

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 5

MÜNCHEN, Mai 1955

10. Jahrgang

Die Entwicklung der Morbidität bei den Pflichtkrankenkassen und ihre Auswirkung auf eine leistungsgerechte Bezahlung der Kassenärzte

Von Johannes Seifert

Die gegenüber der Vorkriegszeit festzustellende wesentliche Steigerung der Morbidität (Erkrankungshäufigkeit je Mitglied) ist zu einem Problem geworden, mit dem sich nicht nur die gesetzliche Krankenversicherung und die Ärzte befassen, sondern die zuständigen staatlichen Stellen, Sozialpolitiker, Gewerkschaften, Wirtschaftspolitiker sowie die privaten Krankenversicherungen. Das umfassende Interesse ergibt sich aus der Feststellung, daß die für die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Geldmittel nach Angaben der Krankenkassen häufig nicht ausreichen, dem Leistungsbedarf der Anspruchsberechtigten und den sich daraus ergebenden Verpflichtungen gegenüber den Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern usw. im Rahmen einer leistungsgerechten Bezahlung zu entsprechen.

Da die Ansichten über die Ursachen der Steigerung mannigfaltig und oft widersprechend sind, soll in dieser Arbeit der Versuch unternommen werden, die Ursachen aufzuzeigen. Das erscheint um so notwendiger, weil nicht selten angenommen wird, daß die Steigerung keine echte, sondern zu einem Teil eine künstlich erzeugte sei. Dafür werden zumeist die Anspruchsberechtigten der Krankenversicherung, aber auch die Kassenärzte verantwortlich gemacht.

Diese beiden Erscheinungen scheiden — das soll durch diese Arbeit mit bewiesen werden — tatsächlich im Rahmen der Begründung für die gestiegene Morbidität als nennenswerte Faktoren aus. Die Gründe für die tatsächlich vorhandene echte Steigerung der Morbidität sind andere. Es soll versucht werden, den Beweis dafür anhand von Material zu erbringen, das nicht nur der Krankenversicherung entstammt, sondern wesentlich aus anderen Quellen kommt. Es darf dabei auch nicht übersehen werden, daß die Steigerung nicht etwa eine typisch deutsche Erscheinung ist, sondern eine internationale, insbesondere eine europäische.

Vor einigen Wochen kam eine kleine Schrift zum Versand mit dem Titel „Leben und Sterben in der Bundesrepublik Deutschland“. Als Herausgeber zeichnet der Bundesminister des Innern, Abteilung Gesundheitswesen. In dem Heft ist auf den Seiten 6 bis 15 außerordentlich instruktives Material zu finden, durch welches ein großer Teil der Begründungen für die gestiegene Morbidität sichtbar wird. Besonders wertvoll sind die Schaubilder. Da ein Nachdruck gestattet ist, sei nachstehend davon Gebrauch gemacht, um die weiteren Ausführungen verständlicher zu machen. (Abb. 1.)

Die Altersschichtung, die sich nach dem Schaubild des Jahres 1910 ergibt, ist für die damalige Zeit als günstig zu bezeichnen, zumal in wirtschaftlicher, sozialer, kultureller, insbesondere hygienischer und medizinischer Hinsicht nicht jener Grad der Entwicklung erreicht war, wie er heute festzustellen ist. Eine breite Jugendbasis sicherte den regelmäßigen Nachwuchs an Arbeitskräften. Von Altersstufe zu Altersstufe zeigt sich eine gleichmäßige Abnahme. So entsteht eine bemerkenswert regelmäßige Pyramide, die gesicherte und befriedigende Verhältnisse wider-

zuspiegeln scheint. Und doch waren die Verhältnisse keineswegs befriedigend.

Von 100 000 Geborenen erreichten damals nur zwei Drittel, nämlich 67 000, das dreißigste Lebensjahr, während es heute neun Zehntel, nämlich 89 518, sind. Die Lebens-

ALTERSAUFBAU DER BEVÖLKERUNG
IM DEUTSCHEN REICH UND IM BUNDESGBIET

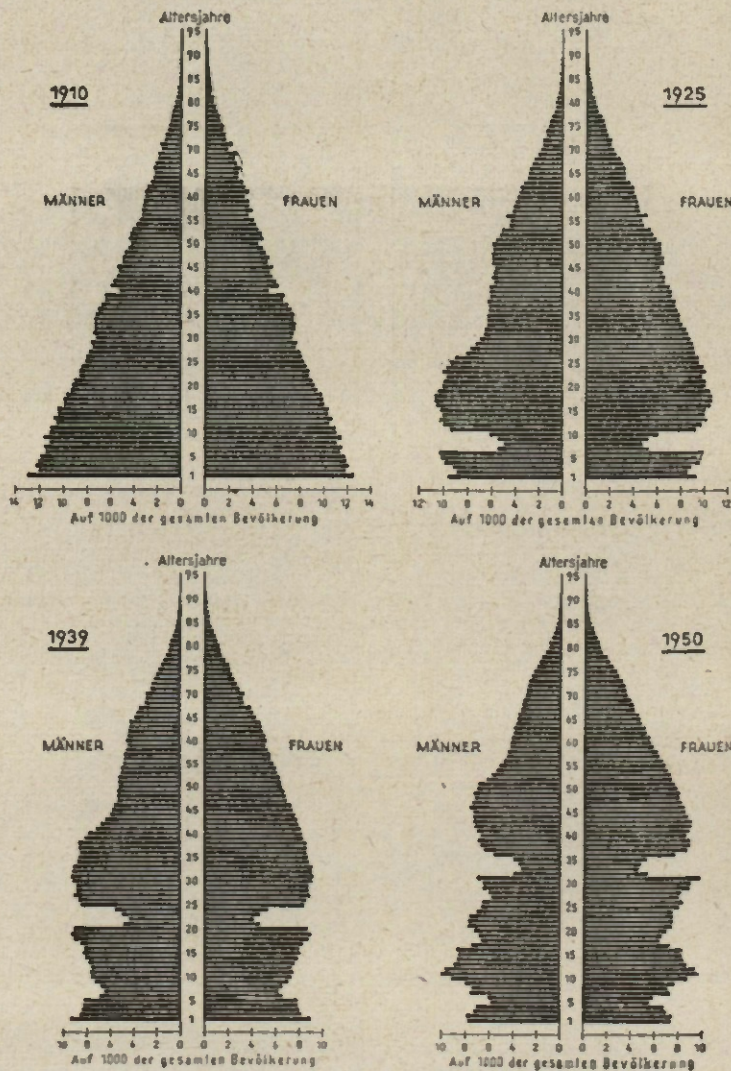
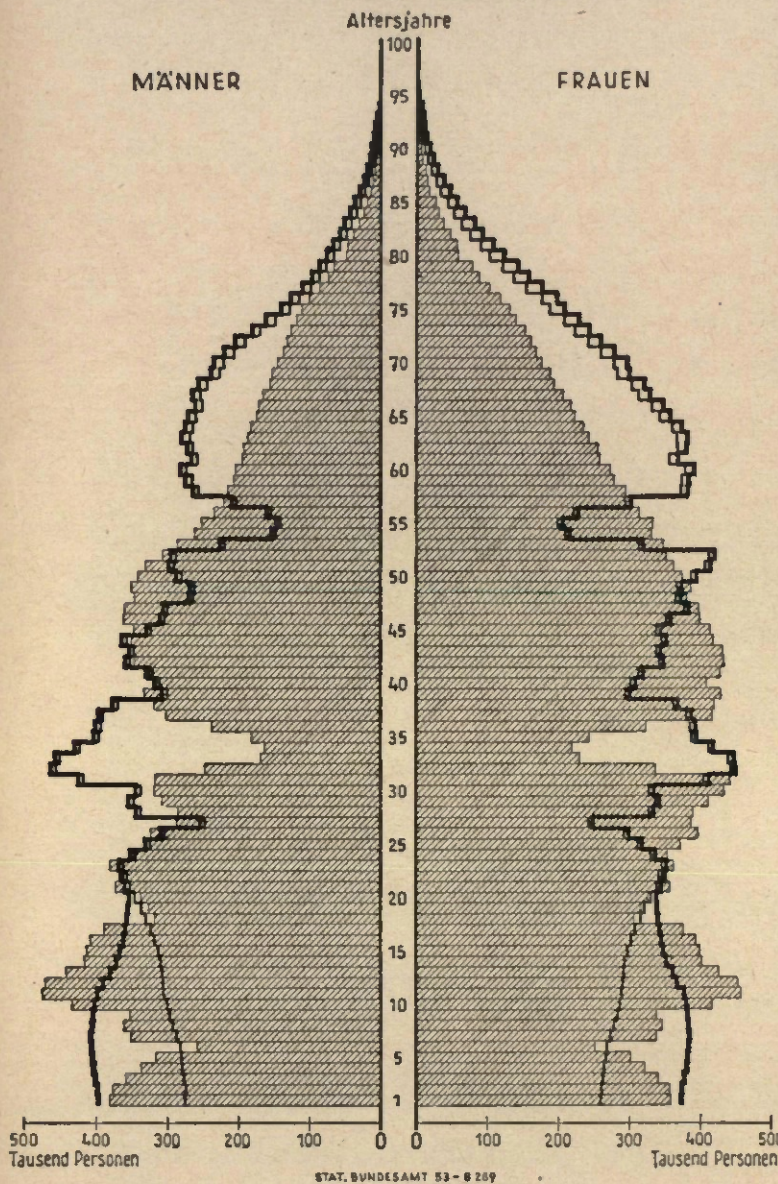


Abb. 1

VORAUSSICHTLICHER ALTERSAUFBAU DER BEVÖLKERUNG DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND IM JAHR 1972

— Optimistische Annahme — Pessimistische Annahme
 ▨ Zum Vergleich: Altersaufbau 1951



STAT. BUNDESAMT 53 - 6 209

Abb. 2

erwartung des Neugeborenen betrug damals 44 Jahre, während sie heute 64 Jahre beträgt. Das bedeutet, daß mit dem günstig erscheinenden Altersaufbau des Jahres 1910 noch eine sehr ungünstige Absterbeordnung verbunden gewesen ist. Die Menschen leben heute länger und arbeiten länger; erreichen allerdings damit auch jene höhere Altersstufe, die naturgemäß mit einer gewissen Anfälligkeit verbunden ist. Dabei ist bzgl. der Morbidität noch zu bedenken, daß die jüngeren Jahrgänge vorwiegend von akuten Krankheiten befallen werden, während die älteren Jahrgänge mit Gebrechen oder Leiden langfristige und häufige Behandlung erfordern.

Das Schaubild 1925 zeigt einmal die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer und macht zum anderen die Geburtenverluste durch den ersten Weltkrieg und die Inflation sowie die Kriegsverluste bei den 25- bis 45jährigen Männern deutlich.

Das Schaubild 1939 läßt eine Verbreiterung der Jugendbasis kenntlich werden, die aber bei weitem nicht ausreicht, die durch den ersten Weltkrieg entstandene Fehlentwicklung auszugleichen. Eine weitere Verlängerung der Lebensdauer ist festzustellen.

Die Alterspyramide 1950 zeigt die Zerrüttung durch zwei Weltkriege besonders eindrucksvoll. Die Jugendbasis ist schmaler geworden. Die Geburtenausfälle und Kriegsverluste sind überaus stark. Der Frauenüberschuß tritt deutlich hervor. Daneben wird eine weitere Verlängerung der Lebensdauer sichtbar.

Der Druck der Pyramide auf jene Altersschichten, die die Basis für ihren Aufbau bilden, ist wesentlich stärker als bei den vergleichbaren Schaubildern früherer Jahrzehnte. Es ist daher nicht verwunderlich, daß dieser Personenkreis, der übrigens auch das Gros der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bildet, für Erkrankungen anfälliger ist. Gesundheitliche Abnutzungserscheinungen treten zwangsläufig früher und öfter in Erscheinung.

Beide Faktoren lösen von selbst eine häufigere Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe aus. Festzustehen scheint also jetzt schon, daß sowohl positive Umstände (verlängerte Lebensdauer) als auch negative Einflüsse (z. B. stärkere Krankheitsanfälligkeit usw.) die zunehmende Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe auslösen. Man kann ohne weiteres von einer zwangsläufigen Entwicklung sprechen, auf die ursächlich weder die Krankenversicherung noch die Versicherten, noch die Kassenärzte einen entscheidenden Einfluß haben.

Diese Entwicklung dürfte keineswegs am Ende sein. Sie wird sich wahrscheinlich fortsetzen. Mit der wahrscheinlichen Entwicklung hat sich bereits das Statistische Bundesamt auseinandergesetzt; das zeigt sich u. a. aus nebenstehendem Schaubild (Abb. 2).

