte usw. ohnedies gezwungen sind. Aber ich will dies nicht tun, denn es gibt ein viel gewichtigeres Argument: den Satz „Das Bessere ist des Guten Feind“ und das ärztliche Gewissen! Welcher Arzt möchte es vor seinem Gewissen verantworten, eine Radiusfraktur oder einen Scharlach, um bei Ihren Beispielen zu bleiben, zu Hause zu behandeln, wo er die Fraktur nicht unter Röntgenkontrolle gipsen, den Scharlach womöglich wegen des Regelbetrags nicht mit Penicillin behandeln und nicht ausreichend isolieren kann. Allein die Tatsache, daß es bessere diagnostische und therapeutische, und zwar klinische bzw. fachärztliche Möglichkeiten gibt, zwingt uns, unseren Ehrgeiz hintanzusteuern zum Besten unserer Patienten, sobald es eben die Schwere des Falles erfordert, so sehr die Kassen auch über gestiegene Pflege- und Fahrtkosten klagen mögen. Gewissenhaftes ärztliches Ermessen geht eben vor Wirtschaftlichkeit, wobei in vielen Fällen die Wirtschaftlichkeit bei der zunächst kostspieligeren Behandlung doch noch auf ihre (niedrigeren Un-) Kosten kommt.

Zusammenfassend glaube ich sagen zu dürfen: eine Senkung der Soll-Vz. bringt nicht nur keine Vermehrung bestehender Ärztenot, sie mindert vielmehr unmittelbar die Not unserer nichtzugelassenen Kollegen dort, wo tatsächlich noch keine Überbesetzung vorliegt, Sie öffnet ferner die Tür für Behebung tatsächlicher kassenärztlicher Notstände, indem sie, im Bundesmaßstab durchgeführt, überhaupt erst eine übergebieliche Planung und übergebielichen Ausgleich zuläßt und so wirklich überbesetzte Notstandsgebiete entlastet. Zunehmen wird die Kassenarztdichte ja nur dort, wo sie jetzt noch wesentlich dünner ist, als der Vz. 1:450 entspricht, wo also von einem Notstand infolge Überbesetzung, auch unter Einkalkulierung etwaiger geringer Verschiebungen im Verhältnis Versicherte: Familienangehörige oder im Verhältnis Versicherte: Nichtversicherte, heute noch am allerwenigsten gesprochen werden kann.

Dr. Wolfgang Rupprecht, Endorf/Obb.

## Über die Häufigkeit der bovinen extrapulmonalen Infektionen bei Kindern in Bayern\*)

Von H. Braun und G. Lebek

Das Referat des Vortrages ist von G. Lebek verfaßt.

Der Aufforderung der Schriftleitung, ein Referat über den am 15. 3. 1955 in der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns gehaltenen Vortrag von Prof. Dr. H. Braun, Direktor des Hygienischen Institutes der Universität und der Deutschen Forschungsanstalt für Tuberkulose, „Ludolph Brauer-Institut“, München, „Über die Häufigkeit der bovinen extrapulmonalen Infektionen bei Kindern in Bayern“ zur Verfügung zu stellen, entsprechen wir hiermit sehr gern. Das Thema dieses Vortrages behandelt ein Problem der präventiven Medizin, dessen Lösung vorrangig ist und der Mithilfe aller praktischen Ärzte, Fachärzte und Kliniker bedarf.

Die Bekämpfung der bovinen Infektion beim Menschen steht in direktem Zusammenhang mit der Bekämpfung

der Rindertuberkulose. Aus diesem Grunde sei kurz auf die tuberkulösen Erkrankungen der Rinder eingegangen.

Der Typus bovinus der Tuberkelbakterien ist außer für Rinder auch für folgende Nutztierarten pathogen: Schweine, Schafe und Ziegen.

Beim Rind können alle parenchymatösen Organe, die serösen Häute, das lymphatische System, der Darmtraktus, der Uterus, das Euter, Knochen, Muskulatur, Gehirn und Rückenmark befallen sein.

\*) Nach einem am 15. März 1955 in der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns gehaltenen Vortrage (H. Braun). Dieser Vortrag erscheint im Juni-Heft der „Medizinischen Monatsschrift“.



ELECTRICITÄTS-GESELLSCHAFT

**SANITAS** • MBH

BERLIN N 65 (WEST) TURINER STR.

RONTGEN

ELEKTRO-  
MEDIZIN

TECHNISCHE BÜROS

MÜNCHEN  
Schwanthaler Straße 36  
Telefon 591157

NÜRNBERG  
Adlerstraße 8  
Telefon 26160

Alle Formen  
**Pertussis**

Bronchitis

**Mona-  
pax**

(Name geschützt)

Ohne Codein und Antibiotica  
Prompt wirksam, gut verträglich



Muster und Literatur bereitwillig durch

APOTHEKER MÜLLER GMBH  
ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Aus der Münchener Medizinischen Wochenschrift 36/1954.

„Eigene Untersuchungen über die übliche Schwangerenlast zeigen, daß die überwiegende Mehrzahl der Frauen ein zum Teil hohes Defizit an Ca, P und Fe aufweist und daß nur 40% der Frauen das Eiweißoptimum erreichen.“

In derartigen Fällen sollte durch die Verwendung eines geeigneten Ergänzungspräparates der dringend notwendige Ausgleich geschaffen werden.  
Eine sinnvoll zusammengesetzte Ernährung der Schwangeren nützt nicht nur ihrer eigenen Gesundheit, sondern kommt in ausgedehntem Maße dem Kinde zugute.“

(Prof. Hilber und Dr. Mentz  
Kinderkrankenhaus München-Schwabing)

**Für die werdende Mutter  
Ein neues Alete-Produkt**

**Aletavit**  
Ergänzungs- und Aufbau-  
Präparat



Es ist eine Kombination von Vitaminen und Mineralstoffen, eingebaut in den biologischen Rahmen der Milch. Mit Aletavit führt sich die werdende Mutter alle in erhöhtem Maße benötigten Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente bequem in einem einzigen Produkt zu.

Aletavit verhütet Mangelzustände bei Mutter und Kind. Deshalb pränatale Prophylaxe mit ALETAVIT.



Ich bitte um kostenlose Zusendung von Ärztemustern und Druckschriften über „ALETAVIT“

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Neu!**

Oxytetracyclin

Chlortetracyclin

# Hostacyclin

**Tetracyclin »HOECHST«**

## Die Kernsubstanz der Breitspektrumantibiotica

Hostacyclin zeichnet sich durch eine hervorragende Verträglichkeit und große Stabilität aus. Nach araler Gabe bewirkt es bei breitestem antibiotischem Spektrum hohe Konzentrationen in Blut und Liquor, so daß eine bisher unerreichte therapeutische Sicherheit gewährleistet ist.

### Handelsformen:

#### Zur intramuskulären Injektion

Flasche mit 100 mg . . . . . DM 5.80 a.U.  
(mit Lösungsmittelampulle)

Anstaltspackung mit 25 Flaschen  
(mit Lösungsmittelampullen)

#### Zur intravenösen Injektion

Flasche mit 250 mg . . . . . DM 11.05 a.U.  
Flasche mit 500 mg . . . . . DM 18.15 a.U.

#### Kapseln mit je 250 mg

Packung mit 8 Stück . . . . . DM 17.50 a.U.

Packung mit 16 Stück . . . . . DM 30.70 a.U.

Anstaltspackungen mit 100 und 500 Kapseln

#### Kapseln mit je 50 mg

Packung mit 25 Stück . . . . . DM 12.65 a.U.

Anstaltspackung mit 100 Kapseln

#### Dragees zu 250 mg

Packung mit 8 Stück . . . . . DM 17.50 a.U.

Packung mit 16 Stück . . . . . DM 30.70 a.U.

Anstaltspackung mit 100 Stück

Ph 4541



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

Der Schaden, der durch die Rindertuberkulose entsteht, ist für die Landwirtschaft ein großer: Lebensabkürzung der Tiere, entstandene Sterilität der Kühe und Verminderung aller Nutzleistungen der kranken Tiere (geringe Milchproduktion, mageres Fleisch und geringe physische Leistungsfähigkeit). Die Gefährdung der menschlichen Gesundheit durch tuberkulöse Rinder ist vom ärztlichen Standpunkt natürlich der wichtigste Schaden.

Die Infektion des Menschen mit bovinen Tuberkelbakterien vom tuberkulösen Rind kann durch Schmutz- und Schmierinfektion, durch Einatmen von Hustentröpfchen und von zu Staub vertrockneten Ausscheidungen, durch Genuß infizierten Fleisches, durch das Trinken tuberkelbakterienhaltiger Kuhmilch und durch den Genuß tuberkelbakterienhaltiger Milchprodukte erfolgen.

Eine der wichtigsten Infektionsquellen boviner Tuberkelbakterien stellt die Rohmilch tuberkulöser Tiere dar. In ihr können pro ccm 100 000 bis 1 Million der Erreger enthalten sein. Wichtig ist, daß Tuberkelbakterien nicht nur durch die Milch eutertuberkulöser, sondern auch eutergesunder Tiere mit Organtuberkulosen ausgeschieden werden können. Daraus erhellt die Gefahr für die menschliche Gesundheit, welche die Gepflogenheit des Rohmilchgenusses mit sich bringt.

Die im Münchener Hygienischen Institut durchgeführten Untersuchungen der nach München gelieferten Rohmilch auf die Anwesenheit von lebenden Tuberkelbakterien erbrachten Ergebnisse, die Beachtung verdienen. 203 Milchproben wurden untersucht. In der Versuchsreihe mit der optimalsten Untersuchungstechnik wurden in 29% der Proben Tuberkelbakterien des Typus bovinus festgestellt. Dies ist eine Mindestzahl, denn die Untersuchungsmethoden auf Tb-Bakterien der Milch sind nicht so zuverlässig, daß jedesmal der Nachweis gelingt.

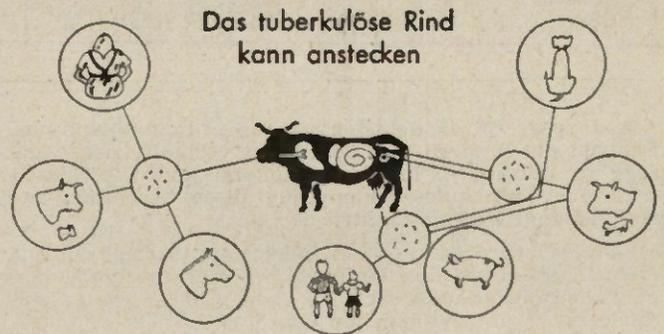
Da manchen Autoren der Nachweis lebender Tuberkelbakterien in pasteurisierter Milch, in Kurzzeit-erhitzter Milch und selbst in Markenmilch gelungen ist, ist vor dem Genuß ungekochter pasteurisierter Milch zu warnen, so lange die Rindertuberkulose nicht ausgerottet ist. Menschliche Unzulänglichkeiten und Mängel an den Erhitzungsapparaturen tragen wohl für das Mißlingen der Abtötung der Tb-Bakterien in der Milch beim Pasteurisieren die Hauptschuld.

Die Lebensfähigkeit von Tb-Bakterien in verschiedenen Milchprodukten kann nach Opitz 11—305 Tage betragen. Nach Fortner konnten noch nach 3 Wochen in Butter und nach 14 Tagen in Quark lebende Tuberkelbakterien nachgewiesen werden. Im Emmentaler Hartkäse beträgt die Lebensfähigkeit der Tb-Bakterien nach Kästli etwa 20 Tage, während die Konsumreife nach etwa 110 Tagen erreicht ist. Zu dieser Zeit enthält nach Kästli der Emmentaler Käse keine lebenden Tuberkelbakterien. Anders ist es beim Tilsiter und Camembert-Käse. Die Lebensfähigkeit in Tilsiter Käse beträgt etwa 240 Tage, während die Konsumreife bereits nach etwa 50 Tagen eintritt. Beim Camembert-Käse ist die Konsumreife schon nach etwa

30 Tagen erreicht, während selbst nach 60 Tagen die Tb-Bakterien nicht abgetötet sind.

Auch durch den Genuß von rohem oder ungenügend erhitztem Fleisch von Tieren, die an tuberkulöser Allgemeininfektion oder an chronischer lokalisierter Organtuberkulose erkrankt sind, können bovine Tb-Bakterien auf den Menschen übertragen werden. Aus diesem Grunde fordert Meyn eine Änderung der jetzt gültigen Ausführungsbestimmungen zum Fleischbeschaugesetz vom Jahre 1940.

Folgendes Bild orientiert über die wichtigsten Ansteckungsmöglichkeiten für den Menschen, die vom tuberkulösen Tier ausgehen. Es stammt von Gaggermeier.



Absolute Zahlen über die Häufigkeit der Rindertuberkulose sind nicht bekannt. Schlachthofstatistiken ermöglichen einen Einblick in diese Verhältnisse.

Der Prozentsatz tuberkulöser Kühe betrug nach der Fleischbeschaustatistik in Bayern im Jahre 1946 48,7%; im Jahre 1947 47,4%; im Jahre 1948 47,2%; im Jahre 1949 53,8%; im Jahre 1953 32,8% (unter 28 196 geschlachteten Kühen). Diese Zahlen sprechen für sich.

Einen zweiten Anhaltspunkt für die Häufigkeit der Rindertuberkulose gibt uns die Zahl der positiven Tuberkulinreaktionen bei diesen Tieren.