Die Pessimisten und Optimisten sind sich darüber einig, daß die Zahl der über 65 Jahre alten Personen anwachsen wird. Bis 1972 dürfte mit einer Steigerung dieser Zahl von 4,6 Millionen auf 6,5 Millionen zu rechnen sein. Bei günstigen Sterblichkeitsziffern wird sogar mit 7,5 Millionen Personen über 65 Jahren gerechnet. Heute beträgt dieser Anteil an der Bevölkerungszahl 9,3 v. H. Im Jahre 1972 soll er auf 13,5 v. H. steigen.

Der Verfasser erklärt am Schluß seiner Erläuterungen des Schaubildes: „Was das an Aufgaben für die ärztliche und wirtschaftliche Versorgung bedeutet, liegt auf der Hand.“ Dieser Hinweis ist richtig und beachtenswert. Was für die zukünftige Entwicklung gesagt ist, gilt gleichermaßen für die bisherige.

Der Pyramidencharakter der Schaubilder verschwindet mit zunehmender Lebensdauer. Die Veränderungen in ihrem oberen Teil werden ausgelöst durch die positiven Einflüsse im Rahmen des Fortschrittes in der Medizin, der Hygiene, dem Ausbau der Krankenversicherung, schlechthin im Rahmen der Gesamtentwicklung. Die höhere Lebenserwartung ist überwiegend dem Wirken der Ärzte zu verdanken. Ihr Einsatz bzw. ihre Inanspruchnahme vor dem Beginn und während des Alters beeinflussen die Lebensdauer wesentlich.

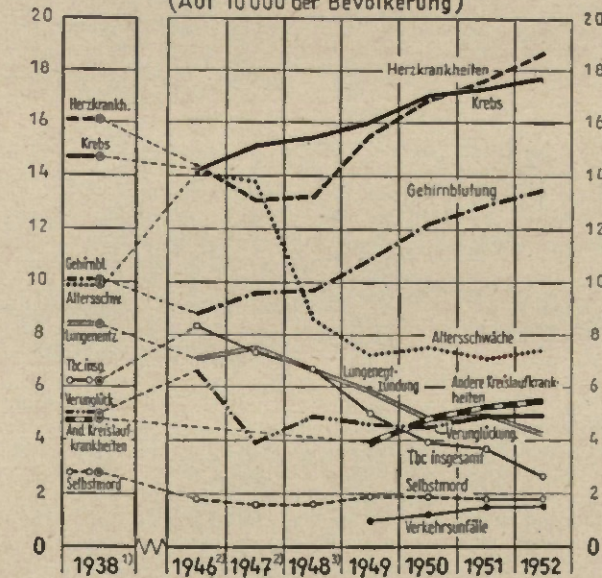
Uneinig sind sich die Optimisten und Pessimisten über die zukünftige Altersschichtung bei den Zugängen an Geburten. Die zu erwartenden Zugänge reichen jedoch weder nach der einen oder anderen Erwartung aus, die Lücken zu schließen, die in den vergangenen Jahrzehnten durch negative Einflüsse entstanden sind und heute noch entstehen.

Unter negativen Einflüssen sind hier zu verstehen die Auswirkungen des Krieges und in der Nachkriegszeit, die vielseitige physische und psychische Überforderung weiter Personengruppen (nicht nur bei den sogenannten Managern), die nachteiligen Auswirkungen des immer dichter werdenden Verkehrs, des Lärmes usw. Alle diese Faktoren bewirken eine häufigere Inanspruchnahme der Ärzte als vor dem Kriege.

Die nachstehenden Schaubilder über die wichtigsten Todesursachen veranschaulichen die Wirkungen der verschiedenen Einflüsse deutlich.

Auffällig ist der steile Anstieg bei den Herzkrankheiten und Gehirnblutungen, das Fallen bei Altersschwäche, Tuberkulose und Lungenentzündungen. Aus der Zunahme der Todesfälle wegen Herzkrankheiten und Gehirnblutungen muß gefolgert werden, daß die betreffenden Personen in den Jahren vor ihrem Tode häufiger als früher ärztlicher Behandlung bedurften, während die Entwick-

DIE WICHTIGSTEN TODESURSACHEN
(Auf 10 000 der Bevölkerung)



¹⁾ Deutsches Reich - ²⁾ Bundesgebiet ohne Rheinland-Pfalz und Süd-Baden - ³⁾ Ab 1948 Bundesgebiet

Abb. 3

lung bei den Todesursachen mit fallender Tendenz als wesentlicher Erfolg eines verstärkten ärztlichen Einsatzes zu werten ist.

Besonders interessant ist die Gegenüberstellung der Todesursachen aus den Jahren 1938 und 1952. Die Einflüsse der Fortschritte in der Medizin, Hygiene sowie andere Faktoren und damit eine verstärkte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe haben die dort sichtbare günstige Entwicklung bewirkt. (Abb. 3.)

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß die allgemeine Sterblichkeitsziffer in 1938 bei 116,6 lag, in 1952 bei 104,8.

Auch dieses Ergebnis wäre ohne einen vermehrten und moderneren Einsatz an ärztlicher Hilfe nicht denkbar. Dabei darf allerdings auch nicht vergessen werden, daß bei den Personen mit Krankheiten, deren Sterblichkeitsanteil sich verringert hat, häufig eine fortlaufende ärztliche Behandlung während der so gewonnenen Lebensjahre erforderlich ist, die ihrerseits die Morbidität zusätzlich erhöht. (Abb. 4.)

Nicht unerwähnt darf der Rückgang der Säuglingssterblichkeit bleiben. Neben einer Reihe anderer Faktoren ist es der Einsatz der Ärzte, der diese glückliche Erscheinung bewirkt hat. 1924 starben von 100 lebend geborenen Knaben innerhalb des ersten Lebensjahres 11,5; im Jahre 1952 nur 5,4. Bei den Mädchen standen sich Werte von 9,3 und 4,2 gegenüber.

Die bisherigen Ausführungen stützen sich auf Material des Bundesinnenministeriums. Bei der Auswertung eines aus anderer Quelle, nämlich dem der gesetzlichen Rentenversicherung stammenden Materials, kommt man zu gleichsinnigen Ergebnissen. In Auswirkung derselben faßte der Verband der Rentenversicherungsträger auf seiner ordentlichen Mitgliederversammlung am 18./19. 11. 1954 folgende Entschliebung.

„Die Wandlungen der Krankheiten zeigen deutlich, daß sie in neuen Erscheinungsformen die Gesundheits- und Arbeitskraft des deutschen Volkes ernstlich bedrohen. Mehr als jeder dritte Versicherte stirbt heute an Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten und fast die Hälfte der Versicherten wird wegen solcher Krankheiten im Durchschnitt 10 Jahre vor Vollendung des 65. Lebensjahres invalide oder berufs unfähig.“

Die Träger der Rentenversicherung betrachten es daher als ihre Aufgabe, dieser Bedrohung der Volksgesundheit entgegenzuwirken und...

Deutlicher kann die Richtigkeit der bisherigen Ausführungen zur Steigerung der Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung wohl kaum bekräftigt werden, zu-

mal die Feststellung der Berufsunfähigkeit und der Invaldität im einzelnen Fall durch die für die Rentenversicherung tätigen Ärzte erfolgt, also unabhängig von den für die Krankenversicherung tätigen Kassenärzten. Fast alle von der Rentenversicherung vorzeitig invalidisierten Personen waren bei der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt. Man darf davon ausgehen, daß die zur Frühinvalidität führenden Krankheiten in der Regel schon mehrere Jahre vor dem Rentenbeginn bestanden, mithin kassenärztliche Behandlung erforderten. Darin liegt ein weiterer Hinweis auf die zwangsläufige Steigerung der Morbidität bei den Krankenkassen.

Wieviel Renten wegen erreichter Altersgrenze einerseits und wegen vorzeitiger Invalidität andererseits jeweils neu anfielen, zeigen die nachstehenden Tabellen:

Invalidenversicherung (Männer)

Von 100 neu gewährten Renten entfielen auf:

	Vollendung des 65. Lebensjahres	vorzeitige Invalidität
1937	49,1	50,9
1950	31,7	68,3
1951	33,0	67,0
1952	35,1	64,9

Invalidenversicherung (Frauen)

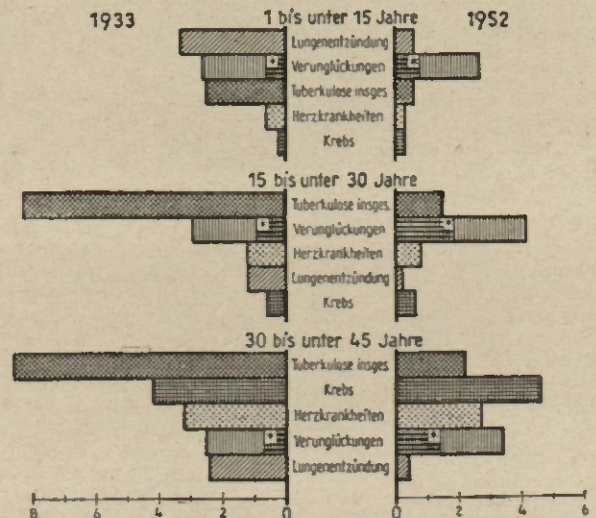
Von 100 neu gewährten Renten entfielen auf:

	Vollendung des 65. bzw. 55. Lebensjahres	vorzeitige Invalidität
1937	35,2	64,8
1950	14,2	85,8
1951	13,9	86,1
1952	15,4	84,6

Diese bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu verzeichnende Steigerung der Frühinvalidität beleuchtet zugleich eine wesentliche Ursache für die Steigerung der Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei der Angestelltenversicherung ist eine Zunahme der vorzeitigen Berufsunfähigkeit noch deutlicher zu erkennen. Sie liegt sogar bei 85%.

Die bisherigen Ausführungen dürften bewiesen haben, daß es sich bei der Zunahme der Morbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung um eine echte Zunahme als Auswirkung einer zwangsläufigen und auch auf anderen Gebieten zu verzeichnenden Entwicklung handelt. Diese Entwicklung läßt sich nicht allein dadurch verändern, daß Leistungen gedrosselt, ihre Inanspruchnahme erschwert und die Anspruchsberechtigten an den Kosten

DIE WICHTIGSTEN TODESURSACHEN
IN DREI ALTERSGRUPPEN ZWISCHEN 1 UND 45 JAHREN
(Sterbefälle auf 10000 Lebende der jeweiligen Altersgruppe)



* Verunglückungen mit und durch Kraftfahrzeuge.

Abb. 4

beteiligt werden. Die veränderten Verhältnisse müssen als gegeben hingenommen werden. Für sie können weder die gesetzliche Krankenversicherung noch die Kassenärzte bzw. die Versicherten verantwortlich gemacht werden. Die zuständigen Gremien werden sich damit abfinden müssen, daß im Vergleich zu früher mehr Mittel für die Gesunderhaltung der versicherten Bevölkerung erforderlich sind. Es ist daher auch müßig, anzunehmen, daß der Beitragssatz nicht mehr als 5,8% betragen dürfe, weil er vor dem Kriege oder 1930 so hoch war. Die Anforderungen an das Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung sind im echten Sinne höher. Daraus müssen die notwendigen Folgerungen gezogen werden.

Diese Arbeit soll nicht abgeschlossen werden, ohne die Beziehungen zwischen Morbidität und leistungsgerechter Bezahlung des Kassenarztes erörtert zu haben. Das ist um so mehr notwendig, weil darüber Meinungsverschiedenheiten entstanden sind.

Die Wandlung der Morbidität und ihr Einfluß auf die Bezahlung ärztlicher Leistungen aus einer Gesamtvergütung, die die Veränderungen des Leistungsumfanges bzw. die Ansprüche der Patienten im Rahmen einer zweckmäßigen und ausreichenden sowie den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechenden Behandlung außer acht läßt, wird am ehesten dadurch deutlich, wenn man die Vergütungsregelungen von 1930/31 und 1932 kurz streift und die Ergebnisse ihrer Auswirkungen aus einigen Jahren einander gegenüberstellt.

Bis zum Jahre 1930 wurden die einzelnen Leistungen der Kassenärzte von den meisten Pflichtkrankenkassen unter Berücksichtigung der Mindestsätze der Preugo von 1924 bezahlt. Gegen zu hohe Kosten für eine nicht notwendige und nicht zweckmäßige Behandlung waren die Krankenkassen dadurch geschützt, daß die Honorarvereinbarungen zumeist eine Begrenzung der Grundleistungen (Beratungen, Besuche und kleine Sonderleistungen) auf einen Begrenzungsbetrag vorsahen, der das 6- bis 6½fache der Beratungsgebühr (nach der Preugo 1924 je 1.— RM) ausmachte. Außerhalb dieser Begrenzung wurden die übrigen Leistungen, wie Sach- und Röntgenleistungen, Sonderleistungen ab 10.— RM, Wegegebühren und die Kosten für die kassenärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Kliniken, bezahlt, und zwar in der Regel zu den Mindestsätzen der Preugo 1924 bzw. in den Sätzen des Röntgentarifes.