Die Tuberkulinreaktion wird durch intracutane Injektion von 0,1 ccm unverdünnten Tuberkulins in eine Hautfalte an der Schulter angestellt. Nach 3—4 Tagen, manchmal erst am 5.—6. Tage wird im positiven Falle die Reaktion in Form sichtbarer Schwellungen und in einer mit einem Cutimeter genannten Instrument meßbaren Dickenzunahme der injizierten Hautfalte festgestellt. Dickenzunahme von über 4 mm gilt als stark, von 2—4 mm als schwach positiv, von 1,5—2 mm als zweifelhaft und unter 1,5 mm als negativ. Im Zweifelsfalle wird die Reaktion wiederholt.

Folgende Tabelle führt die Prozentzahlen tuberkulinpositiver Rinder in Deutschland, England, Dänemark, Finnland, Holland und USA bis zum 1. Weltkrieg, zwischen den beiden Weltkriegen und von 1945—1950 auf. Diese Tabelle ist von Prof. K a t h e zusammengestellt.

# Regenit

PHYTOTHERAPEUTICUM

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

QP Flasche  
mit ca 20g

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

Tabelle 2

Verseuchung der Rinderbestände mit Tuberkulose in den verschiedenen Ländern. Tuberkulinpositiver Anteil der geprüften Bestände in % (Zusammenstellung nach K a t b e).

	Bis zum 1. Weltkrieg	zwischen beiden Kriegen	1945—1950
Deutschland	etwa 50% (1904)	etwa 38% (1937)	mind. 30% (1948)
Baden	etwa 40% (1901)		mind. 28% (1947)
Thüringen	etwa 35% (1905)		mind. 42,6% (1947)
Württemberg		etwa 25% (1927)	mind. 66% (1948)
England	etwa 20—30%	etwa 50% (etwa 1930)	40—50% (1948)
Dänemark	etwa 40% (1910)	etwa 4% (1930)	3% (1947)
Finnland		10%	4,4% (1947)
Holland		36% (1919)	2,2% (1947)
USA	etwa 20—30% (1911)	etwa 1,5% (1935)	0,5%

von 25 237 532 geprüften Tieren

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß in Deutschland und England die Rindertuberkulose recht verbreitet ist, während in Dänemark, Finnland, Holland und USA durch wirksame Tuberkulosebekämpfung diese beachtlich zurückgedrängt werden konnte.

Seit 1949 wird bei uns ein Bekämpfungsverfahren auf freiwilliger Basis durchgeführt, welches die von dem dänischen Tuberkuloseforscher Bang entwickelte Methode zur Grundlage hat und von Müssemeier modifiziert ist. Dieses freiwillige Verfahren besteht darin, daß alle Tuberkulinreagenten von den nichtreagierenden Tieren streng abgesondert und unter Wahrung wirtschaftlicher Gesichtspunkte mit der Zeit ausgemerzt werden. Die tuberkulosefreie Aufzucht der Kälber erfolgt in der Weise, daß die Kälber gleich nach der Geburt von den positiv reagierenden Muttertieren abgesondert und von tuberkulosefreien Ammen oder durch genügend erhaltene Milch aufgezogen werden. Reagiert kein Tier eines Bestandes positiv, so wird der Betrieb staatlich als tuberkulosefrei anerkannt und die Milch dieses Betriebes kann als Vorzugsmilch verkauft werden.

Erwähnt muß werden, daß eine positive Tuberkulinreaktion beim Rind nicht immer das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung anzeigt. Nach Mohler fanden sich unter 24 387 reagierenden Rindern nach Schlachtabefunden 1,81% Fehldiagnosen. Dieser Fehlerquotient, der nach Meyn 2—4% beträgt, hält sich also in tragbaren Grenzen.

Die Verhältnisse bei der Bekämpfung der Rindertuberkulose in Deutschland liegen insofern schwierig, als der Staat nicht genügend Mittel für diesen Zweck zur Verfügung hat und die Landwirtschaft selbst erhebliche wirtschaftliche Belastungen auf sich nehmen muß, um ihre Tierbestände von der Tuberkulose zu befreien. Dieses freiwillige Verfahren führte bereits bei uns zur Vermehrung der tuberkulosefreien Tierbestände.

1952 waren 20% der Rinder des Bundesgebietes dem Tilgungsverfahren angeschlossen und 9,2% als tuberkulosefrei staatlich anerkannt. 1953 waren 31,7% der Tiere dem Bekämpfungsverfahren angeschlossen und 14,6% als tuberkulosefrei festgestellt. 1954 waren bereits 49,1% angeschlossen und 22,9% tuberkulosefrei. Die Zahl der dem Tilgungsverfahren angeschlossen Tierbestände und die Zahl der tuberkulosefreien Tiere ist im steten Steigen begriffen.

In Bayern waren im Jahre 1952 11,8% der Tiere dem freiwilligen Tilgungsverfahren angeschlossen und 3,3%

tuberkulosefrei. 1953 waren 21,5% der Tiere angeschlossen und 6,4% tuberkulosefrei. Im Jahre 1954 waren bereits 37,3% angeschlossen und 12% tuberkulosefrei.

Wie häufig ist nun die bovine Infektion bei den verschiedenen Tuberkuloseformen des Menschen?

Aus Tabellen, die dem Tuberkulosejahrbuch 1952/53 entnommen sind, geht hervor, daß etwa 11% aller menschlichen tuberkulösen Erkrankungen auf die Infektion mit Typus bovinus zurückzuführen sind. Dies ist eine beachtliche Zahl.

Bei der Genitaltuberkulose ist der Typus bovinus in 16% und bei Knochen- und Gelenktuberkulose in 16,3% festgestellt.

Die Altersverteilung bei den bovinen Infektionen spielt eine besondere Rolle. Bei Kindern bis zu 5 Jahren sind 50% bovine Knochen- und Gelenktuberkulosen, bei Jugendlichen von 5—18 Jahren 35,5% und bei Erwachsenen 13% gefunden worden. Die bovinen Infektionen sind also bei Kindern und Jugendlichen häufiger als bei Erwachsenen.

Bei der Meningitis tuberculosa sind etwa 19% bovine Infektionen festgestellt worden. Dies beweist, daß Infektionen mit Typus bovinus nicht ungefährlicher als mit Typus humanus sind. Auch bei der Meningitis tuberculosa ist der Anteil des Typus bovinus an den Infektionen um so häufiger, je jünger der Mensch ist.

Bei Lupus vulgaris sind in 30% und bei tuberkulösen Abdominalerkrankungen in 39% der Fälle bovine Tuberkelbakterien gefunden worden.

Bei der Halsdrüsentuberkulose ist fast in der Hälfte der Fälle (45,8%) der Typus bovinus festgestellt. Der Grund für diese Häufigkeit liegt darin, daß die Halsdrüsen bei der alimentären Infektion leicht erreichbar sind.

Bei der Lungentuberkulose ist in mindestens 4% der Fälle mit einer bovinen Infektion zu rechnen.

Bei der Landbevölkerung kommen häufiger bovine Infektionen vor als bei der Stadtbevölkerung, was verständlich ist, da der Kontakt mit dem tuberkulösen Rind in der Stadt selten ist.

Die Häufigkeit der bovinen Infektionen beim Menschen ist in verschiedenen Gegenden verschieden. Hierbei konnte festgestellt werden, daß daran vor allem die Unsitte, rohe Milch zu genießen, die Schuld trägt.

In den letzten 3 Jahren sind im Hygienischen Institut in gemeinsamer Arbeit mit der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Münchens, deren Direktor

Injektionsglas mit 10 ccm DM 4.- o. U.

**Leberextrakt mit Vitamin B<sub>12</sub> und anderen B-Faktoren**  
**5 Injektionen aus 1 Packung, darum so wirtschaftlich!**  
**Schmerzlos injizierbar!**

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

**Hoban**

Herr Dr. Freytag ist, Untersuchungen über das Vorkommen des Typus bovinus bei kindlicher Tuberkulose in Bayern ausgeführt worden. Das zur Untersuchung gelangte Krankenmaterial stammte aus den Kinderkrankenhäusern und Kinderheilstätten Bayerns.

Insgesamt wurden 382 Materialien von tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Kindern untersucht. Die Mehrzahl betraf Lymphdrüsen und Zerebrospinalflüssigkeiten, eine kleine Zahl Eiterproben und Magensaft- und Harnproben.

Aus 143 Materialien gelang es, den Tb-Stamm zu züchten. 109 Tb-Stämme hiervon stammten von Kindern unter 16 Jahren. Die meisten Fälle betrafen Meningitis tuberculosa und Lymphadenitis tuberculosa. Bei einem kleinen Teil der Fälle handelte es sich um Pulmonaltuberkulose, Knochentuberkulose, Pleuritis exsudativa tuberculosa, Tonsillitis tuberculosa und Nierentuberkulose.

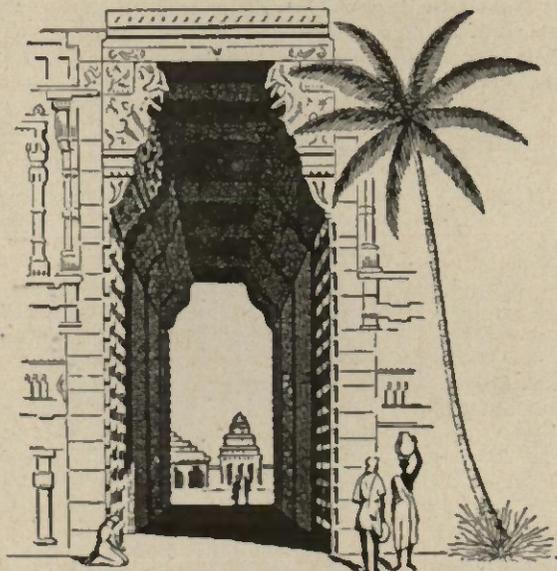
Von allen Tb-Stämmen wurde die Typenbestimmung durch Kultur und durch den Kaninchenversuch vorgenommen.

Tabelle 3

Diagnose		unter 16 Jahren			
		Anzahl der Tb-Stämme	Typus bovinus	Typus humanus	Typus bov. u. hum.
1	Meningitis tuberculosa	45	8	37	—
2	Lymphdrüsentuberkulose	32	24	6	2
3	Lungentuberkulose	12	—	11	1
4	Knochentuberkulose	11	2	9	—
5	Pleuritis exsud. tuberculosa	4	1	3	—
6	Tonsillitis tuberculosa	3	2	1	—
7	Nierentuberkulose	2	—	2	—
		109	37 = 34%	69 = 63,3%	3 = 2,7%

Das Ergebnis der Typisierung ergab in 34% Typus bovinus, in 63,3% Typus humanus und in 2,7% gleichzeitiges Vorhandensein beider Typen. In mehr als einem

Drittel der tuberkulösen, meist extrapulmonalen Erkrankungen der Kinder lag also der Typus bovinus als Erreger vor. In 75% der Fälle von Lymphdrüsentuberkulose wurde



herabgesetzte Preise!

Sichere Hochdrucktherapie mit standardisierten Rauwolfia-Alkaloiden:

**RAUPINA**

Dragées - Liquidum  
 Raupina enthält pro Dragée bzw. pro 10 Tropfen  
 0,2 mg des sedativen Alkaloids Reserpin  
 20 Dragées à 2 mg DM 1.80 o. U.  
 10 ccm Liquidum DM 2.55 o. U.

Für die moderne Psychotherapie:

**Sedaraupin**

Reserpin „Boehringer“ (kristallines Reinalkaloid)  
 Sedatives Prinzip aus Rauwolfia serpentina  
 20 Tabletten à 0,2 mg DM 1.75 o. U.



eine bovine Infektion nachgewiesen. Diese Zahlen sind beachtlich. Sie sind eine Mahnung, die Bekämpfung der Rindertuberkulose in Bayern zu intensivieren.

Die praktischen Ärzte könnten bei der Tilgung der Rindertuberkulose mithelfen, damit die Gefahren der bovinen Infektionen für den Menschen und für das Tier vermindert werden.

In der Öffentlichkeit und bei der Krankenbehandlung sollten die Ärzte die Bevölkerung, vor allem auf dem Lande, auf die Infektionsmöglichkeiten aufmerksam machen, die von tuberkulösen Rindern ausgehen. Nachdrücklich sollte vor dem Genuß von Rohmilch gewarnt werden.

Bei allen menschlichen tuberkulösen Erkrankungen, bei

denen die Möglichkeit besteht, daß sie durch bovine Infektion entstanden sein könnten, sollten Typenbestimmungen der gezüchteten Tuberkelbakterien von den behandelnden Ärzten veranlaßt werden. Sobald in Bauernfamilien eines Ortes mehrfach tuberkulöse Erkrankungen bovinen Ursprungs festgestellt worden sind, werden die Bauern von der Notwendigkeit der Bekämpfung der Rindertuberkulose überzeugt sein. Sie werden sich dann eher entschließen, dem freiwilligen Tilgungsverfahren beizutreten. Der Nachweis, daß der gesundheitliche Schaden der Familienangehörigen eines Bauern von der Rindertuberkulose seines Stalles hervorgerufen wurde, wird das wirksamste Argument für ihn werden, die Tuberkulose in seinem Tierbestand zu beseitigen.

## MITTEILUNGEN

### Wichtige Mitteilung an alle freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte in Bayern

Die Abgeordneten der Bayerischen Landesärztekammer haben in ihrer Vollversammlung am 19. 3. 1955 beschlossen, mit Wirkung vom 1. 1. 1955 an gemäß § 32 des Kindergeldgesetzes den Familienlastenausgleich für die freiberuflich tätige Ärzteschaft durchzuführen und die nach dem Kindergeldgesetz den selbständig berufstätigen Ärzten, deren mithelfenden Familienangehörigen und den bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmern zustehenden Kindergelder zu leisten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns übernimmt für die über sie abrechnenden Ärzte die Auszahlung des Kindergeldes und die Einziehung der Umlagebeträge im Zusammenhang mit ihrer Honorarabrechnung.

Freipraktizierende Ärzte oder deren Angestellte, die Anspruch auf Kindergeld haben (3 oder mehr unterhaltsberechtigter Kinder) und die bisher noch keinen Antrag eingereicht haben, werden dringend gebeten, diese Anträge sofort bei dem zuständigen Ärztlichen Bezirksverein einzureichen, der die Weiterleitung an die Bayerische

Landesärztekammer übernimmt. Antragsformulare liegen bei den Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksvereine auf.

Die Mittel für die Auszahlung des Kindergeldes werden im Umlageverfahren aufgebracht. Da ihre Höhe erst festgestellt werden muß, wird zunächst von allen Kollegen der gesetzliche Mindestbeitrag von 12 DM pro Monat als Vorauszahlung erhoben. Bei den mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnenden Kollegen erscheint dieser Abzug, ebenso wie die Gutschrift für zustehendes Kindergeld in den Quartalsabrechnungen. Alle übrigen freipraktizierenden Ärzte erhalten die Zahlungsaufforderung und die Überweisung des Kindergeldes direkt von der Familienausgleichskasse der Bayer. Landesärztekammer. Die endgültige Veranlagung, bei der das Verfahren der ehrlichen Selbsteinstufung eingeführt werden soll, erfolgt nach Feststellung der uns erwachsenden Lasten.

Privatkliniken werden im Einverständnis mit der Familienausgleichskasse in Hamburg weder in bezug auf die Beitragsleistung noch in bezug auf Zahlung von Kindergeld in die Familienausgleichskasse der Bayer. Landesärztekammer einbezogen.

### Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

Nachdem am 16. Januar 1955 in allen Bezirksvereinen die Wahlen für die Abgeordneten zur Bayerischen Landesärztekammer stattgefunden hatten, und bis zum festgesetzten Termin kein Einspruch gegen das Wahlergebnis angemeldet worden war, oblag es dem Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, die neugewählten Delegierten innerhalb einer Frist von vier Wochen zu einer Versammlung einzuberufen. Am 19. März 1955 trafen 140 Delegierte zu einer Vollversammlung im Deutschen Museum in München zusammen. Als Vertreter der Aufsichtsbehörde des Bayer. Staatsministeriums des Innern war Herr Ministerialrat Dr. Hopfner anwesend.

Durch die Hinausschiebung des Wahltermins, die erfolgt war in der Hoffnung auf eine baldige Verabschiedung des neuen Entwurfs des Bayer. Ärztegesetzes noch in der Legislaturperiode des alten Landtags, war die gesetzliche Amtsperiode der alten Kammervorstandschaft

abgelaufen und ihre Funktionen auf die Durchführung der laufenden Geschäfte beschränkt. Dadurch war auch keine Möglichkeit gegeben, mit dem Zusammentritt der Delegierten einen Ärztetag zu verbinden, da die alte Vorstandschaft zur Aufstellung eines Programms nicht mehr befugt war. So mußte sich denn die Vollversammlung beschränken auf die Wahl des 1. und 2. Präsidenten und der übrigen Mitglieder des Kammervorstands.

In seiner Eröffnungsansprache begrüßte der amtierende Präsident, Senator Dr. Weiler, die Anwesenden und erläuterte auf Grund der Rechtslage den Zweck der heutigen Versammlung. Nach einem kurzen Finanzbericht wurde sein Antrag auf Übernahme der Kosten für die heutige Tagung durch die Kammer mit Beifall angenommen.

Satzungsgemäß fällt die Leitung der Wahl des 1. Präsidenten jeweils dem Alterspräsidenten zu. Wie sich er-



CEFAK  
Kempten

# Cefadysbasin

Tropf. - Tabl. - Amp.

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

Das injektionsfertige Streptomycin

# Solvo-strept

*Heyl*

unbegrenzt haltbar,  
bestens verträglich, praktische Handhabung.

Solvo-strept: 1 Ampulle zu 2 ccm = 500.000 int. Einheiten Dihydrostreptomycin.  
Solvo-strept „A“: 1 Ampulle zu 2 ccm = 250.000 int. Einheiten Streptomycin  
+ 250.000 int. Einh. Dihydrostreptomycin.

Muster und Literatur durch:

HEYL & CO., CHEM.-PHARM. FABRIK, BERLIN-STEGLITZ u. HILDESHEIM



## SONDERTARIF FÜR ÄRZTE

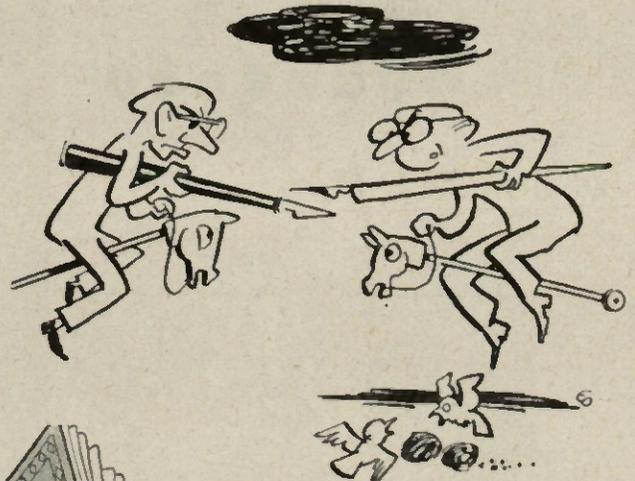
Krankentagegeld bis DM 20.-  
Operationskostentarif bis DM 5 000.-

## VEREINIGTE Krankenversicherung A.-G.

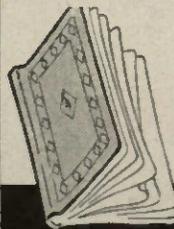
München 22, Königinstr. 19 · Telefon 27625

Vertragsgesellschaft  
der Bayerischen Landes-Ärztelkammer

*Aus unserem Almanach*



Die Gelehrten sind meist gehässig, wenn sie widerlegen, einen Irrtenden sehen sie gleich als Ihren Toafind an. Goethe



Rezept-  
pflichtig



frei von  
Brom- und  
Barbitursäure!



FEBENA · KOLN

Unübertroffen  
gegen raue  
Hände



DM 1.20 u. DM 1.90



Bei entzündlichen  
Erscheinungen der  
Gallenwege und zur  
Leberschutztherapie

# CHOL-OMPIN

Steuerbarkeit der Dosierung  
durch Trennung von

SPEZIFICA ●●●●●●●●●●  
+  
LAXANTIA ●●●

*Zusammensetzung:* CHOLAGOGUM ET SPASMOLYTICUM  
(Drag. flav.): Natr. oleinic. et choleinic.; Chelidon., Bold., Curcum.;  
Thymol., Camphor. LAXATIVUM ET ANTISEPTICUM (Drag.  
virid.): Phenyl. salic.; Phenolphthal.; Frangul.; Menthol.

*Dosierung:* 3 x täglich 4-5 gelbe und 1-2 grüne Dragees.

*Handelsform:* Packung mit 120 Dragees. DM 2.95 m. U.

Master und Literatur auf Wunsch

**LUDWIG HEUMANN & CO · NÜRNBERG**

Chem. pharm. Fabrik

814



Das neuerdings mit Schimmelpilzlipase verstärkte Verdauungsenzym ARBUZ ist das Mittel zur Substitution bei Fermentstörungen im Magen und Darm. Meist schlagartige Behebung der subj. Beschwerden: Magendruck, Völle, Meteorismus, Ructus, Nausea etc.

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

## 2 LAX-Arbuz

Mildes enzymatisches Laxans von prompter Wirkung.

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

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

## 3 CHOL-Arbuz

Zuverlässiges Cholericum und Chologogum mit fettverdauender, enzymat. Komponente.

Bei Leber- und Gallenwegserkrankungen wird die Fettverdauung normalisiert.

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

## 4 VERMI zym

Völlig neuartiges, ungiftiges Anthelminthicum. Vernichtung der Darmparasiten durch Andauung und Auflösung mit proteolytischen Fermenten. Unschädlich, daher besonders wichtig für Kinder u. Schwangere.

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

## 5 LIPA zym

Erstes pflanzliches fettspaltendes Enzympräparat.

Vollaktivierte Schimmelpilzlipasen spalten Fette sowohl im Magen wie im Darm. Indiziert bei allen Formen gestörter Fettspaltung. Unter „Lipazym-Schutz“ sind weitgehende Lockerungen der Diät möglich.

Original-Packg. = 35 Drag. DM 2.05, Kur-Packg. = 90 Drag. DM 4.40

Arztmuster und Literatur obiger Präparate zur Verfügung.

**Dr. Schwab G.m.b.H. München 8**

gab, war Senator Dr. Weiler der Älteste der anwesenden Delegierten, und übernahm so auch die weitere Leitung der Wahlhandlung für den 1. Präsidenten. Von den genannten Kandidaten lehnte Prof. Dr. Scheleher die Kandidatur ab und es entspann sich eine lebhaft Diskussion über die Frage, ob es wünschenswert wäre, daß der künftige Präsident im Falle seiner Wahl auf etwaige leitende Posten in anderen Standesorganisationen verzichten solle. Nachdem die beiden Kandidaten Dr. Dr. von Gugel und Dr. Sewering ihre Stellungnahme präzisiert hatten, setzte sich bei der Mehrheit der Delegierten die Meinung durch, daß der Verzicht auf eine Bindung an andere große Standesorganisationen, falls es sich nicht um den leitenden Posten eines ersten Vorsitzenden handle, billigerweise nicht verlangt werden könne. In geheimer und schriftlicher Wahl wurde sodann Dr. Sewering mit 76 Stimmen und 5 Stimmenthaltungen, und 59 Stimmen für Dr. Dr. von Gugel, zum 1. Präsidenten gewählt.

Nach Feststellung des Wahlergebnisses übergab Dr. Weiler dem neuen Präsidenten die weitere Leitung der Versammlung. Dr. Sewering nahm die Wahl an und dankte mit warmen Worten den Delegierten für ihr Vertrauen. Unter Verzicht auf die ausführliche Darlegung eines Programms, berührte er als einen Punkt, der ihm sichtlich besonders am Herzen lag, die Beziehungen der einzelnen großen ärztlichen Organisationen zueinander, die in der Vergangenheit mitunter in ihren Äußerungsformen nicht sehr glücklich waren.

Er forderte selbst bei Verschiedenheit der Meinungen über Weg und Ziel immer die Anerkennung des gegenseitigen guten Willens. Unter lebhaftem Beifall der Versammlung, in dem der Dank der gesamten bayerischen Ärzteschaft ihren Ausdruck fand, dankte er dem scheidenden Präsidenten Dr. Weiler für seine mühevollen und erfolgreiche Arbeit im Wiederaufbau der Kammer, sowie dem Vizepräsidenten Dr. Hense.

Für das Amt des 2. Vorsitzenden wurde eine Reihe von Persönlichkeiten vorgeschlagen, von denen sich jedoch nur drei zur Wahl stellten: Dr. Helibrügge, München, Dr. Ludwig Schmitt, München, und Dr. Sondermann, Erlangen. Die schriftliche Abstimmung ergab bei 4 Stimmenthaltungen: 67 Stimmen für Dr. Sondermann, 40 für Dr. Helibrügge und 29 für Dr. Ludwig Schmitt. Eine Stichwahl, welche die Feststellung einer absoluten Mehrheit hätte ermitteln sollen, erübrigte sich, da sowohl Dr. Helibrügge wie auch Dr. Ludwig Schmitt verzichteten. Somit war Dr. Sondermann, Erlangen, zum 2. Vorsitzenden gewählt.

Beim 4. Punkt der Tagesordnung: Wahl der Mitglieder der Vorstanderschaft wurde in der Diskussion ein bedeutsamer Fragenkomplex angeschnitten, der hier nicht unerörtert bleiben darf. Nach § 12 der Kammersatzungen besteht der Vorstand aus dem 1. und 2. Vorsitzenden und „Beisitzern“, deren Zahl durch die Wahlversammlung bestimmt wird, wobei die Vollversammlung völlig souverän auch die Persönlichkeiten aus ihrer Mitte bestimmen kann, von denen sie im Vorstand vertreten zu sein wünscht. Dabei erscheint es als eine selbstverständliche Forderung der Billigkeit, daß jeder Kreisverband in der Vorstanderschaft vertreten sein soll. Der neue Entwurf eines bayerischen Ärztesgesetzes trägt dieser Forderung in glücklicher Form dadurch Rechnung, daß es im Art. 15 bestimmt, daß die 1. Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände eo ipso dem Vorstand angehören und nur 12 weitere Abgeordnete in den Vorstand zu wählen sind. Demgegenüber räumt § 12 der geltenden Kammersatzungen den Kreisverbänden nur ein Vorschlagsrecht von je 2 Mitgliedern des Kreisverbandes ein, von denen nach Möglichkeit je einer ein Stadt- und einer ein Landarzt sein soll. Entsprechend dieser Bestimmung

### Verlegung der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer

Am 15. April 1955 wird die Geschäftsstelle der Bayer. Landesärztekammer von Königinstraße 23 nach München 23, Königinstraße 85/III (Lift), verlegt. Aus diesem Grunde bleibt die Geschäftsstelle am 14. und 15. April für den Parteiverkehr geschlossen.