Die Jahre 1931 und 1932 brachten den Kassenärzten die Umstellung auf eine pauschale Vergütung. 6—7 Millionen Arbeitslose mit geringen Beitragseinnahmen und gestiegenen Ausgaben für die Krankenpflege hatten es zuwege gebracht, den Etat vieler Krankenkassen ins Wanken zu bringen. Die Kassenärzte erklärten sich, von berufspolitischen Maximen veranlaßt, schließlich bereit, erheblichen Honorarnachlässen, der Pauschalierung ihrer Vergütung und der Koppelung der Abschläge auf die Kopfpauschalbeträge an die Grundlohnbewegung zuzustimmen.

Die Senkung des Arzthonorares je Mitglied und Jahr von 1930 zu 1932 betrug 20%. So wurden von den Ortskrankenkassen je Mitglied ausgegeben:

1930 RM 18.54

1932 RM 14.85

Insgesamt betrug die Honorarminderung 1932:

bei den Ortskrankenkassen 43 Millionen RM und
bei allen Pflichtkrankenkassen 66 Millionen RM.

So stark diese Einkommensminderung auch spürbar sein mochte, mußte sie damals um so mehr hingenommen werden, weil andere Einkommensbezieher sich ebenfalls mit mehr oder minder geringeren Bezügen begnügen mußten. Was die Kassenärzte von anderen Berufsgruppen jedoch unterschied war die Tatsache, daß sie das Risiko der Morbidität, also die Schwankungen in der Erkrankungshäufigkeit und damit das gesamte Risiko des Leistungsanfalles bei der ärztlichen Behandlung, finanziell übernehmen mußten. Die Vergütungen richteten sich bis 1930 in der Regel nach der Zahl und Art der erbrachten Leistungen. Das hatte zur Folge, daß auch jeder Mehreinsatz des Arztes, z. B. im Winter oder in Auswirkung von Epidemien, entsprechend bezahlt wurde. Mit der Pauschalierung änderte sich das. Der Arzt mußte sich

für einen erhöhten Einsatz, abgestellt auf den einzelnen Fall bzw. die einzelne Leistung, mit einem geringeren Honorar begnügen als in der Zeit eines minderen Einsatzes, da das Kopfpauschale, abgesehen von den Einflüssen durch die Grundlohnbewegung, starr war. Dabei ist zu berücksichtigen, daß mit der erhöhten Tätigkeit zwangsläufig höhere Unkosten verbunden sind, die zu einer weiteren Senkung des Realeinkommens führen.

Die Nachteile dieser Vergütungsregelung werden besonders deutlich, wenn die Honorarforderungen je Kranken dem Betrag gegenübergestellt werden, der für die Leistungen je Fall aus der Gesamtvergütung zur Verfügung steht. Die uns vorliegenden Berechnungen aus amtlichen statistischen Unterlagen ergeben, daß z. B. die Ortskrankenkassen im Jahre 1930, umgerechnet auf einen Versicherungsfall, etwa 8.— RM für ärztliche Behandlung ausgeben haben.

Dieser Berechnung liegt eine Gesamtausgabe je Mitglied und Jahr für ärztliche Behandlung von 18.54 RM in 1930 und eine Morbidität von 2,32 aus 1933 zugrunde. Die Morbidität aus 1930 ist leider nicht zu ermitteln, da die Auszählung der Versicherungsfälle durch das damalige Statistische Reichsamts erstmalig 1931 erfolgte. Doch weder die entsprechenden Zahlen aus 1931 noch die aus 1932 sind verwendbar, da sie nach einer Auskunft des damaligen Statistischen Reichsamts nicht vollständig sind. Das träfe vor allem für das Jahr 1931 zu.

Im Interesse einer möglichst zutreffenden Untersuchung soll daher bei der Morbidität von den Werten des Jahres 1933 ausgegangen werden, wobei unterstellt werden kann, daß die Benutzung dieses Materials zu Ergebnissen führt, die eher zu günstig für die Krankenversicherung ausfallen.

Die Entwicklung der Morbidität verlief allen ursprünglichen Mutmaßungen zuwider, was nachstehende Gegenüberstellung für die Ortskrankenkassen beweist:

1930 Morbidität 2,32 = 100

1934 Morbidität 2,56 = 110

1938 Morbidität 2,78 = 120

1951 Morbidität 3,80 = 164

1953 Morbidität 4,22 = 182

Die Grundlöhne wiesen bei der gleichen Kassenart folgende Entwicklung auf:

1930 Jahresgrundlohnsumme 1 375.— RM = 100

1934 Jahresgrundlohnsumme 1 093.— RM = 79

1938 Jahresgrundlohnsumme 1 324.— RM = 96

1951 Jahresgrundlohnsumme 2 292.— DM = 160

1953 Jahresgrundlohnsumme 2 700.— DM = 196

Die Honorarentwicklung je Mitglied und Jahr verlief demgegenüber wie folgt:

1930 Kopfpauschale 18.54 RM = 100

1934 Kopfpauschale 14.68 RM = 79

1938 Kopfpauschale 16.76 RM = 90

1951 Kopfpauschale 24.43 DM = 132

1953¹⁾ Kopfpauschale 33.12 DM = 179

Die Vergütung je Behandlungsfall zeigte folgende Entwicklung:

1930 Vergütg. je Behandlungsfall 8.— RM = 100

1934 Vergütg. je Behandlungsfall 5.73 RM = 72

1938 Vergütg. je Behandlungsfall 6.03 RM = 75

1951 Vergütg. je Behandlungsfall 6.43 DM = 80

1953²⁾ Vergütg. je Behandlungsfall 7.84 DM = 98

Die Tabellen lassen die divergente Entwicklung zwischen der Morbidität und dem Leistungsbedarf einerseits und den Arztkosten andererseits erkennen. Dabei ist außerdem zu beachten, daß der Lebenshaltungindex sich heute bei etwa 180 bewegt, also 80 Prozent höher ist. Die Amtliche Gebührenordnung berücksichtigt demgegenüber jedoch nur eine Steigerung um gut 30 Prozent.

Unterstellt man, daß die im Jahre 1930 geleisteten Artverergütungen angemessen waren, dann hätten die Ortskrankenkassen, die seinerzeit je Mitglied und Jahr für Arztkosten 18.54 RM gezahlt hatten, im Jahre 1953, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung, zum Ausgleich der gestiegenen Morbidität etwa 45.— DM bezahlen müssen. Dieser Betrag würde aus-

¹⁾ nach der Statistik 1953 der Ortskrankenkassen.

²⁾ unter Berücksichtigung der Ausgaben in 1953 nach der Statistik der Ortskrankenkassen.

reichen, die derzeitigen Leistungen der Kassenärzte, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung, zu etwa 100 Prozent zu vergüten. Für die anderen Kassenarten gilt im Prinzip dasselbe, nur mit entsprechend niedrigeren bzw. höheren Beträgen.

Würde die amtliche Gebührenordnung die Steigerung der Lebenshaltungskosten voll berücksichtigen, dann würde allerdings der Betrag von 45.— DM bei weitem nicht ausreichen, die Leistungen der Kassenärzte voll zu vergüten.

Da die Allgemeine Krankenversicherung zur Zeit etwa 14 Millionen Mitglieder zählt, fehlen zu einer leistungsgerechten Bezahlung der von den Kassenärzten heute erbrachten Leistungen, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung, rd. 160 Millionen DM. Dieser Betrag würde sich beträchtlich erhöhen, wenn die gestiegenen Lebenshaltungskosten in der Amtlichen Gebührenordnung voll berücksichtigt worden wären.

In der Krankenversicherung der Rentner war das Mißverhältnis zwischen Leistung und gerechter Vergütung noch größer. Die bisherige Vergütung reichte kaum zu einer 50%igen Bezahlung der ärztlichen Leistungen, gemessen an den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung. Die inzwischen zugestandene Erhöhung des Pauschales ab IV/54 läßt nunmehr eine Quotierung von etwa 70% zu.

Da mitunter behauptet wird, daß je Fall heute nicht mehr dieselben Leistungen in Frage kommen wie z. B. 1930, sei hierzu in Verbindung mit der veränderten Morbidität einiges gesagt. Unzweifelhaft haben die Fortschritte in der Medizin eine intensivere ärztliche Behand-

lung ausgelöst, wie das auch im ersten Teil dieser Arbeit hinreichend nachgewiesen wurde. Im Rahmen dieser Entwicklung fallen heute z. B. weit mehr Röntgen- und Laborleistungen an als früher. Da nicht alle Kassenärzte, sondern nur ein Teil von ihnen, oder Krankenhäuser und Institute über die notwendige, oft sehr kostspielige Apparatur verfügen, ergibt sich zwangsläufig eine höhere Zahl von Überweisungsfällen, die in der Statistik als weitere Behandlungsfälle gezählt werden. Nun könnte eingewendet werden, daß sich dadurch die Honorarforderung je Behandlungsfall im Durchschnitt senken müßten. Das ist nicht der Fall, da es sich einerseits tatsächlich um zusätzliche Leistungen handelt und zum anderen um solche, die in der Regel auch im Durchschnitt kostenmäßig höher liegen als die Honorarforderungen bei allen Behandlungsfällen im Durchschnitt. Es handelt sich also um eine ausgesprochen hochwertige und gebührenmäßig entsprechend hochdotierte Leistungsgruppe.

In diesem Zusammenhang wird auch angenommen, daß in Auswirkung einer modernen medikamentösen Behandlung die Zahl der notwendigen Leistungen im einzelnen Fall zurückgegangen sei. Das mag bei bestimmten Fällen durchaus zutreffen. Daß es trotzdem nicht zu der erwarteten Veränderung des Leistungsumfanges je Behandlungsfall im Durchschnitt gekommen ist, hängt damit zusammen, daß heute, wie schon mehrfach angedeutet, mehr Leistungen im Rahmen der Diagnostik, und zwar vielfach hochwertigere und teure anfallen als vor Jahrzehnten.

Damit wäre wohl das Wichtigste zu dem gestellten Thema gesagt und hoffentlich erreicht, daß Zweifel und Unklarheiten weitgehend beseitigt worden sind.

Köln, Brabanter Straße 13

Soziale Wandlung

Von Dr. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Bei der Betrachtung der Bestrebungen nach Schaffung einer allumfassenden Sozialversicherung wird man an der Veröffentlichung „Gegenwartsprobleme der Sozialversicherung“ (München 1947) von Dr. Horst Schieckel schon deshalb nicht vorübergehen können, weil der Verfasser heute (vorher Ministerialrat, Leiter der Abteilung Sozialversicherung im Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge) in maßgeblicher Stellung als Präsident des Hessischen Landessozialgerichtes in Darmstadt tätig ist. Schieckel vertrat in dieser Arbeit, veröffentlicht in der Schriftenreihe des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit: „Neue soziale Praxis“ (S. 17), in dem Kapitel „Fürsorge, Versorgung oder Versicherung?“ den Standpunkt, daß eine staatliche Fürsorge eben eine Fürsorge des Staates, d. h. eine Leistung ist, die der Staat aus eigenen Mitteln gewährt, ohne daß der davon betroffene Staatsbürger dazu etwas durch Beitragszahlung beiträgt. Eine Versicherung ist aber eine Einrichtung auf Gegenseitigkeit, bei der sich Leistung und Gegenleistung ausgleichen müssen. „Und wenn der bekannte Staatsrechtler Laband ausspricht, daß der Versorgungsanspruch des Arbeiters aus der Sozialversicherung nicht ein privatrechtlich erworben, sondern ein ihm kraft Gesetzes vom Reich verliehener sei und daß die sozialistische Staatsidee, nach welcher der Staat seinen Angehörigen nicht nur Rechtsschutz, sondern auch Lebensunterhalt zu gewähren habe, in den Arbeiterversicherungsgesetzen seine teilweise Verwirklichung gefunden habe, so ist das zweifellos richtig, beweist aber nur, daß wir es bei der deutschen Sozialversicherung eben nicht mit einer echten, nach dem Prinzip der Leistung und Gegenleistung aufgebauten Versicherung zu tun haben, sondern einer Einrichtung, die zwar nach versicherungsrechtlichen Grundsätzen aufgebaut, aber sehr stark mit fürsorgerischen Gedanken durchsetzt ist.“ Schieckel vertritt folgenden Gedanken: „Und wenn man eine Prognose für die Zukunft stellen darf, so muß (Anm.: Sperrungen nicht im Original) sie dahin lauten, daß künftig bei der Sozialversicherung nicht der Gedanke der Staatsfürsorge oder der beitragsfreien Staatsbürgerversorgung sich Geltung verschaffen wird,

sondern jener der Versicherung auf breiter Basis als Zwangsversicherung des ganzen Volkes gegen die Wechselfälle des Arbeits- und Berufslebens.“ Folgerichtig setzt sich Schieckel für den seinerzeitigen Entwurf der süddeutschen Staaten für eine neue Sozialversicherungsordnung ein. Dieser Entwurf sah u. a. als Träger der Sozialversicherung vor: 1. die Landesversicherungsanstalten (in der Regel für ein Land errichtet) und Gliederung in Bezirksversicherungsstellen (je eine für den Bezirk eines Arbeitsamtes). Die Verwaltung dieser Stellen erfolgt durch Vertreter der Versicherten und der „Unternehmungen“. Damit wäre nach Schieckel die „notwendige Vereinheitlichung der Sozialversicherung erreicht“. 2. Als Beiträge müßten gezahlt werden:

	Anteil des			
	Gesamtbeitrag	Arbeitgebers	Arbeitnehmers	Selbstständigen
Gesamtbeitrag	20%	10%	10%	12%
Unfallversich.:	2%	2%	—	2%

Durch diese Neuregelung würde der Kreis der Versicherten bedeutend erweitert werden, „und zwar um die guten Risiken, die bisher nicht pflichtversichert waren, sondern vorwiegend privaten Kassen angehörten, welche dadurch, wie die Bilanzen ausweisen, ein recht gutes Geschäft machten, das künftig allerdings zugunsten der allgemeinen Volksversicherung in Wegfall kommen wird“.

Es kann natürlich im Rahmen dieser nur eine Übersicht gebenden Darstellung auf Einzelheiten nicht eingegangen werden, es seien jedoch die Argumente Schieckels für die Zentralisierung kurz angeführt. Schieckel behauptet, daß die „Vereinfachung“, wie er das nennt, und die Zusammenlegung in der Sozialversicherung den Forderungen der Versicherten und der Sozialversicherungsfachleute entspricht. (Daß dem nicht so ist, wurde bereits ausgeführt.) „Es kann also keine Rede davon sein, daß die noch bestehende Zersplitterung und Aufspaltung der Sozialversicherung organisch sei und sich bewährt habe, sondern sie ist ganz im Gegenteil von jeher von allen, die etwas von der Sozialversicherung ver-

stehen, als unnatürlich, hemmend und reformbedürftig empfunden worden“, behauptet Schieckel. Es wurde schon eingangs darauf hingewiesen, daß man den besonderen Bedürfnissen der im gewerblichen Leben stehenden Menschen dadurch entgegenkommen will, daß die Verfechter der Einheitsversicherung betriebliche Sektionen und Zweigstellen zu errichten bereit wären. So will auch Schieckel Ausnahmen zugestehen: „Dabei ist es durchaus nicht so, daß die sachlich gerechtfertigten und bewährten Sondereinrichtungen, z. B. der Knappschaft oder der Post und der Eisenbahn, nicht berücksichtigt werden könnten, sondern es ist durchaus möglich und auch beabsichtigt, diese Sondereinrichtungen als besondere Abteilungen der Landesversicherungsanstalt zu übernehmen und fortzuführen, wie dies beispielsweise in der russischen Zone geschehen ist.“ (Für den Sachkenner bedarf es wohl keiner Begründung, warum gerade für die vorgenannten Versicherungen Ausnahmerecht geschaffen werden soll.) War soeben noch von dem großen Wert der Zusammenlegung der einzelnen Versicherungen die Rede, so lesen wir kurz nachher: „Durch die Spezifizierung in der Landesversicherungsanstalt und auch bei den untersten Verwaltungsstellen (Bezirksversicherungsstellen) in Abteilungen für Kranken-, Unfall-, Renten- und Knappschaftsversicherung ist auch die Sonderbetreuung dieser Versicherungszweige gewährleistet. Auch die Unfallverhütung kann entsprechend der bisherigen Weise und unter Verwendung des vorhandenen technischen Aufsichtspersonals sowie Berücksichtigung der jahrzehntelangen Erfahrungen durchgeführt werden.“ (Durch nichts hätte klarer bewiesen werden können, daß es um eine Machtzusammenballung geht, als durch diese beiden zuletzt zitierten Sätze.) Schieckel behauptet — entgegen den von anderer fachkundiger Seite gemachten Erwägungen —, daß „die Ausdehnung der Sozialversicherung auf alle Schaffenden ohne Rücksicht darauf, ob sie als Arbeiter, Angestellte, Lehrlinge, selbständige Gewerbetreibende, freiberuflich oder als Beamte tätig sind, die Wirtschaftlichkeit der Sozialversicherung ganz wesentlich erhöhen muß, bedarf eigentlich keiner weiteren Begründung. Denn jeder Fachmann weiß, daß bereits jetzt in der Sozialversicherung die höheren Einkommen es sind, welche die Versicherung finanziell tragen; infolgedessen wird die Rentabilität um so besser, je mehr höhere Einkommen in den Kreis der Sozialversicherung einbezogen werden. Dies ist“, sagt Schieckel, „eine Erfahrungstatsache, an der sich nicht rütteln und deuteln läßt“ (!). „Dies rechtfertigt aber auch die Einbeziehung aller schaffenden Volkskreise in die allgemeine Volksversicherung, denn es ist kein Grund ersichtlich, warum . . . die Sozialversicherung nur die finanziell schwächsten Bevölkerungsschichten versichern soll und das Risiko der Versicherung nicht auf breiteste Schultern gelegt werden dürfe.“ Schieckel gibt zu, daß die Nichtpflichtversicherten in der überwiegend großen Zahl sich und ihre Familien durch Abschluß von privaten Versicherungen gegen die Wechselfälle des Arbeitslebens, wie Krankheit, Unfall, Invalidität, Berufsunfähigkeit oder hohes Alter, sichern und für den Todesfall Vorsorge für ihre Hinterbliebenen treffen und daß die Ausdehnung der Sozialversicherung auf alle Volkskreise in absehbarer Zeit das Ende der privaten Kranken-, Unfall- und Lebensversicherungen bedeutet wird.

Nun ist festzustellen, daß diese Äußerungen Schieckels zur Reform der Sozialversicherung in die Zeit vor der Währungsreform fallen, als man die gegenwärtige Entwicklung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse noch nicht voraussah.

Anders verhält es sich jedoch mit den „Gedanken des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg zur Neuordnung des Sozialrechts“, die unter dem Titel „Grundsätze für die Sozialversicherungsreform“ im April 1955 der Öffentlichkeit übergeben wurden, mit dem Bemerkten, daß „Gedanken zur Neuordnung der einzelnen Zweige des Sozialrechts in einem weiteren Vorschlag nachfolgen“ werden.

(Der Präsident der Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern, Professor Dr. Neuffer, hat daraufhin sofort beim Ministerpräsidenten Dr. Müller interveniert.)

In diesen „Grundsätzen“, heißt es einleitend, daß die Neuordnung des Sozialrechts die Ausarbeitung einer Gesamtkonzeption erforderlich macht, in die sich die Rege-

lungen der einzelnen Zweige des Sozialrechts einzugliedern hätten. „Die Gesamtkonzeption sollte so ausgerichtet sein, daß sie tatsächlich einen Meilenstein auf dem Wege zur Verwirklichung des verfassungsmäßig garantierten Sozialstaates (Art. 20, 28 GG) darstellt.“

Der Art. 20 des „Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland“ vom 23. Mai 1949 (GG) besagt in Abs. 1: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Staat.“ Der Art. 28 Abs. 1 lautet: „Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muß den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen.“

In den Erläuterungen durch Dr. R. W. Fülleln, dem Mitarbeiter des Parlamentarischen Rates, heißt es: „Abs. 1 des Art. 20 GG legt den deutschen Staat auf die republikanische Staatsform, den Föderalismus in der Form des Bundesstaates, das demokratische und das soziale Prinzip fest.“

v. Mangoldt schreibt in seinem Kommentar „Das Bonner Grundgesetz“ (Berlin 1953): „Das Beiwort ‚sozial‘ in Abs. 1 bedeutet ein Programm, das in gleicher Weise für Gesetzgebung wie für Regierung und Verwaltung in Bund und Ländern . . . bindend sein soll. . . Das Ziel einer sozialen Staatsordnung ist, einem jeden ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen. Soziale Gestaltung ist aber nicht gleichzusetzen mit Sozialisierung.“

In seiner staatsrechtlichen Erläuterung des Grundgesetzes (Frankfurt/M. 1953) betont Friedrich Giese, daß das soziale Prinzip juristisch nicht scharf faßbar ist. Es bedinge keineswegs sozialistische Maßnahmen, wie z. B. Sozialisierung, fordere aber soziale Grundhaltung bei allen öffentlichen Organen und Funktionen, vor allem gegenüber den Staatsmitgliedern i. S. von Daseinsvorsorge und -Fürsorge.

Im „Kommentar zum Bonner Grundgesetz (Bonner Kommentar)“ wird zu Art. 20 GG angeführt; dieser Artikel lege in Abs. 1 fest, daß die Bundesrepublik Deutschland ein „sozialer“ Bundesstaat sei. Es handle sich hierbei nur um eine programmatische Forderung in Gestalt eines Bekenntnisses zum Sozialstaat. Die Realisierung der Sozialstaatlichkeit wird der künftigen Gesetzgebung überantwortet. Hierbei geht es im wesentlichen darum, einen Ausgleich aller widerstreitenden Interessen sowie für alle Volksgenossen ein menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen. Diese Forderung richtet sich gegen den Staat in allen seinen Erscheinungsformen — in erster Linie natürlich gegen den Gesetzgeber — und mache eine soziale Grundhaltung bei aller Ausübung staatlicher Gewalt zur Pflicht. Im Hinblick aber insbesondere darauf, daß dieses Sozialbekenntnis vom Verfassungsgeber in einer bereits jahrelang währenden und nicht abzusehenden Notzeit des deutschen Volkes erklärt worden ist, erscheine es nötig und auch zulässig, den Gesetzgeber gleichzeitig als zu sozialer Aktivität verpflichtet anzusehen. Mit diesem Bekenntnis nehme jedoch der Verfassungsgeber keineswegs Stellung zum Problem der Sozialisierung.

Nun wird man zugeben müssen, daß von einer Notzeit des deutschen Volkes erfreulicherweise jetzt keineswegs mehr gesprochen werden kann. Es ist wohl auch ein Unterschied zwischen einem „sozialen Staat“ (Art. 20, Abs. 1 GG) und einem „verfassungsmäßig garantierten Sozialstaat“, wie ihn die „Grundsätze für die Sozialreform“ des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg fordern. (Siehe Anhang.)

Daß eine Reform der Sozialversicherung notwendig ist, darüber sind sich wohl alle Kreise, vor allem auch die Ärzte, durchaus im klaren. Es sei nur auf § 21 des Angestelltenversicherungsgesetzes hingewiesen:

*) Die Verfassung des Deutschen Reichs vom 11. August 1919 (der Weimarer Republik) besagte in Art. 1: „Das Deutsche Reich ist eine Republik. Die Staatsgewalt geht vom Volke aus.“

Der Art. 161 hätte folgenden Wortlaut: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen wirtschaftliche Folgen von Altersschwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgeblicher Mitwirkung der Versicherten.“

Im Kommentar von Ludwig Gebhard (München 1952) heißt es: „Die Zuständigkeit des Reiches hinsichtlich der Sozialversicherung wird erweitert durch Art. 161, der dem Reich die Pflicht auferlegt, ein ‚umfassendes‘, also über den Kreis der Arbeiter und Angestellten gegebenenfalls auch hinausreichendes Versicherungswesen zu schaffen.“

„Für die Selbstversicherung und Weiterversicherung gelten die §§ 1243, 1244 RVO entsprechend.“

Der § 1243 RVO (Invalidenversicherung) lautet:

„Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) sind bis zum 40. Lebensjahr alle deutschen Staatsangehörigen im In- und Ausland berechtigt, die nicht versicherungspflichtig sind*.“

Direktor Max Peschel hat in der „Sozialen Sicherheit“ (1954, 1) darauf hingewiesen, daß durch diese Bestimmung für den Eintritt in die Selbstversicherung zwar eine obere Grenze, 40 Jahre, aber keine untere Grenze gesetzt ist. Es wurde wiederholt die Frage gestellt, ob es denn der Wille des Gesetzgebers gewesen ist, die Selbstversicherung eines Deutschen vom ersten Tage der Geburt ab vorzusehen. Dem Wortlaut des Gesetzes nach können die Eltern eines Kindes, das etwa am Tage vorher geboren war, von der zuständigen Stelle die Ausstellung einer Quittungs- oder Versicherungskarte verlangen, weil kein Streit darüber bestehen kann, daß das Kind von gestern das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Peschel betont, daß es doch zweifellos eine ganz unmögliche Sachlage ist, die nur aus der Periode der Entstehung dieser Vorschrift verständlich wird (Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung vom 21. 12. 1937). Die Rechtsprechung hat sich mit dieser Bestimmung noch nicht auseinandergesetzt, so daß heute noch für jeden Säugling die Ausstellung einer Quittungskarte für die Invalidenversicherung oder einer Versicherungskarte für die Angestelltenversicherung beantragt werden kann.