Sprechzeiten sind nach wie vor: Montag mit Freitag 8 bis 13 Uhr; Sprechzeiten des Präsidenten: Montag mit Donnerstag 8 bis 13 Uhr; Sprechzeiten des Vizepräsidenten: Donnerstag.

Alle persönlichen Anliegen, von welchen die Kollegen glauben, sie dem Vorstand der Landesärztekammer persönlich vortragen zu müssen, werden von Herrn Vizepräsident Dr. Sondermann behandelt. Er ist den ganzen Donnerstag in den Räumen der Bayer. Landesärztekammer zu sprechen. Im übrigen dürfte es sich empfehlen, persönliche Besprechungen stets vorher telephonisch zu vereinbaren, da die Vorstandsmitglieder durch zahlreiche auswärtige Verpflichtungen nicht immer regelmäßig in der Kammer sein können.

wurden von den Kreisverbänden je 2 Namen vorgeschlagen, darunter der jeweilige 1. Vorsitzende des Kreisverbandes. Bei der Nominierung weiterer Kandidaten trat eine Anzahl ärztlicher Verbände auf, die unter dem Hinweis auf die Größe ihrer Mitgliederzahl ebenfalls eine Vertretung in der Vorstanderschaft forderten. Nach einer längeren Diskussion über das Für und Wider dieser Forderungen schloß sich jedoch die überwiegende Mehrheit der Abgeordneten den Ausführungen Dr. Weilers an, der nachdrücklich vor der Schaffung eines Präzedenzfalles warnte. Die Anerkennung eines Rechtes auf Vertretung einzelner Verbände in der Vorstanderschaft würde für die Zukunft eine Art Parteienbildung nach Interessengruppen schaffen und das Schwergewicht der Wahl in undemokratischer Weise in die Vorstandsgremien ärztlicher Verbände, anstatt in die souveräne Vollversammlung eines Ärztetages legen, und damit die Souveränität der Delegiertenversammlung weitgehend untergraben. Nur für den Marburger Bund wurde für diesen Fall eine Vertretung von 4 Mitgliedern im Vorstand als wünschenswert erachtet.

Nachdem nun die Zahl der vorgeschlagenen Kandidaten auf 22 angewachsen war, wurde die Frage nach der zahlenmäßigen Größe der Vorstanderschaft erörtert und in einer Abstimmung mit großer Mehrheit auf 24 einschließlich der beiden Vorsitzenden und ausschließlich der vom Vorstand selbst noch zu bestimmenden kooptierten Mitglieder festgesetzt. Eine neue Schwierigkeit ergab sich, als die Forderung erhoben wurde, über die genannten 22 Kandidaten en bloc abzustimmen. Sowohl Dr. Weiler als auch Dr. Ludwig Schmitt kritisierte scharf diesen Wahlmodus, da dieser praktisch keine „Wahl“ darstelle, sondern nur eine Bestätigung von Vorschlägen, zu deren Aufstellung satzungsgemäß schon 12 Mitglieder genügen. Die Situation spitzte sich zu, als eine Kollegin als 23. Kandidatin benannt wurde und somit die Wahl von 22 Vorstandsmitgliedern aus der Gesamtzahl von 23 Kandidaten notwendig wurde. Nur deren Verzicht auf eine Wahl konnte die Situation überbrücken. Schließlich wur-

Krewel  Migräne-Kranit-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum  
Migräneanfälle u.  
migräneartige Kopfschmerzen  
KREWEL-WERKE, Elberf. b. Köln

den die nachstehend genannten 22 Kandidaten en bloc per Akklamation in den Vorstand gewählt:

Dr. Kurt Bach, Bayreuth  
 Dr. Karl Brentano-Hommeyer, München, MdL.  
 Dr. Klaus Dehler, Nürnberg, MdL.  
 Dr. Ludwig Diem, Marktbreit  
 Dr. David Forchheimer, Straubing  
 Dr. Max Götzl, Regensburg  
 Dr. Dr. Wolfram v. Gugel, Dürnhausen  
 Dr. Hermann Haas, Nürnberg  
 Prof. Dr. Richard Hagemann, Bad Reichenhall  
 Priv.-Doz. Dr. Theodor Hellbrügge, München  
 Prof. Dr. Werner Hueck, München  
 Dr. Fritz Keller, Aschaffenburg  
 Dr. Hansjoachim Lößl, Erlangen  
 Dr. Armin Schleußner, Wunsiedel  
 Dr. Hugo Schmidt, Nürnberg  
 Dr. Ludwig Schmitt, München  
 Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg  
 Dr. Rudolf Soenning, Memmingen, MdL.  
 Dr. Josef Stein, Hengersberg  
 Dr. Hermann Stuhlfelder, Altdötting  
 Dr. Ferdinand v. Velasco, Regensburg  
 Dr. Dietrich Vogt, München

Punkt 5 der Tagesordnung: Wahl von Ausschüssen wurde von der Vollversammlung einstweilen zurückgestellt und nur der Ausschuß für soziale Fürsorge vorläufig in seiner bisherigen Zusammensetzung bestätigt, da die Art seiner Tätigkeit keine Unterbrechung gestattet.

Damit war das Programm der Tagesordnung erschöpft. Wegen ihrer besonderen Dringlichkeit wurden jedoch noch zwei Anträge auf die Tagesordnung gesetzt:

Der Kreisverband Mittelfranken stellte den Antrag auf Errichtung einer Familienausgleichskasse bei der Landesärztekammer nach dem Muster, wie sie bereits bei sämtlichen übrigen Landesärztekammern des Bundesgebietes errichtet worden sind. In Anbetracht der Kostenersparnis durch Übernahme der Familienausgleichskasse in eigene Regie wurde der Antrag bei drei Stimmenthaltungen einstimmig angenommen. Weiter wurde ein Dringlichkeitsantrag auf Schaffung eines Referates für Jungarztfragen zur Vorbereitung an die Vorstandschaft verwiesen unter grundsätzlicher Zustimmung der Versammlung.

Zum Schluß der Tagung ergriff der Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, Min.-Rat Hopfner, das Wort, um den Neugewählten die Wünsche der Regierung zu übermitteln. Er gab dem Wunsche nach einer weiteren gedeihlichen Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Ausdruck. Er versicherte, daß seitens des Ministeriums alles getan werden wird, um den Belangen der bayerischen Ärzteschaft nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Präsident Dr. Sewering dankte dem Ministerium und erklärte, daß auch die neue Vorstandschaft sich für ein stetes, vertrauensvolles Zusammenwirken einsetzen werde. Mit dem Dank an die 140 zur Tagung erschienenen Abgeordneten schloß Präsident Dr. Sewering die Versammlung.

## Ärzteverzeichnis

In nächster Zeit beginnen die Vorarbeiten für das Ärzteverzeichnis 1956, das wie das von 1953 die Anschriften aller in Bayern niedergelassenen und an Krankenanstalten und bei Behörden tätigen Ärzte sowie ein Verzeichnis der Krankenanstalten und mit Ärzten besetzten Behörden enthalten soll. Das Manuskript wird auf Grund der bei der Bayerischen Landesärztekammer vorliegenden Erhebungsbogen erstellt und den Ärztlichen Bezirksvereinen zur Korrektur und Ergänzung übergeben werden. Aus diesem Grunde werden die Kollegen im eigenen Interesse dringend gebeten, sich bei ihrem zuständigen Bezirksverein zu vergewissern, ob sie ordnungsgemäß mit dem in der Meldeordnung vom 17. 11. 1951 vorgeschriebenen Erhebungsbogen gemeldet und alle seither eingetretenen Veränderungen eingetragen sind.

In der anschließenden Sitzung der Vorstandschaft wurden die Kollegen in die Vorstandschaft kooptiert:

Dr. Bruno Hering, Bayreuth,  
 Dr. Eduard Kleeberger, München,  
 Dr. Christa Scherpf, München,  
 Dr. Friedrich Völlinger, Freising. Wa.

## Die „Schutzgemeinschaft Deutscher Ärzte“ gibt bekannt:

Presseverlautbarungen der letzten Tage berichteten, daß in Frankfurt am Main eine sogenannte „Notgemeinschaft Deutscher Ärzte“ gebildet worden sei, die angeblich im Namen von 20 000 Ärzten und Zahnärzten die vor ihrer Verabschiedung durch den Bundestag stehende gesetzliche Neuregelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen ablehnt.

Um Irrtümer und Verwechslungen zu vermeiden, gibt die „Schutzgemeinschaft Deutscher Ärzte“ als Vertretung des gesamten, nach Zehntausenden zählenden ärztlichen Nachwuchses in der Bundesrepublik bekannt, daß zwischen ihr und der obengenannten Notgemeinschaft keinerlei Beziehungen bestehen. Im Gegensatz zu den Forderungen dieser sogenannten Notgemeinschaft wiederholt die Schutzgemeinschaft Deutscher Ärzte namens des gesamten ärztlichen Nachwuchses ihre dringende Bitte an Bundestag und Bundesrat, den Gesetzentwurf zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen sobald als möglich zu verabschieden und damit die Voraussetzungen für den Erlaß einer neuen Zulassungsordnung zu schaffen.

Nur so kann im Interesse einer besseren kassenärztlichen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung zahlreichen seit längerer Zeit auf Zulassung wartenden Ärzten durch die im Gesetz vorgesehene Senkung der

Diathermie

auf chemischem Wege durch

# Therment

-Salbe  
 -flüssig



### Indikationen:

Rheumatozen  
 Neuralgien  
 Arthropathien  
 Pleuritis  
 Durchblutungsstörungen  
 Segmenttherapie

Verhältniszahl Ärzte zu Versicherten endlich die Möglichkeit zu ungehinderter Ausübung ihres ärztlichen Berufs gegeben werden. Die Schutzgemeinschaft Deutscher Ärzte weiß sich bei dieser Forderung in voller Übereinstimmung mit allen im Präsidium des Deutschen Ärztetages vertretenen ärztlichen Spitzenverbänden der Bundesrepublik.

Schutzgemeinschaft Deutscher Ärzte:

gez. Dr. Bersemann,

1. Vorsitzender des Marburger Bundes, Verband der angestellten Ärzte Deutschlands

gez. Dr. Roos,

1. Vorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands API

### Die Neuordnung des Kassenarztrechts

Das „Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung“ teilt mit:

„Die von den Koalitionsparteien im Bundestag eingebrachte Initiativvorlage zur Neuordnung des Kassenarztrechts hat in den nunmehr abgeschlossenen Beratungen des Ausschusses für Sozialpolitik und der mitbeteiligten Ausschüsse für Fragen des Gesundheitswesens sowie für Rechtswesen und Verfassungsrecht teilweise wesentliche Abänderungen erfahren, die sich im einzelnen auf nachstehende Hauptpunkte beziehen:

An dem Zulassungsprinzip für Ärzte, Zahnärzte und Dentisten wurde festgehalten. Während jedoch in dem Initiativentwurf vorgesehen war, daß auf je 600 Kassenmitglieder mindestens ein Arzt und auf je 1250 Mitglieder ein Zahnarzt entfallen sollte, wurde von den Ausschüssen festgelegt, für je 500 Mitglieder einen Arzt und für je 900 Mitglieder einen Zahnarzt zuzulassen. Es wird angenommen, daß damit etwa 3500 bis 4000 Ärzte und Zahnärzte im Bundesgebiet auf Neuzulassung rechnen können. Durch die Zulassungsausschüsse, die sich je zur Hälfte aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen zusammensetzen sollen, können auch leitende Krankenhausärzte auf Antrag zugelassen werden, sofern dies zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung erforderlich ist.

In der Vergütungsfrage wurde im Grundsatz die bisherige Regelung beibehalten. Die Krankenkassen entrichten danach eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Verteilung nach bestimmten Richtlinien vorzunehmen haben, wobei eine Verteilung nach der Zahl der Behandlungsfälle allein nicht mehr zulässig ist.

Für Streitfälle zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen sind Landes- und Bundesschiedsämter vorgesehen, deren Vorsitzende die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst haben müssen. Sofern eine Einigung über die Vorsitzenden nicht zustande kommt, sollen diese sowie ihre Stellvertreter aus einer Liste entnommen werden, die von den Vertragspartnern gemeinsam aufzustellen ist und mindestens die Namen von zwei Vorsitzenden bzw. Stellvertretern enthalten muß. Ist auch dann eine Einigung nicht zu erreichen, so ist Losentscheidung vorgesehen.

Hinsichtlich des Aufbaus der Kassenärztlichen Vereinigungen ist Vorschlägen des Bundesrates Rechnung getragen worden. Für das Gebiet eines jeden Landes sollen je eine Kassenärztliche und je eine Kassenzahnärztliche Vereinigung gebildet werden, die ihrerseits je eine Bundesvereinigung bilden. Sie können auch in ihren Satzungen Maßnahmen zur Gewährleistung

einer ausreichenden Altersversorgung auf Bundesebene vorsehen.

Die Vorlage wird in der Ausschlußfassung demnächst das Plenum in zweiter und dritter Beratung beschäftigen. Festzuhalten ist, daß sie die Ersatzkassen nicht erfaßt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können jedoch die ärztliche Versorgung auch für diese oder andere Träger der Sozialversicherung ebenfalls übernehmen.“  
(Ae. Pr. Mü.)