Die im Kohlhammer-Verlag erschienenen Aufklärungsschriften bringen im Heft „J 3“ die Belehrung:

„Eine untere Altersgrenze besteht für die (freiwillige) Selbstversicherung nicht; es können also auch körperlich und geistig gesunde Kinder durch die Willenserklärung des gesetzlichen Vertreters die (freiwillige) Selbstversicherung aufnehmen.“

Auch dieser Hinweis, der mit dem Begriff der „körperlichen und geistigen Gesundheit“ im Widerspruch zum Wortlaut des Gesetzes steht, kann aus dem gesetzlichen Unverständnis nichts Vernünftiges machen.

Der Verband der Rentenversicherungsträger, Sitz Frankfurt, hat in einem Rundschreiben vom 27. Februar 1953 empfohlen, die Selbstversicherung von Kindern erst vom zwölften Lebensjahr ab zuzulassen. Das ist ein selbstgewählter Ausweg, der mit der Rechtslage ebenfalls nicht übereinstimmt.

Der große Kommentar zum Angestelltenversicherungsgesetz — Koch-Hartmann — besagt dazu auf Seite 262:

„Nach unten ist das Lebensalter für den Eintritt in die Selbstversicherung nicht begrenzt, so daß zuweilen Eltern für ihr neugeborenes Kind die Ausstellung einer Versicherungskarte beantragen. Nach der gegenwärtigen Fassung des Gesetzes läßt sich das höchstens unter dem Gedanken beschränken, daß die Prüfung der Berufsfähigkeit erst von einem gewissen Alter an möglich ist. Das Gesetz sieht aber keine Beschränkung vor.“

Endlich hat sich das Reichsversicherungsamt schon frühzeitig klar zum Wortlaut des Gesetzes bekannt; vergleiche hierzu „Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts“, Band 43, Seite 298, dort ist gesagt:

„Der freiwillige Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) ist von der Erreichung eines bestimmten Lebensalters nicht abhängig.“

Daß sehr viele Fachleute sich um die unmögliche Gesetzlage herumgedrückt haben, ist ferner noch ersichtlich aus dem „Handbuch der deutschen Sozialversicherung“ von Bretz, der auf Seite 203 nur darauf verweist:

„Die Selbstversicherung hat kein Mindestalter zur Voraussetzung, so daß auch gesunde Kinder freiwillig versichert werden können.“

Soweit die bemerkenswerten Ausführungen Peschels.

* Wortlaut der Neufassung durch das „Gesetz über den Ausbau der Reichsversicherungsordnung“ vom 21. 12. 1937 (RGBl. I S. 1393). Die frühere Fassung des § 1243 lautete: „Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) sind bis zum vollendeten 40. Lebensjahr berechtigt, 1. Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, 2. Personen, die nach §§ 1227, 1232 versicherungsfrei sind. Die Berechtigten können die Selbstversicherung beim Ausscheiden aus dem Verhältnis, das die Berechtigung begründet hat, fortsetzen oder später nach § 1285 erneuern.“

Nach den verschiedenen Kommentaren dazu konnten Personen, die nach §§ 1227, 1232 versicherungsfrei waren, nur solche sein, bei denen ein wirkliches Arbeitsverhältnis bestand.

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.

Anhang.

Grundsätze für die Sozialversicherung. Gedanken des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg zur Neuordnung des Sozialrechts. April 1955.

1. Grundlegende Neuordnung der gesamten sozialen Gesetzgebung, nicht nur eine Kodifikation des bisherigen Sozialrechts.

Die Neuordnung sollte die gesamte Sozialversicherung, Arbeitslosenversicherung, Kriegsoferversorgung und die allgemeine Fürsorge erfassen. Die Wechselbeziehungen dieser Zweige des Sozialrechts müßten voll aufeinander abgestimmt werden. An Stelle des unübersichtlichen und zersplitterten Rechts müßte ein übersichtliches, allgemeinverständliches, einheitliches, aber auch gutgegliedertes Werk — ein Stück aus einem Guß — treten.

2. Keine bloße Umschichtung, sondern eine Neugestaltung und Verbesserung der Leistungen im Sinne des sozialen Fortschritts.

Die Neuordnung darf sich nicht auf eine Umschichtung innerhalb der Leistungsempfänger und der Leistungsarten beschränken, sondern muß einen wesentlichen Ausbau, eine erhebliche Aufbesserung und z. T. Neugestaltung der Leistungen bringen. Hier sei besonders die Gesundheitsvorsorge (Krankheitsvorbeugung — Ziff. 8 —), die Gesundheitsfürsorge (Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und berufliche Wiedereingliederung — Ziff. 9 —) und die Neugestaltung der Renten erwähnt. Dies macht eine Erhöhung des Sozialaufwandes notwendig, die aber wieder in anderer Weise der Wirtschaft zugute kommen wird.

3. Unterscheidung zwischen Versicherung, Versorgung und Fürsorge.

Eine Abgrenzung zwischen Versicherung, Versorgung und Fürsorge soll grundsätzlich vorgenommen werden. Es kann sich aber hier nicht um eine völlig reinliche Trennung der Prinzipien handeln, insbesondere dann, wenn dies in der Praxis zu einer unsozialen Einschränkung der Leistungen führen würde.

4. Kein echtes Versicherungsprinzip, sondern eine eigene Form der sozialen Sicherheit.

Das klassische Versicherungsprinzip mit dem Ausgleich zwischen Leistung und Gegenleistung (Äquivalenz-Prinzip) und dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (Beiträge plus Zinsen und Zinseszinsen müssen für den Versicherten bei Eintritt des Versicherungsfalles zur Deckung der ihm zustehenden Leistungen bereitstehen) ist heute eine Fiktion. Die Sozialversicherung nimmt innerhalb der Versichertengemeinschaft einen sozialen Ausgleich vor, der — ausgenommen die Unfallversicherung — nicht von einer besonderen Gefahr, sondern von der sozialen Lage der Versicherten abhängt. Dieser soziale Ausgleich findet zwischen den wirtschaftlich Stärkeren und den wirtschaftlich Schwächeren, zwischen den Ledigen und Verheirateten (insbesondere Kinderreichen), zwischen Jungen und Alten statt. Die Rentenversicherung ist auf erhebliche staatliche Zuschüsse angewiesen. Weder auf den sozialen Ausgleich, noch auf die Staatszuschüsse, die mit dem echten Versicherungsprinzip nicht vereinbar ist, wird künftig verzichtet werden können. Die Sozialversicherung ist eine eigenständige Rechtsform der sozialen Sicherheit. Ebenso ist das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Rentenversicherung nicht aufrechtzuerhalten, sondern es müßte durch ein veredeltes Umlageverfahren (Umlage plus eine gewisse Rücklage) ersetzt werden.

In der Sozialversicherung, für die Beiträge zu leisten sind, muß jegliche Bedürftigkeitsprüfung wegfallen.

5. Rechtsanspruch auf soziale Leistungen.

Auf die Leistungen der sozialen Hilfe einschließlich der Fürsorge sollte ausdrücklich ein Rechtsanspruch anerkannt werden. Für die Rentenversicherung bezieht sich das auch auf das Heilverfahren.

6. Erweiterung und Nennbegrenzung des Kreises der Sozialversicherungspflichtigen.

Die Arbeitnehmereigenschaft kann heute für die Zugehörigkeit zur Sozialversicherung nicht mehr ausschlaggebend sein. Viele Selbständige gehören heute ebenfalls zu den sozial Schwachen und befinden sich keineswegs in einer günstigeren wirtschaftlichen und sozialen Lage als Teile der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer. Auch Gruppen der Selbständigen (Landwirte, Handwerker, Gewerbetreibende und freie Berufe) sollten in die Sozialversicherung einbezogen werden. Für sie könnten besondere Sozialversicherungsträger geschaffen werden.

7. Einschränkung der Kürzungsbestimmungen.

Durch die einschlägigen Bestimmungen bei Zusammentreffen von Sozialleistungen wurden z. B. im September 1953 30 v. H. aller Sozialleistungen gekürzt. Dadurch erfolgte eine Verringerung der Leistungen um 14,1 v. H. Hier ist eine grundlegende Änderung notwendig. Man kann nicht mit einer Hand geben und dies gleichzeitig mit der anderen nehmen (so hat sich z. B. gezeigt, daß die Erhöhungen der Renten nach dem Rentenmehrbetragsgesetz eine Kürzung der Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz zur Folge haben). Die Kürzungsbestimmungen sollten deshalb in der Sozialversicherung restlos aufgehoben und auch sonst weitgehend eingeschränkt werden.

8. Neugestaltung der vorbeugenden Gesundheitspflege. (Vorbeugung und Früherkennung)

Das Krankheitsbild des deutschen Volkes hat sich in den letzten Jahren geändert. An die Stelle von Infektionskrankheiten treten sowohl in der Todes- wie in der Krankheitsstatistik Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheumaleiden, Krebs und nervöse Erkrankungen in besorgniserregendem Ausmaß. 40% aller Sterbefälle sind auf Herz- und Kreislaufschäden zurückzuführen. Nabezu $\frac{1}{4}$ aller Arbeiter und Angestellten scheiden vorzeitig aus dem Arbeitsprozeß aus. Der Zugang an Invalidenrentnern, die das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, stieg bei den Männern von 44,5% im Jahre 1938 auf 60,2% im Jahre 1952 und bei den Frauen von 54,3% auf 83%.

Die Früh-Invalidität nimmt bei Männern vor allem zwischen dem 47. und 50. Jahr, bei den Frauen zwischen dem 50. und 60. Jahr sehr stark zu, 1952 entfielen in der Invaliden- und Angestelltenversicherung 73,45% aller Renten aus eigener Versicherung auf vorzeitige Invaliditätsrenten und nur 26,57% auf Altersrenten. Im Durchschnitt sind die Renten 12 Jahre vor Erreichung der Altersgrenze gewährt worden. Diese Zahlen sind alarmierend.

Es muß hier eine Überwachung des Gesundheitszustandes der durch die Sozialgesetze Betreuten (das sind 85–90% der gesamten Bevölkerung) erfolgen. Dies kann nur durch regelmäßige Untersuchungen geschehen. Hier müßte dem werkärztlichen Dienst eine besondere Rolle zukommen. Bei größeren Betrieben sollte ein selbständiger, bei kleineren Betrieben ein gemeinsamer werkärztlicher Dienst eingerichtet werden. Der Arzt sollte Angestellter des Betriebes sein, aber durch entsprechende Ausgestaltung des Arbeitsvertrages eine gewisse Unabhängigkeit besitzen. Die Kosten müßten zu Lasten der Unternehmer gehen. Der Werkarzt müßte für die Arbeitshygiene sorgen und mindestens einmal im Jahr die Betriebsangehörigen untersuchen. Den nicht durch einen Werkarzt betreuten Versicherten sollte eine freiwillige, unentgeltliche Untersuchung beim Hausarzt (Prellerplan) gesichert werden.

Die Gesundheitsvorsorge sollte eine Gemeinschaftsaufgabe der Träger der Sozialversicherung sein, die weitgehendst mit den staatlichen Gesundheitsstellen und mit dem ärztlichen Dienst der Privatversicherung zusammenzuarbeiten hätten. Das Heilverfahren müßte unter Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft neu ausgestaltet und ausgebaut werden; auch muß darauf ein Rechtsanspruch bestehen.

9. Ausbau der Gesundheitsfürsorge.

(Wiederherstellung der vollen Leistungsfähigkeit — Wiederherstellungszentren für die Volkskrankheiten.)

Die Sozialleistungen sollten in besonderem Maße auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und auf die Wiedereingliederung in den Wirtschaftsprozess gerichtet sein. Für die berufliche Wiedereingliederung müßten große Wiederherstellungszentren — ausgestattet mit den modernsten Einrichtungen und besetzt mit erfahrenen Ärzten — für alle Zweige der Sozialgesetzgebung geschaffen werden. Diese Aufgabe kann von den einzelnen Versicherungsträgern oder Behörden allein nicht voll wirksam durchgeführt werden. Ebenso ist das Problem der beruflichen Wiedereingliederung in der Kriegsoferversorgung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung und nicht zuletzt bei der Fürsorge das gleiche. Der Beschädigte, der Verletzte, der Kranke soll materiell und seelisch durch die Wiedereingliederung zufriedengestellt werden; Minderwertigkeitsgefühle und Pessimismus werden dadurch beseitigt. Die fortschreitende Industrialisierung und die verbesserten Wiederherstellungsmethoden ermöglichen bei einer Zusammenfassung aller beteiligten Stellen einschließlich der Arbeitsämter in zahlreichen Fällen die Wiederaufnahme einer Erwerbstätig-

keit. Hierbei kommt der Heilbehandlung, der Berufsfürsorge, den Umschulungen und der Arbeitsvermittlung eine besondere Rolle zu. Durch diese Maßnahmen blieben der Wirtschaft zweifellos Arbeitskräfte erhalten, die Zahl der Krankheitsstage würde erheblich sinken, die Rentenversicherungsträger bräuchten weniger Renten zu zahlen und erhielten mehr Beiträge.

10. Sozialer Mutter- und Kinderschutz.

Die Wochenhilfeleistungen für Frauen von Versicherten und die Versicherten selber sollten aus den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen, ausgebaut, z. T. neu gestuldet und in einem besonderen Abschnitt des Sozialrechts gemeinsam mit dem Kindergeld, den Ausbildungs- und Wohnungsbeihilfen geregelt werden, denn Schwangerschaft ist keine schicksalhafte Krankheit. Die Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen ist eine Aufgabe der Allgemeinheit, die der Erhaltung der Volkskraft dient. Sie muß daher aus allgemeinen Steuermitteln bestritten werden.

Die Schwangeren sollten sich mindestens drei unentgeltlichen ärztlichen Untersuchungen unterziehen, es sollten Entbindungen in Entbindungsheimen, die zu einer Minderung der Kinder- und Müttersterblichkeit beitragen, gefördert werden. Dies könnte durch Kostenbefreiung erfolgen. Ebenso sollte das Entbindungsgeld wesentlich erhöht, eine Säuglingsausstattung, ferner Schwangerenzulagen bei Arbeitslosigkeit als Pflichtleistung gegeben werden.

11. Unabhängige Gutachterstellen.

Für alle Träger der Sozialversicherung, für die Arbeitslosenversicherung und für die Versorgungsbehörden sollten unabhängige ärztliche Gutachterstellen errichtet werden, die ihre Stellungnahme nur nach ihrem ärztlichen Wissen und Gewissen abzugeben hätten. Eine Zusammenfassung der ärztlichen Dienste würde eine Ausstattung mit den modernsten Einrichtungen ermöglichen und es könnten zudem mehr erfahrene Ärzte (die auch entsprechend zu besolden wären) gewonnen werden. Von ihnen müßten außer einem hohen Fachwissen auch noch weitgehende Kenntnisse des Sozialrechts und der Arbeitsmedizin verlangt werden. Eine sozialmedizinische Ausbildung ließe sich nicht vermeiden.

Heute müssen die Leistungsberechtigten mehrere vertrauensärztliche Dienste aufsuchen und können noch damit rechnen, daß ihre Minderung der Erwerbsfähigkeit und ihre Leiden abweichend beurteilt werden.

12. Für Personen über 65 Jahre, die auf Fürsorge angewiesen sind, müßte eine besondere Altersfürsorge unter Herausnahme aus der allgemeinen Fürsorge geschaffen werden. Es handelt sich bei diesem Personenkreis um besondere Probleme, die einer eigenen Regelung bedürfen. Die sonst bei der Fürsorge wesentlichen Gesichtspunkte, wie die Wiedereingliederung, Ausbildung, Berufsförderung usw., scheiden bei den Alten aus. Ihnen sollte ein menschenwürdiger Lebensabend gesichert werden, der einer besonderen Ausgestaltung bedarf. Hierfür sind noch völlig andere Maßnahmen erforderlich.

13. Höhe der Renten, Zuschläge für Ehefrauen.

Die Renten müßten den Alten und Arbeitsunfähigen ein Dasein sichern, das für sie nach Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß keinen steilen sozialen Abstieg bedeutet und an das frühere Lebensniveau angeglichen bleibt.

So müßte z. B. bei der Rentenversicherung die Rente bis zu 75% des in Betracht kommenden Einkommens ausmachen; in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung sollten die Renten nicht nach Durchschnittssätzen, sondern ebenso wie in der allgemeinen Unfallversicherung nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet werden.

Für die nicht erwerbstätige Ehefrau ist eine Rentenerhöhung erforderlich.

14. Wertbeständigkeit der Renten.

Seit Jahrzehnten ist in allen Ländern ein dauernder Geldentwertungsprozeß zu beobachten. Bei steigenden Preisen und Löhnen hinken die Renten selbst dann, wenn nachträglich eine Angleichung vorgenommen wird, nach. Dieses Problem besteht (ausgenommen die Krankenversicherung) bei allen Zweigen des Sozialrechts. Die Renten und auch die anderen sozialen Leistungen (wie z. B. Sterbegeld, Witwenabfindung, soweit sie sich nicht unmittelbar nach dem Grundlohn er-

Anmerkung zu Ziffer 8 und 9. Es erscheint aus diesen Gründen dringend geboten, die bisherige Rentenversicherung in eine Versicherung gegen Alter und eine Versicherung gegen Invalidität und Berufsunfähigkeit aufzuteilen, denn es handelt sich um zwei verschiedene Versichertenrisiken, die heute eine ganz andere Problematik aufweisen. Bei der Altersversicherung gilt es vor allem, dem alten Versicherten einen menschenwürdigen Lebensabend zu sichern, während bei der Invalidenrente die Wiedereingliederung in den Wirtschaftsprozess und die Herstellung der Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen. Bei der Invalidenrente müßte die bisherige Versicherung gegen Invalidität und Berufsunfähigkeit aufgeteilt werden in eine Versicherung gegen langandauernde Krankheit (bis etwa drei Jahre) mit dem Ziel, beim Versicherten die Leistungsfähigkeit wieder herzustellen und ihn in die Wirtschaft wieder einzugliedern und wo eine Eingliederung nicht möglich ist, in eine Versicherung gegen dauernde Invalidität und Berufsunfähigkeit.



SPEZIFIKUM gegen Pruritus

EURAXIL SALBE

stillt jeden Juckreiz

farblos, geruchlos, hautfreundlich

kein Antihistamin, kein Lokalanaesthetikum

Tube mit ca. 20 g

J.R.GEIGY A.G. BASEL

*Pharma-Herstellung und Vertrieb für Deutschland:
DR.KARL THOMAE GMBH-BIBERACH AN DER RISS*



neu

Theoscleran

**Hochdruck
Kreislaufstörungen**

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

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

**UPHA · GMBH
HAMBURG**

Neu!

Hostacyclin

Tetracyclin »HOECHST« Die Grundsubstanz der Breitspektrumantibiotica

Hostacyclin zeichnet sich durch eine hervorragende Verträglichkeit und große Stabilität aus. Es bewirkt bei breitem antibiotischem Spektrum hohe Konzentrationen in Blut und Liquor, so daß eine unübertraffene 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 460 Q



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

rechnen) müßten an das jeweilige Lohn- und Preisgefüge angegliedert werden. Die Durchführung der Angleichung sollte den einzelnen Zweigen der Sozialgesetzgebung angepaßt sein. Der dadurch bedingte Mehraufwand müßte grundsätzlich vom Bund getragen werden. Eine Beitragserhöhung läßt erfahrungsgemäß lange auf sich warten.

15. Aufbringung der Mittel.

Die Durchführung einer echten Sozialreform läßt sich nicht durch Umschichtungen der im Sozialhaushalt veranschlagten Mittel durchführen. Der Sozialaufwand muß eine Erhöhung erfahren. An der bisherigen Dreiteilung: Beiträge der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und staatl. Zuschüsse wird festzuhalten sein.

Für die gesamte Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge einschließlich des Mutter- und Kinderschutzgesetzes wird eine weit stärkere Beteiligung des Staates notwendig sein, weil es sich hier um Aufgaben der Allgemeinheit handelt, die vor allem ihm obliegen.

16. Neue Grundlagen für die Vermögenslage der Versicherungsträger.

Die vom Gesetz geforderte mündelsichere Geldanlage entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten. Auch sollte das Geld nicht für versicherungsfremde Zwecke verwendet werden, sondern den Versicherten zugute kommen. Mit diesen Mitteln müßte die Kapitalbildung bei den Versicherten gefördert und dadurch der Erwerb von Eigentum ermöglicht werden.

17. Organisation.

An einer sinnvoll, aber nicht überspitzt gegliederten Sozialversicherung sollte festgehalten werden. Die Verwaltung müßte sparsam, der Vorgang bei der Zuerkennung der Leistungen einfach und zeitsparend

sein. Die Selbstverwaltung und Verantwortung der Versicherungsträger sollte eine weitere Stärkung erfahren. Ohne Zustimmung der Selbstverwaltungsorgane dürfte nicht über Gelder der Versicherten verfügt werden können.

Es erscheint zweckmäßig, dem Verband der Rentenversicherungsträger die Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zu verleihen und seine Aufgaben zu erweitern. Vor allem wird dies für die Durchführung der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge bei der Einrichtung von Wiederherstellungszentren erforderlich sein. Diese Maßnahmen können nicht innerhalb der einzelnen Landesversicherungsanstalten durchgeführt, sondern sie müssen in einer sinnvollen Planung auf Bundesebene verwirklicht werden. Ferner sollte bei Aufgaben der Gesundheitsfürsorge eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Verband der Berufsgenossenschaften und der Rentenversicherungsträger und den Versorgungsbehörden gewährleistet sein. Eine sinnvolle Durchführung der Gesundheitsfürsorge und -vorsorge kann nur als Gemeinschaftsaufgabe erfolgen.

Für die Selbständigen könnten getrennte Versicherungsträger errichtet werden.

18. Angleichung der alten Leistungen an die neuen.

Die Leistungen der nach altem Recht berechtigten Empfänger müßten durch entsprechende Übergangsbestimmungen der Leistungen der nach dem neuen Recht Berechtigten angeglichen werden, damit die jetzt alten Rentner und Invaliden in den Genuß der verbesserten Renten kommen. Die hierfür erforderlichen Mittel hätte der Bund zu tragen." (Schluß folgt)

Zur Frage der Verhältniszahl

Herr Kollege Rupprecht aus Endorf/Obb. schreibt u. a. in Heft 4 des „Bayer. Ärzteblattes“, daß ein Kassenarzt bei einer Scheinzahl von 300 bis 400 pro Quartal wohl leben könnte, selbst wenn er Familie hätte.

Wie weit dies für Oberbayern und speziell für die Praxis von Herrn Kollegen Rupprecht zutrifft, mögen die Kollegen seines Kreises entscheiden.

Hier in Mittelfranken, besonders in Stadtgebieten wie Fürth, wo Privatpatienten eine ganz untergeordnete Rolle spielen, kann ein Kassenarzt mit 400 Scheinen nicht einmal die Unkosten einer mittleren Praxis decken. Sofern man dem Arzt nicht zumutet, seine Besuche mit dem Fahrrad zu machen, und als Sprechstundenhilfe ein 16jähriges Lehrling zu nehmen, ist dies leicht zu erreichen.

Ein praktischer Arzt erhält hier pro Schein, alle Kassen im Durchschnitt genommen, nicht über 6.— DM. Das sind bei 400 Scheinen 2400.— DM im Quartal, also 800.— DM pro Monat.

Ausgaben:	Praxismiete	150.—	DM pro Monat
	Heizung	50.—	"
	Licht und Strom	40.—	"
	Sprechstundenhilfe	200.—	"
	Auto, Amortisation		
	u. Unterhaltung	300.—	"
	Putzfrau	35.—	"
	Reinigungsmittel	15.—	"
	Praxiswäsche	20.—	"
	Porto	10.—	"
	Büromaterial	10.—	"
	Reparaturen	10.—	"

840.— DM pro Monat

Die einzelnen Beträge sind nur Mittelwerte!

Noch nicht enthalten sind nötige Versicherungen, wie Berufshaftpflicht, Unfall, Altersversorgung, notwendige Neuanschaffung, Telefon, Zeitschriften, Fortbildung usw.!

Es ist unbegreiflich, wie jemand, der Einblick in das Kassenarztwesen hat, behaupten kann, mit 300 bis 400 Scheinen im Quartal „sollte ein Kassenarzt wohl leben können, selbst wenn er Familie hat“.

Mit solch unüberlegten Behauptungen fällt man den Bemühungen, endlich eine einigermaßen ausreichende Honorierung der Kassenärzte zu erreichen, geradezu in den Rücken. Da heute die meisten Kollegen hier mehr wie 300 bis 400 Scheine haben, müßten sie ja geradezu im Überfluß schwelgen.