### Kausale Therapie des Ärzteüberschusses

Die Schweiz versucht durch Verschärfung der medizinischen Prüfungen — und da speziell des Physikums — den Andrang zum Medizinstudium einzudämmen. Im letzten Jahr sind bei der naturwissenschaftlichen Vorprüfung 26,1% der Kandidaten durchgefallen und beim Staatsexamen 16,2%. Nur 41 von 73 Studenten haben in Basel die Vorprüfung bestanden.

### 1,1 Milliarden DM für Fürsorgeleistungen

Im Rechnungsjahr 1953 wurden nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes in der öffentlichen Fürsorge 1,1 Milliarden DM für Fürsorgeleistungen verausgabt. In der offenen Fürsorge wurden rund 1 Million, in der geschlossenen rund 350 000 Personen unterstützt. DMI

### Alkohol- und Tabakausgaben

Nach einer Feststellung der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Hamm/Westf., deren Vierteljahrsmittellungen veröffentlicht werden, wurden im Bundesgebiet ausgegeben:

	für Alkohol	für Tabak	insgesamt
1951/52	5,290 Mrd. DM	4,475 Mrd. DM	9,765 Mrd. DM
1952/53	5,797 Mrd. DM	4,668 Mrd. DM	10,465 Mrd. DM
1953/54	6,265 Mrd. DM	4,430 Mrd. DM*)	10,695 Mrd. DM

\*) Sinkende Ausgaben trotz steigenden Verbrauchs: Folge der Steuersenkung!

### Ärzteblatt lehnt Alkohol- und Tabakanzeigen ab

Die größte Ärztevereinigung der Welt, die American Medical Association, nimmt seit dem 1. Januar 1954 in ihrer Verbandszeitschrift keine Anzeigen über alkoholische Getränke und Tabakwaren auf. DMI

### Pressemeldungen über Epidemien

Nach einer Anordnung des sowjetzonalen Gesundheitsministeriums wird jede epidemische Erkrankung als Geheimsache behandelt. Nachrichten über gehäufte Fälle von Kinderlähmung oder Typhus in der Zone erreichen uns nur sehr selten, so daß auch keinerlei Abstimmung der Seuchenbekämpfungsmaßnahmen über die Zonengrenze hinweg erfolgen kann.

So gefährvoll ein derartiges Verschweigen von Epidemien unter Umständen für das Nachbarland sein kann, so wird hier unabhängig davon die Zweckmäßigkeit von Pressemeldungen über Epidemien erörtert werden müssen. Sie haben wohl nur dann einen Sinn, wenn zugleich der Bevölkerung gesagt wird, welche praktischen Schutzmaßnahmen sie ergreifen kann. Sie sind ebenso berechtigt, wenn dadurch in sachlicher Form auf Unterlassungen und öffentliche Mißstände hingewiesen wird. Keinesfalls erscheint es jedoch vertretbar, die Bevölkerung durch sensationelle Übertreibungen zu beunruhigen. DMI

85 JAHRE



HELFENBERGER  
HEILMITTEL

# REFORTAN

## Heilbutt-Vitamin-Kapseln

Helfenberg

*Standardisierte Heilbutt-Vitamine*

A = 5000 I. E., D = 500 I. E. + ein  
sicher resorbierbarer Anteil  
Dicalciumphosphat in uno!

Taschenpackung mit 30 Kapseln DM 2,15 o. U.  
Grosspackungen mit 360 und 600 Kapseln.

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

### Münchener Kliniken und Krankenhäuser überfüllt

Bei der ständigen Überfüllung der Münchener Kliniken und Krankenhäuser müssen die Patienten zeitweilig auf den Korridoren oder in Badezimmern untergebracht werden. In manchen Räumen, die nur für fünf Betten eingerichtet sind, stehen sieben bis acht Betten und auf Wochen hinaus sind Kranke für kleinere Operationen und kurzfristige Behandlungen vorgemerkt.

### Wissenswertes zur Testamenterrichtung im Krankenhaus

Wie Regierungsinspektor Heimann in einem kürzlich erschienenen Aufsatz in der „Anstalts-Umschau“ feststellt, gehört es auch zu den Fürsorgepflichten des Krankenhauses gegenüber seinen Patienten, diesen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, wenn sie den Wunsch haben sollten, ein Testament zu errichten und dabei einer Hilfe bedürfen. Natürlicherweise wird dieser Wunsch an den Arzt oder das Pflegepersonal herangetragen, doch offenbart sich, wie Heimann ausführt, bei solchen Gelegenheiten eine allgemeine Unkenntnis und Unsicherheit auf diesem Gebiet und es werden mangelhafte, meistens aber falsche Auskünfte gegeben, mit denen den Patienten nur schlecht gedient ist, besonders wenn später ein großer Teil der in Krankenhäusern errichteten Testamente als ungültig bezeichnet werden muß. In Hamburg ist man diesem Übelstand dadurch begegnet, daß allen Krankenstationen entsprechende Merkblätter zugeleitet und außerdem Ärzte und Pflegepersonal verpflichtet wurden, einen sachkundigen Verwaltungsbeamten des Krankenhauses hinzuzuziehen, falls eine Testamenterrichtung gewünscht wird.

Das Pflegepersonal muß jedoch mindestens folgendes beachten:

1. Zunächst ist zu empfehlen, bei der Testamenterrichtung einen Notar hinzuzuziehen, weil dabei die Gewähr gegeben ist, daß auch in bezug auf den Inhalt später keine Zweifel oder Mängel auftreten. Die Anschriften und Telefonanschlüsse der nächstwohnenden Notare sollte das Pflegepersonal wissen.
2. Bei eigenhändiger Errichtung des Testamentes, also ohne notarielle Hilfe, ist zu beachten, daß der Patient den ganzen Text selbst mit der Hand schreiben und mit Vor- und Zunamen unterschreiben muß. Notfalls ist eine leichte Unterstützung der Federführung zulässig, jedoch nur so weit, daß die Gestalt der Schriftzüge noch erkennbar von dem Willen des Patienten bestimmt bleibt. Zeit und Ort der Niederschrift müssen angegeben werden.
3. Wer das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder Geschriebenes nicht zu lesen vermag, kann kein eigenhändiges Testament errichten.
4. Das Testament muß mindestens klären: Wer soll erben? Wer soll sonst noch eine Zuwendung erhalten? Soll jemand ausgeschlossen bzw. auf den Pflichtteil gesetzt werden? Bei Geschäftsvermögen und allen schwierigen Angelegenheiten empfiehlt es sich, einen mit den Verhältnissen vertrauten unparteiischen Testamentvollstrecker einzusetzen.
5. Ist der Patient in naher Todesgefahr, kann er ein eigenhändiges Testament nicht mehr errichten und kann ein Notar nicht mehr rechtzeitig herbeigeholt werden, kann durch mündliche Erklärung vor drei mit dem Patienten nicht verwandten Zeugen ein Nottestament errichtet werden. Hierbei darf niemand mitwirken, wer im Testament bedacht oder als Testamentvollstrecker eingesetzt wird. Ein Arzt soll auf jeden Fall hinzugezogen werden und den todesnahen Zustand des Patienten bestätigen. Von der mündlichen Erklärung wird eine Niederschrift angefertigt, von den drei Zeugen und möglichst auch vom Erblasser unterschrieben. Das Nottestament verliert seine Gültigkeit, wenn drei Monate seit seiner Errichtung verstrichen sind und der Erblasser noch lebt, es sei denn, daß er in dieser Zeit nicht in der Lage war, ein ordentliches Testament zu errichten. Man muß den Kranken, wenn sich sein Zustand wider Erwarten bessern sollte, darauf hinweisen, daß er baldmöglichst das Nottestament gegen ein eigenhändiges oder notarielles Testament ersetzen muß.

6. Auf jeder Krankenstation sollte das Musler eines Nottestamentes vorliegen (Text siehe „Anstalts-Umschau“ 1950, Nr. 1, S. 8).

7. Das ausgefertigte Testament ist am besten einem Amtsgericht zur Verwahrung zu übergeben. DMI

### Kursus für Ärzte und Krankenschwestern der WHO

Unter der Leitung von Prof. H. C. E. Lassen veranstaltet die Weltgesundheitsorganisation einen Kursus für Ärzte und Krankenschwestern über spezielle Behandlungsmethoden der Poliomyelitis bei Atem- und Schlucklähmungen. Der Kursus wird demnächst in Kopenhagen beginnen. Bei den schweren Poliomyelitisepidemien hat gerade Dänemark durch diese neuen Methoden die Mortalität von 80 auf 40% reduzieren können.

### Fernsehen im chirurgischen Unterricht

Wir entnehmen der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ nachstehende interessante Notiz:

„Zu Beginn des Wintersemesters wurden an der Chirurgischen Klinik der Universität München Versuche mit Fernsehübertragungen aus dem Operationstrakt in den Hörsaal unternommen, um einem größeren Auditorium die technischen Einzelheiten eines chirurgischen Eingriffes fortlaufend und ohne Gefährdung der Asepsis zu übermitteln.“

In einer Operationsleuchte der Firma Hanau war eine Grundig-Fernsehkamera derart eingebaut, daß ihr Bildausschnitt das Operationsfeld umfaßte. Die aufgenommenen Bilder wurden über drei Fernsehempfänger des üblichen Formats den Hörern übermittelt. Der feste Einbau der Kamera in der Operationsleuchte ist außerordentlich zweckmäßig, weil sie dort niemanden behindert und mit der Leuchte stets auf das Operationsfeld zentriert bleibt.

Soweit sich die einzelnen Phasen der Operation an der Oberfläche abspielen, sind sie deutlich und klar zu sehen. Beim Arbeiten in der Tiefe ist jedoch die Lichtstärke nicht immer ausreichend. Auch versperren Hände und Kopf des Operateurs zeitweise die Sicht.

Der Versuch, die technischen Möglichkeiten des Fernsehens in den Dienst des chirurgischen Unterrichts und der Fortbildung auf diesem Spezialgebiet zu stellen, verdient jede Förderung. Seine volle Bedeutung als Unterrichtsmittel wird das Verfahren freilich erst dann erlangen, wenn farbige Übertragungen auf einem großen Wandschirm möglich sein werden.

1. O.-A. d. Chirurg. Univ.-Klinik, München.“

### Kinderlähmungslaboratorien

Die Weltgesundheitsorganisation hat in den letzten Monaten in verschiedenen Teilen der Welt zahlreiche Kinderlähmungslaboratorien errichtet, die die Aufgabe haben, in ihrem Gebiet die Kinderlähmungsviren zu identifizieren und zu studieren. Nachdem die Krankheiten, die der Kinderlähmung sehr ähneln, immer mehr an Bedeutung gewinnen, sollen auch andere Viren erforscht werden. Außerdem plant man auch noch neue Forschungszentren zu errichten.

### Die freiwillige Krankenversicherung in den USA

Bonn — Die Diskussion der Sozialreform wird in den kommenden Monaten mehr und mehr die Öffentlichkeit in der Bundesrepublik beschäftigen. Unverzichtbarer Teil der Gesamtneuordnung der sozialen Leistungen ist die Reform der sozialen Krankenversicherung. Als Beispiel einer freiwilligen und doch umfassenden Krankenversicherung werden nachstehend die Verhältnisse in den Vereinigten Staaten geschildert. Die Darstellung fußt auf einem Bericht des „World Medical Journal“, des offiziellen Mittlungsblattes des Weltärztebundes.

In den Vereinigten Staaten haben wir weder eine Pflichtversicherung noch eine Krankenversicherung im Rahmen eines Sozialversicherungsprogramms. Wir haben statt dessen

ein sehr ausgedehntes System der freiwilligen Krankenversicherung entwickelt und dieses in der verschiedensten Art und Weise. Die beiden Hauptgruppen sind dabei die Versicherung bei Krankenhausaufenthalt und die allgemeine Krankenversicherung. Diese Versicherung gibt es sowohl auf privater Basis als auch in Form von besonderen Vereinigungen und auch in Form von Genossenschaften und gemeinnützigen Gesellschaften. Diese beiden letzteren werden von der Amerikanischen Krankenhausesellschaft und der ärztlichen Berufsorganisation wesentlich unterstützt. Sie sind als „Blue Cross Plan“ und „Blue Shield Plan“ bekannt und weisen als Einzelverbände die größte Mitgliederzahl auf.

Etwa 100 Millionen Menschen sind für den Fall des Krankenhausaufenthaltes versichert und mehr als die Hälfte davon beim „Blue Cross“, der mit der Krankenhausesellschaft eng zusammenarbeitenden gemeinnützigen Einrichtung. Dem Mitglied dieser Versicherung werden — nach verschiedenen Systemen — alle durch den Krankenhausaufenthalt bis zu 21 bzw. 30 Tagen entstehenden Kosten voll vergütet. Übersteigt der Krankenhausaufenthalt diesen Zeitraum, so werden ihm bis zu 60 bzw. 120 Tagen die Auslagen zur Hälfte ersetzt. Wünscht er etwa ein Einzelzimmer, so hat er selbst die Differenz zwischen der vom „Blue Cross“ gewährten Vergütung und dem Satz für Einzelzimmer zu tragen. Die große Mehrheit der Krankenhäuser ist an diesem Versicherungssystem beteiligt. Begibt sich das Mitglied aber in ein Krankenhaus, das sich dem „Blue Cross“ nicht angeschlossen hat, so wird ihm eine Barvergütung gewährt, um seine Krankenhausrechnung zu zahlen. Im anderen Fall wird das Krankenhaus direkt vom „Blue Cross“ entschädigt.

Das „Blue Cross“ wurde vor nahezu 20 Jahren ins Leben gerufen. In den ersten Jahren entwickelte es sich nur sehr langsam, wuchs dann aber rapide und nimmt jetzt Millionen neuer Mitglieder jährlich auf.