Wie aus meiner Aufstellung ersichtlich ist, sind 400 Scheine noch bei weitem nicht ausreichend, die laufenden Unkosten einer mittleren Praxis zu decken. Man muß diese, Versicherungen, nötige Neuanschaffungen und sonstige Notwendigkeiten eingeschlossen, auf ca. 1200.— DM monatlich ansetzen. — Dazu allein sind schon mindestens 600 Scheine erforderlich!

Nun kommen ganz zuletzt, wie dies beim Kassenarzt nicht anders gewohnt ist, die Lebenshaltungskosten. Bei der heutigen Verhältniszahl und der dadurch bedingten Überbesetzung mit Ärzten, kann der Kassenarzt mit mittlerer Praxis die Lebenshaltung eines mittleren Beamten führen, ohne jedoch dessen Altersversorgung zu haben. Will er auch diese Altersversorgung, so muß er nur ans Sparen denken und kann nur für seine Pensionskasse leben und arbeiten.

Es ist vollkommen unverständlich, wie man das Einkommen der Kassenärzte heben will unter gleichzeitiger erheblicher Vermehrung ihrer Zahl. Meines Erachtens ist es dringend nötig, dieses heiße Eisen anzurühren. Wie kann man so ferne aller Realität sein, daß man sagen kann: „Er (der Kassenarzt mit 300 bis 400 Scheinen) wird dabei seiner beruflichen Stellung angemessen leben können, sobald er nach Leistung honoriert wird und vom Finanzamt nicht so besteuert wird, als ob er Semmeln verkaufte.“ Da möchte doch besser erst Herr Kollege Rupprecht die Honorierung nach Leistung und die günstige Besteuerung durch das Finanzamt erreichen und dann sehen, für wie viele Ärzte der Tisch der Kasse noch reicht.

Wenn der andere Weg gewählt wird, so kann man vor den Folgen nicht genug warnen. Sie werden verderblich



Lefatropin

Tropf.-Tabl.-Amp.

Ulcus
 ventriculi u. duodeni.
 Gastrische Beschwerden auf
 hyperacider Grundlage.
CEFAK-KEMPTEN

sein für den Arzt im einzelnen, wie für den ganzen ärztlichen Stand, für die Krankenkassen, für die Patienten und schließlich für den moralischen und wirtschaftlichen Stand des ganzen Volkes.

Es ist sehr schön, wenn Herr Kollege Rupprecht sagt, das Wort „Konkurrenzkampf“, mit Bezug auf Kollegen gemeint, dürfte überhaupt nicht von den Lippen eines Arztes kommen. Wenn der Kassenarzt aber zur Massenware gemacht wird, dann werden in ihm auch die ethischen Werte des höherstehenden Einzelindividuums verlorengehen. Wenn man soviel vom sinkenden Ansehen des Arztes spricht und schreibt, so ist eine der Hauptursachen dieser Tatsache die jetzt schon lange bestehende Überbesetzung der Arztstellen. Einzelheiten dazu möchte ich nicht bringen, sie sind in Überzahl bekannt und schmälern jedem anständigen Kollegen die Freude, die er an der Ausübung seines Berufes haben könnte, in zunehmendem Maße.

Seit Jahrzehnten wird immer wieder davor gewarnt, das ärztliche Studium zu betreiben. Wenn trotzdem immerwährend Menschen in großer Zahl so unvernünftig sind, sich gerade auf dieses materiell so aussichtslose Gebiet zu stürzen, so kann dies nicht als eine Notwendigkeit dafür betrachtet werden, den ärztlichen Stand noch weiter zugrunde zu richten, indem man die Vermassung des Ärztestandes propagiert.

Durch meinen Beitrag sollte gezeigt werden, daß eine Erniedrigung der Verhältniszahl 1:600 die vielleicht für ländliche Gebiete mit großer privater Klientel, Einnahmen durch Kilometergelder und mit niedrigen Praxisunkosten annehmbar erscheinen könnte, für Stadtgebiete mit fast reiner Arbeiterbevölkerung, daher sehr geringen Privateinnahmen, keinen Kilometergeldern und mit hohen Praxisunkosten, völlig untragbar ist.

Dr. med. W. Schlegel, Augenarzt, Fürth i. Bay.,
Nürnberger Straße 2.

Die ostoberfränkische Aktion

Schlußwort zur Diskussion

Von Dr. R. Luft, Münchenberg

Auf die drei Artikel, die im Auftrage vieler oberfränkischer Kollegen in Heft 1, 2 und 3/1955 des „Bayerischen Arzteblattes“ geschrieben wurden, sind zahlreiche, zum Teil begeisterte Zustimmung aus allen Teilen Bayerns hier eingegangen, nur wenige Schreiben waren teils zustimmend, teils ablehnend, restlos ablehnend war ein einziges: Die Entgegnung, die wir in Heft 4 unseres Blattes gelesen haben.

Zunächst zur Klarstellung zwei Tatsachen, die schlaglichtartig noch einmal das Problem beleuchten:

1. An 3300*) westdeutschen Krankenanstalten arbeiten 7000 leitende und 18 000 abhängige Kollegen. Die letzteren haben zum größten Teil keine Dauerstellungen. Sind sie durchschnittlich 6 Jahre an den Krankenanstalten tätig, so drängen sie hinaus, weil sie wirtschaftlich nicht weiterkommen. Die Krankenträger suchen jüngere und billigere Arbeitskräfte. So kommt es zu einem dauernden Wechsel. Alljährlich werden 2500—3000 vollausgebildete Ärzte frei, die nun die große Ärztereserve bilden. Von ihnen geht ein von Jahr zu Jahr steigender Druck auf die Ärzteorganisationen und Zulassungsausschüsse aus; deshalb der Schrei nach Herabsetzung der Verhältniszahl 1:600! Zu gleicher Zeit aber schreien die Krankenträger nach neuem, billigerem Ärztenachwuchs. Wenn es uns Ärzten endlich gelungen ist, durch mühsame Aufklärung das Studium der Medizin ein wenig einzudämmen, so beginnt heute die Gegenwerbung der Krankenanstalten: „Arztemangel! Laßt eure Söhne Medizin studieren!“ So geht der uferlose Strom von neuem los! Es ist keine Frage: was die Krankenanstalten durch ihre rein merkantile Politik einsparen, das müssen wir Kassenärzte durch immer wieder neues Teilen unseres Pauschales mit den Nachdrängenden bezahlen.

Ärzteführung und Gesetzgebung haben diesen Tatsachen bis jetzt nichts Wirksames entgegenzusetzen vermocht.

2. Eine Kleinstadt im oberfränkischen Industriegebiet hatte vor dem Krieg bei 6000 Einwohnern 4 Ärzte: 3 Praktiker und 1 Facharzt. Dieselbe Stadt hat jetzt bei 10 000 Einwohnern 14 Ärzte: 8 Praktiker und 6 Fachärzte. Sämtliche Ärzte sind Kassenärzte. Während also die Einwohnerzahl um 67% zugenommen hat, hat sich die Zahl der Kassenärzte um 250% vermehrt. Wenn nach dem Vorschlag des Bonner Ärztetages die Verhältniszahl von 1:600 auf 1:450 herabgesetzt werden würde, so würde der Zulassungsausschuß noch weitere 4 Ärzte in diese Kleinstadt schicken. Dazu kommt, daß die größeren Ortschaften in der Umgebung, die früher keinen oder nur 1 Arzt hatten, jetzt mit 1—2—3 Ärzten besetzt sind.

Wie in dieser Kleinstadt so ist es heute im ganzen oberfränkischen Industriegebiet, so ist es in zahlreichen Städten Bayerns und in der Bundesrepublik.

Wir fragen die Verantwortlichen: Wie stellt Ihr Euch vor, wie diese 18 Kassenärzte in

einem Notstandsgebiet leben sollen, wenn sie anständig und ehrlich bleiben wollen?

Wer diese ernsten Tatsachen für gut und erstrebenswert hält, der sieht nicht, daß hier ein schweres soziales Problem entsteht, daß hier eine Not heranwächst, die unseren Stand wirtschaftlich und moralisch aufs tiefste erschüttern muß. Diese Ärzteinfation ist nicht mehr allein mit der gestiegenen Morbidität, dem veränderten Altersaufbau der Bevölkerung, der Zunahme der Nachkriegsneurosen und den Fortschritten der Medizin zu erklären und zu begründen, sie ist zum Teil schicksalhaft bedingt, zum Teil durch falsche Planung und Lenkung, also durch die Schuld des Staates und durch unsere Schuld entstanden. Wir haben die Dinge laufen lassen, wie sie liefen, wir hatten Angst, das „heiße Eisen“ anzuführen, unsere großen ärztlichen Organisationen wichen dem Druck kleiner, rühriger Gruppen, die glaubten, im Interesse ihrer Mitglieder zu handeln, wenn sie die Herabsetzung der Verhältniszahl oder gar die freie Zulassung verlangen. Aber damit wird ja das Problem nicht gelöst, denn hinter den Spätheimkehrern, denen wohl niemand das Recht auf bevorzugte Zulassung absprechen wird, steht ein immer mehr sich drängender Ärzteüberschuß. Unter den heutigen Verhältnissen, so lange nicht die oben ausgeführten Voraussetzungen geschaffen sind, bedeutet gerade in einem Notstandsgebiet wie dem unsrigen jede neue Zulassung eine Verringerung der Scheinzahl und damit ein Sinken des wirtschaftlichen Niveaus ins Unerträgliche. Die vorstehenden Ausführungen von Herrn Kollegen Schlegel zeigen einwandfrei, daß für viele Gebiete mit Herabsetzung der Scheinzahl eine unmittelbare Verelendung eintreten müßte. Die Not, die heute beseitigt erscheint, ist morgen wieder da! Wenn nun eine Gruppe von Kassenärzten aufsteht und sagt: „So kann es nicht weitergehen“, wenn sie klare und nüchterne Vorschläge macht, so ist das keine „Panik“, sondern unser Recht in einer Demokratie, auch in einer Ständedemokratie, das offen zu sagen, was wir sehen und wollen.

Wir wollen diese Diskussion nicht in Resignation abschließen. Den guten, ehrlichen Kampf für unseren Ärztestand werden wir furchtlos weiterführen. Noch gibt es Wege zur Rettung: die Wiedervereinigung mit unserer deutschen Ostzone wird uns hier im Westen entlasten, der Numerus clausus an den Universitäten muß erkämpft werden, und eine grundlegende Reform des Assistentenwesens an den deutschen Krankenanstalten ist zu erstreben. Das sind Wege, die alle Ärzte gemeinsam gehen können.

*) Die folgenden Zahlen und Gedanken entnehme ich dem ausgezeichneten Schreiben eines niederbayerischen Kollegen.

MITTEILUNGEN

„Ein grelles Licht!“

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) Kreisverein München hat unter dem 2. 4. 1955 einen „Aufruf an alle Ärzte“ verschickt.

Dieser Aufruf lautet:

Der neue Präsident der Bayerischen Landesärztekammer erklärte der Presse gegenüber vor einigen Tagen: „Wir sind sogar bereit, den Wirtschaftskampf aufzugeben und verbindliche Schiedsgerichte sprechen zu lassen, weil wir glauben, daß das im Interesse der Gesamtheit notwendig ist.“ Damit ist klar die Stellung der Ärztekammer umrissen, deren Aufgabe es nur ist, der Allgemeinheit gegenüber einen leistungsfähigen Arztstand zu gewährleisten. Diese **Bereitschaft der Kammer, für die wirtschaftliche Besserstellung der Ärzteschaft nicht weiter einzutreten, wirft ein grelles Licht auf die Bedeutung des freien Verbandes. Solange die Forderungen der Ärzte, wie der Präsident selbst zugibt, mißachtet werden, können wir nicht darauf verzichten, um die Wiederherstellung tragfähiger wirtschaftlicher Verhältnisse für die ärztliche Praxis zu ringen.** Deshalb hat der Verband sich seit Jahren überall dort eingeschaltet, wo es galt, zur Lage des Arztes Stellung zu nehmen. **Nur noch vom freien Verband können die wirtschaftlichen Interessen des Arztes unabhängig wahrgenommen werden.** Setzen Sie sich daher bitte für dieses sein wesentlichstes Ziel ein und treten auch Sie zu den Reihen derer, die nicht gewillt sind, vorzeitig die Flinte ins Korn zu werfen. **Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) ist heute die einzige das ganze Bundesgebiet umfassende geschlossene Vertretung der ärztlichen Interessen.“**

Dazu möchte ich folgendes erklären:

Jedem objektiv denkenden und sachkundigen Arzt dürfte klar sein, daß der zitierte Satz in einem Presseinterview nichts anderes darstellt, als eine Kommentierung des Beschlusses, welchen der Außerordentliche Deutsche Ärztetag in Bonn faßte, wonach die Ärzteschaft bereit ist, sich unter gewissen Bedingungen der verbindlichen Schlichtung zu unterwerfen.