Fast 80 Millionen Nordamerikaner sind gegen Operationen versichert, und 56 Millionen haben eine freiwillige allgemeine Krankenversicherung abgeschlossen, wodurch alle im Krankheitsfall entstehenden Kosten je nach der Versicherungsart entweder ganz oder zum Teil gedeckt werden. Von dieser Versichertengruppe gehören etwa 30 Millionen dem „Blue Shield“ an. Das „Blue Shield“ wird von der Ärzteschaft unterstützt und von den Ärzten selbst verwaltet. Es wurde fünf Jahre später als das „Blue Cross“ eingerichtet, nahm aber die gleiche rasche Entwicklung wie dieses.

Bei diesen Versicherungen gibt es natürlich die verschiedensten Möglichkeiten der Risikodeckung. Der „surgical plan“ deckt die Ausgaben bei Operationen und Entbindungen bis zu einem bestimmten Höchstsatz. Der „surgical-medical plan“ deckt sowohl die Operationskosten als auch die Krankenhauskosten, und der ausgedehnte „general medical plan“ gilt für solche Mitglieder, die sehr kleine Einkommen haben. Neuerdings entwickelt man eine neue Form, die die Kostendeckung langdauernder Krankheiten ermöglichen soll. Bei all diesen Versicherungsarten gibt es Gebührenordnungen, die aber in den verschiedenen Teilen des Landes voneinander abweichen. Fast alle Versicherungen arbeiten mit dem Begriff des Mindesteinkommens. Liegt das Einkommen des Versicherten unter diesem Satz, so erklärt sich der Arzt mit der ihm vom „Blue Shield“ dafür gewährten Vergütung für seine Leistungen einverstanden. Liegt das Einkommen des Versicherten jedoch höher, so stellt die Vergütung des „Blue Shield“ nur eine Sicherheit dar, über die hinaus der Arzt noch Ansprüche an den Patienten stellen kann.

In den USA und Kanada gibt es 77 „Blue Shield“-

Gesellschaften, die in der „Blue Shield Medical Care Plans, Inc.“ zusammengeschlossen sind. Sie haben einen besonderen nationalen Anschluß eingerichtet, der die gegenseitigen Beziehungen regelt und koordiniert. Über ähnliche Einrichtungen verfügt auch das „Blue Cross“. „Blue Cross“ und „Blue Shield“ arbeiten eng zusammen und haben meistens gemeinsame Agenturen, so daß sich ein Mitglied leicht zur gleichen Zeit sowohl gegen Krankenhausaufenthalt als auch gegen ambulante ärztliche Behandlung versichern kann. Die Risikodeckung war zunächst, als man noch nicht über genügend versicherungstechnische Erfahrung verfügte, begrenzt. Später aber, als die Erfahrung wuchs und die Versicherungsgesellschaften finanzkräftig wurden, ist die Risikodeckung stetig größer geworden, und das Ende dieser günstigen Entwicklung ist noch nicht erreicht.

Versicherungsexperten haben festgestellt, daß die freiwillige Krankenversicherung in Amerika das am schnellsten wachsende Versicherungsprojekt in der gesamten Geschichte ist.

API V/55

#### Internationale Tagung der Geistesarbeiter in Paris

Die CITI (Confédération Internationale des Travailleurs Intellectuels) hatte für die Zeit vom 6. bis 8. März 1955 ihre Mitgliedsverbände, hierbei auch die Union der Geistesarbeiter Deutschlands, dazu alle großen internationalen Organisationen der Geistes-schaffenden, zu einer Hauptversammlung nach Paris eingeladen. Der Montag, 7. 3. 1955, war der „Tag der internationalen Verbände“. Im Sitzungsraum der UNESCO versammelten sich zahlreiche Vertreter der eingeladenen Organisationen, hierunter der internationalen Vereinigung der Universitäten, des Weltärztebundes, der Union Internationale des Advocats, der CISAC (Confédération Internationale des Societes des Artists et Compositeurs), der Confédération des Travailleurs Intellectuels de France (CTI), der Union der Geistesarbeiter Deutschlands, ferner Vertreter italienischer, spanischer, britischer Organisationen und Dienststellen. Aus der Bundesrepublik nahmen an der Tagung teil: Dr. Horn, Düsseldorf, Dr. Heggemann, Düsseldorf, und Dr. Brandt, Düsseldorf.

Nach einem Vortrag des Pariser Anwalts Dr. Bressac über „Die steuerliche Situation der Geistes-schaffenden“ und nach einem Referat des Präsidenten der CTI Frankreichs, Rosier, über „Die Struktur der geistigen Berufe und Probleme des Nachwuchses“ hielt Dr. Brandt, Düsseldorf, einen Grundsatzvortrag über den „Lebensstandard und die soziale Sicherheit der Geistes-schaffenden“, insonderheit der freien geistigen Berufe. An Hand umfassenden Zahlenmaterials legte er die schwierige soziale Lage der Geistes-schaffenden dar — im Vergleich zu einem Tagelöhner, der 1.— DM verdient, verdient ein russischer Universitätsprofessor das 50fache, in Ägypten das 15fache, in der Türkei das 14-, in den Vereinigten Staaten das 2 1/2- und in Österreich das 1 1/2fache — und betonte die Notwendigkeit, auf nationaler und internationaler Ebene die Durchführung von Sozial-Enqueten und den internationalen Erfahrungsaustausch zu verstärken, um endlich den großen Rückstand dieser ersten Phase solidarischer Selbsthilfe gegenüber der gewerblichen Wirtschaft und der gesamten Arbeiterschaft aufzuholen und damit die überall in der Welt notwendigen Schritte zur Verbesserung der Lage der Geistes-schaffenden einzuleiten.

Die starkbesuchte Mitgliederversammlung der CITI nahm verschiedene Resolutionen an, die sich mit der Verbesserung des Lebensstandards, der Altersversorgung, der Besteuerung und der Förderung des Nachwuchses der Geistes-schaffenden befassen. Diese Resolutionen werden

Bei vegetativen  
Störungen

NEUROVEGETALIN



VERLA PHARM · TUTZING / OBB.

unter anderem den Vereinten Nationen, der UNESCO, dem Europarat und dem Internationalen Arbeitsamt zu geleitet.

Bei der Neuwahl des Verwaltungsrates der CITI wurde der Präsident der „Union der Geistesarbeiter Deutschlands“, Dr. Max Horn, Düsseldorf, zum Vizepräsidenten und der Hauptgeschäftsführer des „Bundesverbandes der Freien Berufe“, Dr. Ernst Brandi, Düsseldorf, zum Mitglied des Beratenden Beirates gewählt. Die Tagung fand ihren Abschluß durch einen Empfang des Vizepräsidenten der Stadtverwaltung Paris im Hotel de Ville.

### „Mein Lieber“

Der Nr. 9 der Schweizerischen Ärztezeitung entnehmen wir die nachfolgende beherzigenswerte Ermahnung:

Viele ärztliche Schriftstücke und medizinische Dokumente der verschiedensten Art und Bedeutung sieht man immer wieder, die mit der vertrauten und zweifellos gut gemeinten „Du“-Anrede beginnen, womöglich noch in Verbindung mit einer zeitgemäßen Abkürzung oder einem Übernamen. Die Absender, nicht nur die jüngeren in den Kliniken tätigen Kollegen, geben sich wohl nicht immer Rechenschaft darüber, daß viele ihrer schriftlichen Produkte eben mehr oder weniger wichtige Dokumente von latenter Aktivität sind, von denen man nie sicher weiß, was mit ihnen geschehen kann und welche Bedeutung ihnen in Zukunft vielleicht zukommt: sie tauchen — abgesehen davon, daß sie mehr oder weniger wichtige Bestandteile von Krankengeschichten sein können — unter Umständen unvermutet und ungewollt in Akten von Versicherungen, von Krankenkassen, von Gerichten, Behörden usw. auf und machen hier oft nicht den allerbesten Eindruck. Häufig erwecken sie beim (meistens unbefugterweise!) Einblick erhaltenden Außenstehenden, wie ich schon feststellen konnte, falsche Vorstellungen über die Beweiskraft der medizinischen Unterlagen, unangebrachte Vermutungen und Rückschlüsse sowie eigentliches Mißfallen, was begreiflich erscheinen kann: „... ist leider unerwartet ad exitum gekommen. Grüße auch an Clärll, Dein alter ...“

Besonders heute, wo der Ärztestand auf einem recht exponierten Posten steht und die althergebrachte Vertrauensbasis zu unsern Patienten leider immer mehr durch irgendwelche Rechtsverhältnisse und Rechtsansprüche abzulösen versucht wird, müssen wir alles Interesse daran haben, auch nach außen die Form und Würde zu wahren, auf die unser Stand immer geachtet hat. Und dazu gehören wohl — von Ausnahmen, die es immer wieder gibt, abgesehen — die übliche Sie-Form und korrekte Wendungen in allen unseren schriftlichen Äußerungen als Ärzte, auch wenn Absender und Empfänger durch engste Freundschaftsbande verbunden sind — oder gerade dann ganz besonders. Es kommt ja in der heutigen Medizin oft genug nicht nur darauf an, was man berichten muß, sondern in welcher Form dies geschieht — und darum gehören wohl Schmollisbezeugungen, Stammischverabredungen usw. als ein alter ego auf ein Stück Extrapapier oder in einen kleinen Bleistiftvermerk.

F. Wuhrmann, Winterthur

### Aktuelle Fragen aus dem Steuerrecht

#### Es lohnt sich wieder, an Betriebsausgaben zu sparen

(C.) Die außerordentlich hohe progressive Steuerbelastung bei der Einkommensteuer in den Jahren seit Beendigung des Krieges hatte, wie kaum anders zu erwarten war, zur Folge, daß sich die Steuerpflichtigen bei ihren Betriebsausgaben nicht nur keinerlei Beschränkungen auferlegten, sondern Anschaffungen für den Betrieb oder Beruf machten, die unter normalen Verhältnissen gar nicht in Frage gekommen wären. Nehmen wir als Beispiel die Anschaffung eines Kraftwagens. Wer wirtschaftlich denkt, wird sich mit einem „Volkswagen“ begnügen, wenn dieser für seine gewerblichen oder beruflichen Zwecke ausreicht, und die durch die Abschreibung zu erzielende Steuerersparnis nur 20—30 Prozent der Anschaffungs- und Unterhaltungskosten beträgt. Beträgt aber infolge der bislang gültigen einkommensteuerlichen Belastung die bei Betriebsausgaben zu erzielende Steuerersparnis nicht 20 bis 30 Prozent, sondern 50—70 Prozent, so bedurfte es für

viele Steuerpflichtige keiner langen Überlegung, ob nicht beispielsweise dem Volkswagen etwa ein „Kapitän“, ein „Mercedes“ oder ein anderer komfortabler Wagen vorzuziehen war.

Seit dem 1. 1. 1955 ist nun der Einkommensteuertarif bis über 20 v. H. gesenkt worden. Damit ist natürlich auch die Spitzenbelastung des Einkommens fühlbar niedriger geworden, wozu noch eine entsprechende Ersparnis an Notopfer Berlin und Kirchensteuer kommt. Anschaffungen von an sich nicht unbedingt erforderlichen Betriebsanlagegütern können von steuerlichen Erwägungen aus gesehen nur dann interessant sein, wenn sich eine ungewöhnliche Steuerersparnis ausrechnen läßt. Dies ist aber seit dem 1. 1. 1955 nicht mehr annähernd in dem Maße der Fall wie seither, so daß es sich heute schon vielfach wieder lohnt, vor der Anschaffung von Wirtschaftsgütern des Anlagevermögens Überlegungen über die Notwendigkeit der Anschaffung sowie Berechnungen über die tatsächlich zu erzielende Steuerersparnis anzustellen. Um die ungefähre Steuerersparnis, die in der Spitze des Einkommens bei Einsparung vermeidbarer Betriebsausgaben zu erzielen ist, feststellen zu können, muß man die Spitzenbelastung des jeweiligen Einkommens kennen, wozu nachstehende Tabelle dienen kann.

### Spitzenbelastung des Einkommens durch die Einkommensteuer ohne Kirchensteuer und Notopfer Berlin

Jahreseinkommen	in Steuerklasse				
	I	II	III <sub>1</sub>	III <sub>2</sub>	III <sub>3</sub>
	etwa				
DM	%	%	%	%	%
6 000	22	20	19	17	14
8 000	25	24	23	22	19
10 000	26	25	24	23	22
12 000	29	28	27	26	24
14 000	30	29	29	28	26
18 000	31	30	30	29	28
18 000	32	32	31	30	30
20 000	34	33	33	32	31
22 000	35	35	33	34	32
24 000	36	34	35	35	34
30 000	39	39	38	37	37
40 000	41	43	44	42	41
50 000	42	42	42	42	42
60 000	43	44	43	43	43
70 000	45	45	45	45	45
80 000	46	47	46	46	46
90 000	47	47	47	47	46
100 000	48	48	48	48	48

In den Einkommenstufen über 100 000 DM steigt die Spitzenbelastung bis etwa 63% bei einem Einkommen von etwa 615 000 DM.

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

### AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Ewald K a p a l (wiss. Assistent am Physiologischen Institut der Univ. München) wurde mit M. E. Nr. V 6741 vom 16. 3. 1955 zum Privatdozenten für „Physiologie“ in der Medizinischen Fakultät der Universität München ernannt.

Apl. Professor Dr. Heinz K ö b c k e (wiss. Assistent der Univ.-Nervenklinik München) wurde mit M. E. Nr. V 20398 vom 11. 3. 1955 als apl. Professor für „Neurologie und Psychiatrie“ von Tübingen nach München unhabilitiert.

Prof. Dr. med. Karl V o ß s h u l t e, Ordinarius für Chirurgie und Direktor der Chirurgischen Klinik in Gießen, erhielt von der Universität Erlangen einen Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie.

### PERSONALIA

Dr. med. Ludwig D i e m, Marktbreit, 1. Vorsitzender des Kreisverbandes der Ärztlichen Bezirksvereine Unterfranken und Krankenhausarzt, erhielt das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

Dr. Josef D u s c h l, Facharzt für Chirurgie und ehe-

maliger Krankenhausdirektor in Freising, erhielt das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

Dr. med. Hermann Fischer, außerplanmäßiger Professor für Chirurgie an der Universität Erlangen, feierte seinen 65. Geburtstag. Prof. Fischer ist gegenwärtig als Direktor der Städtischen Krankenanstalt in Fürth tätig und hält Vorlesungen an der medizinischen Fakultät in Erlangen. Er gilt als hervorragender Experte der Unfallheilkunde.

Geheimrat Prof. Dr. med. Karl Kießkalt, München, wurde zum Ehrenmitglied des Ärztlichen Vereins zu München ernannt.

Prof. Dr. Guido Miescher, Direktor der Universitäts-Hautklinik in Zürich, wurde durch die Medizin. Fakultät der Universität München der Ehrendoktor („Dr. med. honoris causa“) verliehen.

Prof. Dr. Wilhelm Rohrschnelder, ordentl. Professor für Augenheilkunde und Direktor der Univ.-Augenklinik München, begeht am 30. 4. 1955 seinen 60. Geburtstag.

Dr. Karl Schuster, Bamberg, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins Bamberg und prakt. Arzt, erhielt das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizin. Universitätsklinik in Würzburg, wurde von der Medizinischen Fakultät Lissabon eingeladen, als Ehrengast der Fakultät an der Einweihung der neuen Kardiologischen Klinik Ende Januar 1955 teilzunehmen und zu diesem Anlaß einen Vortrag aus seinem Fachgebiet zu halten.

Dr. Bernhard Zrenner, prakt. Arzt in Windisch-essenbach, erhielt das Bundesverdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

#### Berichtigung

In dem Glückwunsch an Herrn Kollegen Dr. Victor Ewald Mertens anlässlich seines 80. Geburtstages ist eine Verwechslung unterlaufen insofern, als Herr Dr. Mertens 12 Jahre lang Schriftleiter der „Monatsschrift für Krebsbekämpfung“ und nicht der Zeitschrift für Krebsforschung war.

#### IN MEMORIAM

Der Präsident des Bayerischen Roten Kreuzes, Reichsminister a. D. Dr. Otto Geßler, welchem anlässlich seines 80. Geburtstages am 6. 2. 1955 der Ehrendoktor der Medizinischen Fakultät München verliehen worden war, ist am 24. 3. 1955 auf seinem Gut in Lindenberg/Allgäu gestorben.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. H. Pette, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik, Hamburg, findet vom 18. bis 24. April die 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin statt. Hauptthemen: 1. Organisation und Reaktionsweisen des Nervensystems. Referenten: Bargmann, Kiel; Zülch, Köln; Vogel, Heidelberg; Janzen, Dortmund. 2. Erkenntnisse und Probleme der Virusforschung. Referenten: Friedrich-Freksa, Tübingen; Westphal, Säckingen; Wuhmann, Winterthur; Fanconi, Zürich. 3. Die Entmarkungskrankheiten des Zentralnervensystems. Referenten: Peters, Bonn; Klenk, Köln; Rajewski, Frankfurt; Reese, Madison Wisc. USA. Zu diesen Themen aufgeforderte und freie Vorträge; aus anderen Gebieten der inneren Medizin freie Vorträge. Ständiger Schriftführer der Gesellschaft: Prof. Dr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

### Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V.

Die Landesgruppe Bayern des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e.V. hält am 14./15. Mai 1955 in Murnau am Staffelsee ihre 1. Wochenendtagung ab, mit der gleichzeitig für Arztfrauen und Sprechstundenhelferinnen eine Einführung in Hydrotherapie und Rohkostküche verbunden ist. Auskunft: Dr. med. Herget, Nürnberg, Fürther Straße 99.

Das „Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung“ veranstaltet im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer vom 20.—22. Mai 1955 den 14. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg.

Leiter: Prof. Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg.

#### PROGRAMM

Festvortrag im Reichssaal: Donnerstag, 19. Mai 1955

Prof. Dr. Rothacker, Bonn: „Das menschliche Bewußtsein“

Freitag, 20. Mai 1955

Hauptthema: Überlastungsschäden

Lejeune, Köln

Geistige und seelische Bedingungen der Überlastungsschäden

Lohmann, Dortmund

Die Vermeidung von Überlastungsschäden durch richtige Arbeit

Nordmann, Hannover

Allgemeine und spezielle Pathologie nervöser Kreislaufstörungen

Hochrein, Ludwigshafen

Überlastungsschäden an Herz und Kreislauf

Bortram, Hamburg

Überlastungsschäden durch Fehlernährung

Schlomka, Berlin

Die Bedeutung der beruflichen Belastung für die Entstehung und

Klinik degenerativer Gelenkleiden und deren Auswirkungen

Nietschke, Tübingen

Körperliche und seelische Fehlentwicklungen bei Kindern, als Folge von Milieuschäden

Schneider, Heidelberg

Seelische Überlastung und ihre Folgen

Lejeune, Köln

Die Bedeutung der Überlastungsschäden für die Verkehrssicherheit.

Samstag, 21. Mai 1955

Hauptthema: Radioisotope

Lang, Mainz

Die Bedeutung der Radioisotope für die Medizin

Fellinger, Wien

Die moderne Schilddrüsendiagnostik mit J 131

Horst, Hamburg-Eppendorf

Indikation und Behandlungserfolge der Schilddrüsenerkrankungen

mit J 131 mit Einbeziehung der Kreislaufkrankungen

Vannotti, Lausanne

Die moderne Erforschung des Eisenstoffwechsels mittels Radioeisen

Koederling, Freiburg

Die Behandlung von Blutkrankheiten mittels Radioisotopen

Wuser, Zürich

Die Fortschritte der Kreislaufdiagnostik mit radioaktiven Isotopen

Haller, Nürnberg

Tumordiagnostik mittels Radioisotope

Jakob, Nürnberg

Tumorthherapie mittels Radioisotope

Jahn, Nürnberg

Zur Beurteilung der Hyperthyreosen mit Hilfe des Radiojodtestes

Sonntag, 22. Mai 1955

Hauptthema: Interstitielle Nephritis

Zöllinger, St. Gallen

Die Pathologie der interstitiellen Nephritis

Hungerland, Gießen

Die interstitielle Nephritis bei Stoffwechselfstörungen und Infektionen bei Kindern

# Bei vegetativer Labilität



**bella** *sanol*

**exakt**

**im Alkaloidgehalt**



DR. SCHWARZ ARZNEIMITTELFABRIK GMBH · MONHEIM BEI DUSSELDORF

Spühler, Zürich

Klinik und Behandlung der interstitiellen Nephritis

Allgöwer, Basel

Das Crushsyndrom traumatischen Ursprungs

Thiermann, Erlangen

Die interstitielle Nephritis bei ascendierenden Harnwegsinfektionen

Reubi, Bern

Technik und Erfolg der künstlichen Niere sowie der Dialyse und Austauschtransfusion

Moeller, Würzburg

Tubuläre Insuffizienzen

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

Anmeldungen und Anfragen werden an das Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse in Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, Tel. Nr. 3651/451, erbeten.

**Deutscher Ärztetag 1955**

In seiner Sitzung am 5. 3. 1955 beschloß das Präsidium des Deutschen Ärztetages, dem Vorschlag des Geschäftsführenden Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern folgend, den 58. Deutschen Ärztetag in der Zeit vom 27. September 1955 bis zum 2. Oktober 1955 in Baden-Baden abzuhalten.

Die Veranstaltungen des Ärztetages sollen eröffnet werden mit einem öffentlichen Vortrag am Dienstagabend, den 27. 9. 1955, über das Thema: „Die Gesundheit unserer Schuljugend.“

Ferner wurde beschlossen, als Thema des 58. Deutschen Ärztetages das Problem der Reform der sozialen Krankenversicherung zu verhandeln.

**KONGRESSKALENDER****INLAND****April 1955**

18.—21. Wiesbaden: 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Anmeldungen: Prof. Dr. Fr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

22.—24. in Bad Pyrmont: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes. Auskunft: Dr. Maria Ries, München 25, Penzberger 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: Äztl. Fortbildungswoche. Auskunft: Kreisstelle Köln der Ärztekammer Nordrhein, Köln-Lindenthal, Stadtwaldgürtel 42.

26.—30. in Bad Kissingen: 25. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. Wüstenberg, Gelsenkirchen, Rottthausstr. 19.

28.—30. in Bad Kissingen: Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinischen Beamten. Auskunft: OMR, Dr. Kläff, Fürth i. B., Blumenstraße 32.

29.—1. Mai in Baden-Baden: Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. Auskunft: Dr. Georg Staudinger, Frankfurt a/M., Jügelstraße 15.

**Mai 1955**

2.—7. in Lindau: 6. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, Privatklinik Dr. Speer, Lindau/Bodeeese.

2. Mai bis einschließlich 30. Juli in Düsseldorf: 17. Lebrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf. Anmeldungen bis t. 4. 1955 an: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, Landeshaus, Berger Allee.

7.—8. in Freiburg/Brg.: 77. Tagung der Südwestdeutschen Dermatologervereinigung. Auskunft: Univ.-Hautklinik, Freiburg/Brg., Hauptstr. 7.

12.—14. in Bad Neuenahr: Delegiertenversammlung d. Internationalen Bädervverbandes. Auskunft: Kurverwaltung Bad Neuenahr.

14. in Baden-Baden: Vereinigung Südwestdeutscher Röntgenologen e. V. Auskunft: Dr. med. von Held, Stuttgart, Katbarinenhospital.

14.—15. in Murnau/Staffelsee: 1. Wochenendtagung der Landesgruppe Bayern im Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Dr. med. Herget, Nürnberg, Fürber Straße 99.

14.—18. in Bad Brückenau/Ur.: Homöopathischer Einführungskurs des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. Adalbert Mayer, Bad Brückenau, Wernerer Straße 50.

19.—21. Karlsruhe: Einführungskurs über Funktionselektrokardiographie. Anmeldungen an das Sekretariat Chefarzt Dozent Dr. Dr. F. Kienle, II. Med. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.

19.—22. in Garmisch-Partenkirchen: 3. Kongreß des Verbandes deutscher Privatkrankeanstalten. Auskunft: Geschäftsführer Rottmann, München 25, Bismarckstraße 11/0, Telefon 5 38 40.

20.—22. in Regensburg: 14. Fortbildungskurs der Ärzte. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zi. 5.

22.—26. in Konstanz: 26. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. Theising, Ludwigshafen/Rh., Städt. Hals-, Nasen- u. Ohrenklinik.

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. in Würzburg: Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. Dr. F. Rupert, Würzburg, Domstr. 21/25.

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.

26.—27. in Goslar: 19. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. Herget, Essen, Huyssens-Stiftung.

31. 5.—4. 6. in Weingarten: 8. Religiös-wissenschaftliche Ärztetagung. Auskunft: Dr. Alfons Riegel, Schorndorf/Wttbg., Burgstraße 53.

**Juni 1955**

1.—5. in Berlin: 4. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztl. Fortbildung, Berlin-Steglitz, Klugsorstraße 29.

2.—3. in Berlin: Kongreß der Vereinigung zur Bekämpfung des Krüppeltums. Auskunft: Prof. Dr. A. N. Witt, Oskar-Helene-Heim, Berlin-Dahlem, Clay-Allee 229.

6.—8. in 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, Romastr. 35—37.

# Cardenion

mit Khellin und Rutinin

zur kleinen Herztherapie bei Angina pectoris, funktionellen Herzstörungen, zur Intervallbehandlung.

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · PHARM. ABT. · HEIDELBERG

- 10.—12. in Lindau: 7. Kongress der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Brügger, Wangen/Allg., Kinderheilstätte.
- 12.—25. in Freudenstadt: Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kurverwaltung in Freudenstadt/Schwarzwald.

## Juli 1955

- 16.—17. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für prakt. Medizin, Augsburg, Schüzlerstraße 19.
- 16.—17. in Würzburg: Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung. Auskunft: Prof. Dr. Wachsmuth, Würzburg, Universitätsklinik.
- 27.—30. in Hamburg: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Dr. Dr. med. habil. F. Schön, Bad Reichenhall.
- 15.—17. in Scheveningen: 5. Europäischer Rheumatologiekongress. Auskunft: Dr. Pieter, Bothstraat 12, Den Haag/Holland.

## August 1955

28. 8.—3. September in Karlsruhe: Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dozent Dr. Dr. Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.

## September 1955

- 2.—4. in Augsburg: Sportärztetag 1955. Auskunft: Dr. med. G. Fischbach, Augsburg-Hochfeld, Fährhaberstraße 25.
- 2.—6. in Hamburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. med. Tschirutsch, Iserlohn, Hochstraße.
- 11.—14. in Freiburg (Breisgau): 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Keller, Freiburg (Breisgau), Universitäts-Kinderklinik, Matbildenstraße 1.
- 14.—17. in Hamburg: Kongress der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Mau, Hamburg-Eppendorf.
- 20.—24. in Freiburg (Breisgau): 5. Internationaler Kongress der Europäischen Hämatologengesellschaft. Auskunft: Dozent Dr. H. Begemann, Freiburg (Breisgau), Medizinische Universitätsklinik.
- 24.—25. in München: 39. Tagung der südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Dr. H. Naumann, Würzburg, Univ.-Hals-Nasen-Obrenklinik, Luitpoldkrankenhaus.
- 27.—2. Oktober in Baden-Baden: 58. Deutscher Ärztetag.

## Oktober 1955

- 1.—2. in Bad Wiessee: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Dr. G. Schulenburg, Rottach-Egern, Postschließfach 66.
- 17.—19. in München: Deutscher Röntgenkongress. Auskunft: Prof. Dr. A. Köhler 15, Bayarising 19.

## AUSLAND

## Mai 1955

- 1.—14. auf der Jamtalhütte/Silvretta: Skikurs C, Alpiner Ausbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kongressbüro, Bundesärztehaus, Köln, Brabanter Str. 15.
- 7.—31. in Badgastein und Bad Hofgastein: Gasteiner Balneologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Kurverwaltung Badgastein.
- 25.—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.

## Juni 1955

- 4.—5. in Zürich: 39. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Veterinärpathologen. Auskunft: Prof. Dr. Carl Krauspe, Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52.
- 6.—18. Grado: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft durch Kongressbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 15.
- 7.—9. in Paris: Internationaler Neurologenkongress. Auskunft: Generalsekretär Dr. Sigwald, 68, Boulevard de Courcelles, Paris (17<sup>e</sup>).
- 9.—11. in Aix-les-Bains: V. Internationaler Kongress für Lebensversicherungsmedizin. Auskunft: Dr. med. W. J. Charlton, Gesellschaftsarzt der Allianz-Lebensversicherungs-A.G., Stuttgart-W, Reinsburgstraße 19.
- 18.—20. Brüssel: 3. Tagung der Endokrinologen französischer Sprache. Anmeldungen an Prof. J. Lederer, 235 avenue de Tervuren, Brüssel.
- 21.—25. London: 4. Commonwealth Health and Tuberculosis Conference. Anfragen an Generalsekretär Harley Williams, London WC 1, Tavistock House North, Tavistock-Square.
- 24.—26. in Linz/Donau: Kongress für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich, Linz a. D., Dinghofstr. 4.
- 27.—28. in Paris: 2. Internationales Treffen der Geburtshelfer und Gynäkologen. Auskunft: Gen.-Sekr. Dr. J. Courtois, f. Rue Racine, Saint-Germain en Laye (et O.).

## Juli 1955

- 4.—8. in Cambridge: 2. Internationaler Diabetes-Kongress. Auskunft: Second International Congress of the Fédération Internationale du Diabète, 152, Harley Street, London W 1.
- 15.—17. in Scheveningen: 5. Europäischer Rheumatologenkongress. Auskunft: Dr. Pieter, Both-Straat 12, Den Haag/Holl.
- 24.—31. in Kopenhagen: 16. Kongress d. Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Birkle de la Camp, Bochum, Berufsgenossenschaftl. Krankenanstalten „Bergmannsheil“.
- 25.—30. in Paris: Internationaler Kongress für Anatomie. Auskunft: Generalsekretariat des Kongresses, Paris VI e, 45, Rue de Saint Pierre.

## August 1955

- 1.—4. in Stockholm/Upsala: 1. Internationaler Kongress für Plastische Chirurgie. Auskunft und Kongressunterlagen: Tord Skoog, M. D., Upsala/Schweden.
- 1.—4. in Verona: Internationale Ärztetagung, veranstaltet v. d. „Istituto Ospitalieri“ Veronas. Auskunft: Sekretariat Ente Fiera Internazionale, Verona, Piazza Brà.
- 1.—6. in Brüssel: 3. Internationaler Kongress für Biochemie. Auskunft: Generalsekretariat 47, Place Delcour, Liège, Belgien.
- 11.—16. in London: 3. Internationaler Kongress für Kriminologie. Auskunft: Sekretariat des Kongresses, 28, Weymouth Street, London, W 1.
- 20.—26. in Wien: Jahrestagung des Weltärztebundes.

## September 1955

- 1.—4. in Verona: Internationale medizinische Woche. Auskunft: Bureaux de la Foire internationale de Verona, Verona, Piazza Brà.
- 2.—4. in Salzburg: Österreichischer Ärztekongress der Van Swieten-Gesellschaft. Auskunft: Sekretariat der Van Swieten-Gesellschaft, Salzburg, Landeskrankenhaus.
- 5.—10. in Sebeveningen: World Congress of Anaesthesiologists. Auskunft: Administrator d. W. C. o. A., Biltboven (Holland).
- 5.—19. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schüzlerstr. 19.
- 12.—17. in London: 2. Internationale Neuropathologentagung. Auskunft: Prof. Dr. Hans Jacob, Hamburg 20, Curschmannstraße 10.
- 15.—17. in Stockholm: 5. Konferenz der internationalen Gesellschaft für Rhythmusforschung. Auskunft: Prof. Petré, Karolinska-Institut, Stockholm.

# Peripherin-Homburg

Theophyllin-Ephedrin + Oxyaethyltheophyllin

**Physiologisch wirkendes  
Kreislauf- und Gefäßtonikum**

**Niedrige Dosierung!**  
- wirtschaftlich -

**TABLETTEN**

O. P. 20 Tabletten  
DM 1.35 o. U.

**TROPFEN**

O. P. Tropfglas 10 ccm  
DM 2.05 o. U.



*Zur  
Trocken-  
Behandlung:* **Aktiv-Puder**

## HEPATICUM-MEDICE

Bei Dysfunktionen der Leber und Galle

Literatur und Muster auf Wunsch

MEDICE · Chem.-pharm. Fabrik G.m.b.H. · Iserlohn (Westf.)

# Reginerton

DRAGÉES

Preisniedrig  
und sparsam!

Klein-Pack.,  
Inh. 25 Dragées  
DM 1.55 o. U.



das

neuartige

**Umstimmungstherapeuticum**

bei vegetativ - dystonisch - dyshor-  
monalen Krankheitszuständen

**Zusammensetzung:**

1 Dragée enth.: Koffein 0,005 g,  
Chelidonium 0,001 g, Hypericin  
0,002 g, Yohimbin nitrat, 0,001 g,  
Papaver, 0,01 g, Hypophys. Cu-  
rebr., 0,02 g, malek. Verbodg.  
v. Diäthylbarbitursäure-Phen-  
ylidimethylpyrazol, 0,04 g,  
Ca-Salz + Constituent, 0,0218 g.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

## AMTLICHES

### Stellenausschreibung für die Staatlichen Gesundheitsämter

Die Amtsarztstelle bei dem Staatlichen Gesundheitsamt Mühldorf ist neu zu besetzen. Bewerber können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben, im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind oder waren und die für die Leitung eines Gesundheitsamtes erforderliche fachliche Eignung besitzen. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Staatsministerium des Innern. Ärzte, die bereits bei einem Staatlichen Gesundheitsamt tätig sind, richten ihr Gesuch an die für ihren Dienstort zuständige Regierung. Die Gesuche müssen bis spätestens 15. Mai 1955 eingegangen sein.

I. A. Platz, Ministerialdirektor

### Warnung vor Josef Kirchner, geb. 17. 8. 1910

Der Heizer Josef Kirchner, ohne feste Wohnung, hat in der Zeit von Dezember 1950 bis Januar 1953 in 14 Fällen durch Vortäuschung von Krankheitszuständen Krankenhausaufnahme in verschiedenen Krankenhäusern der Bundesrepublik gefunden. Unter geschickter Ausnutzung der Gutgläubigkeit der Ärzte und bei anscheinend guter Kenntnis von der Symptomatik der von ihm vorgetäuschten Krankheitsbilder hat er es immer wieder verstanden, sich einer erschöpfenden diagnostischen Untersuchung zu entziehen, und zwar einmal dadurch, daß er eine nicht vorhandene Schwere seiner Erkrankung vortäuschte und dadurch zunächst einer gründlichen Untersuchung nicht zugeführt werden konnte. Sobald eine intensive Diagnostik bevorstand, wich er dieser im allgemeinen dadurch aus, daß er das Krankenhaus ohne irgendwelche Abmeldung verließ. Es ist wegen dieser Betrügereien gegen den Genannten bei der Oberstaatsanwaltschaft in Bremen ein Verfahren anhängig gewesen, das jedoch wegen Mangels an Beweisen eingestellt werden mußte.

Da damit zu rechnen ist, daß K. auch weiterhin auf diese Weise versuchen wird, Aufnahme in Krankenhäusern zu finden, halte ich es für notwendig, daß alle Krankenhäuser auf diesen asozialen Psychopathen aufmerksam gemacht werden und dadurch die Möglichkeit geschaffen wird, daß er bei künftigen Versuchen seiner betrügerischen Handlungsweise überführt werden kann.

Es wird gebeten, neben den Gesundheitsdienststellen auch den zuständigen Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Landesversicherungsanstalten hiervon Kenntnis zu geben.

I. V. gez. Greul, Präsident  
(Senator f. d. Gesundheitswesen, Bremen)

### Warnung

Die Oberstaatsanwaltschaft München I stellte das von der Staatsanwaltschaft München I gegen Leo Adelheim, Inhaber des Kosmetologischen Instituts in München 2, Kaufingerstraße 31, im Februar 1953 wegen fortgesetzten Vergehens gegen §§ 1, 3, 5 Abs. 1 und 2 des Heilpraktikergesetzes eingeleitete Verfahren mit Verfügung vom 25. 1. 1955 ein. Adelheim war beschuldigt, ohne die Approbation als Arzt oder eine Genehmigung

nach § 1 (1) des Heilpraktikergesetzes zu besitzen, Korrekturen an Brust, Nase, Ohren, Kinn und Gesichtshaut durch chirurgische Eingriffe vorgenommen zu haben, wobei ihm von niedergelassenen Ärzten assistiert wurde. In einem wegen der gleichen Beschuldigungen von der Staatsanwaltschaft Köln eingeleiteten und mit Verfügung vom 12. 4. 1954 gleichfalls eingestellten Verfahren wurde die Frage, ob Adelheim objektiv die Heilkunde ausübte, offengelassen. Es konnte ihm in dem Verfahren vor der Staatsanwaltschaft München I daher nicht mit ausreichender Sicherheit widerlegt werden, daß er sich über den Begriff der Heilkunde im Irrtum befand. Die Einstellung des letzteren Verfahrens steht nach Mitteilung der Oberstaatsanwaltschaft München I der Durchführung eines neuen Ermittlungsverfahrens gegen Adelheim nicht entgegen, wenn er danach noch chirurgische Eingriffe ohne die erforderliche Erlaubnis vornehmen sollte.

Die Ärzte Bayerns werden unter Hinweis auf diese Rechtslage vor einer Zusammenarbeit mit Adelheim gewarnt, die zudem einen Verstoß gegen das in § 21 der Berufsordnung für die Ärzte in Bayern vom 26. 1. 1950 festgelegte Verbot der Zusammenarbeit von Ärzten mit Nichtärzten bei der Krankenbehandlung darstellt, dessen Mißachtung eine berufsgerichtliche Ahndung zur Folge hat.

## RUNDSCHAU

**Kampf gegen den Alkoholismus.** Die Generalversammlung der Verbindung der französischen Ärzte beglückwünscht in einer Entschließung die Regierung zu ihren Vorstößen im Kampf gegen den Alkoholismus, der eine der größten Ursachen des schweren Defizits der Sozialversicherungskassen darstelle und eine der wichtigsten Ursachen von Krankheiten und physischer und sittlicher Verwahrlosung bedeute. Die Resolution fordert die Regierung auf, den Kampf mit noch energischeren Maßnahmen fortzusetzen. (Med. Kl. 12/55)

**Arbeitsschutz.** Auf dem diesjährigen Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Düsseldorf setzte sich Frau Dr. med. Kunigk, Referentin in der ärztlichen Abteilung des Bundesarbeitsministeriums, sehr eindringlich für die Beibehaltung der Arbeitsschutzbestimmungen für die erwerbstätigen Frauen ein. In ihrem Referat bemerkte sie u. a.: „Während zu Anfang des 19. Jahrhunderts die Frauen in den Fabrikbetrieben durch übermäßige Belastung und schlechte Arbeitsbedingungen an Tuberkulose, Fehlgeburten und Unterleibskrankheiten litten, sind es heute Kreislauf- und Herzkrankheiten, von denen die arbeitenden Frauen bedeutend stärker heimgesucht werden als die Männer.“ Die Zahl der schweren Berufsschäden habe zwar abgenommen, aber die einseitigen Belastungen und Überanstrengungen wirkten sich meist erst etliche Jahre später verhängnisvoll aus. Dies werde auch bei der Beschäftigung von jungen Mädchen noch viel zu wenig beachtet. Der Schwerpunkt der Gefährdung durch Krankheit liege bei Frauen 10 bis 15 Jahre früher als bei den Männern und bei der sonstigen Bevölkerung. Diese Feststellung, aus den statistischen Zahlen der Betriebskrankenkassen entnommen, besagte, daß den berufstätigen Frauen zuviel zugemutet würde und sie schneller verbraucht seien. Frau Dr. Kunigk führte diese Überanstrengung auf die meist

# Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

PERMICUTAN-GESELLSCHAFT · MBH · MÜNCHEN 13