Wer die Auseinandersetzungen um die Frage „Vertragsfreiheit“ oder „obligatorische Schlichtung“, soweit diese sachlich geführt wurden, in den vergangenen Jahren aufmerksam verfolgt hat, wird zu der Überzeugung gelangt sein, daß sowohl für die eine wie für die andere Form viele Gründe ins Feld geführt wurden. Die Mehrheit hat sich letzten Endes für die obligatorische Schlichtung ausgesprochen aus der Überzeugung heraus, daß auf diesem Wege die wirtschaftlichen Belange der Kassenärzte — und nur um diese geht es letzten Endes — besser, wirkungsvoller und sicherer vertreten werden können als durch den vertragslosen Zustand. Auch bedeutenden Gegnern dieser Lösung wäre es bisher aber nicht eingefallen, den Verfechtern der verbindlichen Schlichtung das Motiv unterzuschieben, sie seien damit nicht mehr bereit, für die wirtschaftliche Besserstellung der Ärzteschaft einzutreten. Eine solche diffamierende Unterstellung bleibt dem Hartmannbund (Kreisverein München) vorbehalten. Ob dessen Bemühungen um die wirtschaftlichen Belange der Ärzteschaft wirkungsvoller waren als meine eigenen, möchte ich getrost dem Urteil der Kollegen überlassen — lautstärker jedenfalls waren sie. Meine Antwort auf diesen „Aufruf an alle Ärzte“ kann deshalb nur lauten: **Niedriger hängen!**

H. Sewering.

Familienausgleichskasse

Berichtigung:

In der Bekanntgabe betreffend die Familienausgleichskasse der Bayer. Landesärztekammer unter der Rubrik „Mitteilungen“ in Heft 4 des Bayer. Arzteblattes 1955 soll es statt 12.— DM „pro Monat“ heißen: 12.— DM „pro Jahr“.

Erklärung

Die Ärzte des oberfränkischen Grenzkreises Naila haben folgende Erklärung an den Bundesrat gerichtet:

„Ich erkläre hiermit, daß in meinem Bezirk die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ausreichend garantiert ist, ein Notstand also keineswegs besteht, und daß ich daher gegen eine Herabsetzung der Verhältniszahl von 1 Arzt auf 600 Versicherte bin.“

Die Erklärung wurde von sämtlichen praktischen Ärzten und Fachärzten unterschrieben.

Kürzung der Zahl der Medizinstudenten in Italien

Der Leiter der Chirurgischen Klinik der Universität Turin, Prof. A. Mario Dogliotto, veröffentlichte in „La Stampa“ — eine der führenden Zeitungen Italiens —, einen Artikel, in dem er für eine drastische Kürzung der Zahl der Medizinstudenten plädiert. Prof. Dogliotto erklärt, daß der medizinische Beruf bereits überlaufen sei und daß die italienische Universität im Augenblick dreimal mehr Ärzte hervorbringe, als das Land brauchen kann.

Dazu bemerkt die Studentenzeitschrift „Rinnovamento Culturale“, daß in einigen italienischen Bezirken „aus Mangel an Medizinstudenten noch immer Barbieri erste Hilfe leisten und chirurgische Eingriffe vornehmen“.

Wächst das akademische Proletariat?

Bonn (ÄPI) — Der Andrang zu den Hochschulen steigert sich in der Bundesrepublik noch immer. Wie das neue Jahrbuch des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft feststellt, ist die Gesamtzahl der Studenten von 1948/49 bis 1954 um rund 26 000 auf 122 877 gestiegen. Allein die Zuwachsrate seit 1953 beträgt rund 5000. Gleichzeitig stellt das Jahrbuch fest, daß sich die finanzielle und wirtschaftliche Situation der Studenten keineswegs verbessert, sondern eher verschlechtert hat. Im Jahre 1951 konnten noch 37,7% aller Studentinnen und Studenten ihr Studium aus elterlichen Mitteln finanzieren. 1953 war dieser Prozentsatz bereits auf 34,9% gestiegen.

Alle Diskussion um die Hochschulreform, die Bildung an die Stelle von bloßem Fachwissen setzen will, bleibt angesichts dieses Tatbestandes völlig theoretisch, da die meisten Studenten ein Übermaß von Zeit und Kraft für „Nebenerwerb“ aufwenden müssen, dessen Arbeitsleistungen kaum je im Zusammenhang mit dem Studienfache stehen. Angesichts der bekannten Unterbewertung der geistigen Arbeit in der derzeitigen Wirtschafts- und Sozialordnung und angesichts der Überfüllung in einer ganzen Reihe von geistigen Berufen erhebt sich damit die beunruhigende Frage, ob das akademische Proletariat in der Bundesrepublik noch immer weiter anwachsen soll und wird.

Gleichzeitig scheint auch die gründliche akademische Ausbildung immer weniger gesichert, da die Lehrkörper der Hochschulen mit der Entwicklung der Studentenzahlen keineswegs Schritt gehalten haben. Heute sieht z. B. ein Dozent der Pharmazie in seinen Vorlesungen durchschnittlich 157 Hörer vor sich, bei den Wirtschaftswissenschaftlern sind es 121 und der Ordinarius eines juristischen Kernfaches hat es in seinen Übungen oft mit 100 bis 200 Studenten zu tun. Wenn Übungen und Seminare drei- bis siebenmal soviel Mitglieder haben, als vergleichsweise die Klassenziffern in den höheren Schulen betragen, sind Lehre und Forschung in höchster Gefahr.

Bedeutungsvoll sind in diesem Zusammenhange Struktur und Altersaufbau der Lehrkörper. Im Durchschnitt wird die Stellung als ordentlicher oder außerordentlicher Professor heute in einem Lebensalter von 42 Jahren erreicht, das entspricht etwa dem Durchschnittsalter des Arztes zur Kassenpraxis. Die Mehrheit der a.o. Professoren und Dozenten erhält nur Lehrauftragsvergütungen, Stipendien (!) und Kollegelder. Dementsprechend sind viele Fächer immer mehr vom Nachwuchsmangel bedroht.

Wiederaufbau der Universitätskliniken in Bayern

Auf Antrag des Abg. Dr. Soenning war die Bayerische Staatsregierung durch einen Landtagsbeschluss aufgefordert worden, einen Dringlichkeitsplan für den Wiederaufbau der bayerischen Universitätskliniken aufzustellen und dafür bevorzugt Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen.

In Ausführung dieses Beschlusses legte Staatsminister Prof. Dr. Rucker dem Bayerischen Landtag einen Wiederaufbauplan vor, dem wir folgende Zahlen entnehmen. Es sind demnach nachstehende Ausgaben für den Wiederaufbau der drei Landesuniversitäten vorgesehen:

in Dringlichkeitsstufe I	86,318 Millionen
in Dringlichkeitsstufe II	15,929 Millionen
in Dringlichkeitsstufe III	76,880 Millionen.

Der Betrag in Dringlichkeitsstufe III würde sich um ca. 65 Millionen DM verringern, falls die Aufführung der Münchener Universitätskliniken im Stadttinnern möglich ist.

Auf eine weitere Anfrage des Abg. Dr. Soenning über den Stand der Maßnahmen des Wiederaufbaues, teilte Staatsminister Prof. Dr. Rucker mit, daß im Jahre 1954 die baulichen Arbeiten planmäßig fortgesetzt wurden. Der innere Betrieb und die ärztliche Versorgung der Patienten wurde durch Neuschaffung von etwa 130 Planstellen für wissenschaftliche Assistenten sowie durch Berufung hervorragender Klinik- und Anstaltsleiter entscheidend verbessert.

An Mitteln wurden im Jahre 1954 aufgewendet:

an der Universität München	2,739 Millionen
an der Universität Würzburg	1,396 Millionen
an der Universität Erlangen	3,610 Millionen.

Zur Pariser Universitätswoche in München

Von Prof. Dr. Maurice Boucher (Sorbonne, Paris)

Die Pariser Universitätswoche in München ist vielfach besprochen worden, doch war man darüber einer Meinung, daß sie nicht nur in der Geschichte beider Universitäten, sondern auch in der Geschichte des Universitätswesens überhaupt als eine vollkommen neue, ja außergewöhnliche Erscheinung betrachtet werden muß.

Wie dankbar und aufrichtig erfreut über diese Begegnung und über eine solche Zusammenarbeit alle meine Pariser Kollegen zurückkehrten, braucht nicht noch einmal betont zu werden. In dieser Hinsicht wurde das Unternehmen von einem restlosen Erfolg gekrönt, der nicht angezweifelt werden kann. Deshalb möchte ich auf andere Aspekte der Sache hinweisen.

„Etwas noch nie Dagewesenes!“ meinten wir; doch liegt es wohl im Wesen der „universitas“, daß ein solcher Austausch selbstverständlich sein sollte. Bis jetzt steht allerdings die Mannigfaltigkeit der lebenden Sprachen einer solchen Begegnung — soweit sie fruchtbar werden kann — immer noch im Wege, seitdem die lateinische Sprache (die übrigens den Anforderungen der modernen Wissenschaft und des modernen Denkens nicht mehr gewachsen wäre) nicht mehr die aller gebildeten Menschen ist.

Um so erfreulicher war es, im gegenwärtigen Falle festzustellen, daß Münchener Studenten imstande schienen, sich Notizen zu machen und dem Gedankengang der französischen Vorlesungen zu folgen, während eine nicht unbeträchtliche Anzahl der Kollegien von Pariser Professoren in deutscher Sprache gehalten wurde. Eine der ersten Konsequenzen, die aus dem Experiment jetzt zu ziehen wären, ist also die Zweckmäßigkeit, ja die Notwendigkeit für heutige akademisch gebildete Menschen,

zwei, besser drei moderne Sprachen so weit zu erlernen, daß sie zu einem brauchbaren Vehikel der Kultur werden.

Es ist nämlich ein Paradoxon der in sich zerspaltenen modernen Welt, daß die in ihrem Wesen übernationalen, universell angelegten Wissenschaften sich erst durch die Hindernisse mannigfaltiger, manchmal wesensverschiedener Sprachen einen Weg bahnen müssen: Die einheitliche, internationale Welt des Denkens und der Forschung ist nur durch die vielen Welten der einem jeden zur Verfügung stehenden Ausdrucksmittel zu erreichen. Eine Übersetzung — sie mag so gut sein, wie sie will — kann aber die Unmittelbarkeit des Kontakts nie ersetzen.

Nach meiner Rückkehr habe ich manche Briefe von Münchener Studenten erhalten, die sich eben darüber freuten, daß diese Woche keinen „nur offiziellen Charakter“ angenommen hätte, wie zuerst zu befürchten gewesen sei. Schon am ersten Tage, so schrieben sie, sei eine Atmosphäre geschaffen worden, in der nicht nur „vom Katheder herab“, sondern von Mensch zu Mensch geredet wurde. Dies zeigt ebensowohl den unermesslichen geistigen Gewinn — von erfreulichen politischen Auswirkungen nicht zu sprechen —, den man von solchen Veranstaltungen erwarten darf, als auch — leider! — die notwendigen Grenzen, die um diesen ersprießlichen Nutzen gezogen werden.

Beim jetzigen Stand der Dinge ist also nicht zu verhehlen, daß in fremder Sprache gehaltene Vorlesungen nur ausnahmsweise von der Studentenschaft aller Länder verstanden werden können. Dies ist der erste Punkt, auf den ich hinweisen wollte, damit man ernstlich bedenkt, wie notwendig die Erlernung mehrerer moderner Sprachen geworden ist. Dazu gehören aber viel Zeit und viele Menschen, die ihren guten Willen bekunden.

Nun zu einem zweiten Punkt. Daß eine solche aufsehenerregende Veranstaltung weder einseitig bleiben kann noch darf, liegt auf der Hand. Von Frankreich aus werden in irgendeiner Form Entscheidungen ins Auge gefaßt, die zu einer passenden Erwidmung und Gegenleistung führen können. Ich weiß, daß man sich höheren Orts schon am ersten Tage damit befaßt hat, kann aber nicht wissen und bin auch nicht befugt, zu sagen, wie sich die Angelegenheit gestalten wird.

Wir haben in Paris schon deutsche Gelehrte gehört, aber jeweils nur im abgegrenzten Kreise eines besonderen Unterrichtsfachs. Will man aber einen guten und dauernden Erfolg erzielen, so muß man sicher sein, daß sich genug Studierende finden werden, die dank ihrer Sprachkenntnisse imstande sind, daraus einen wirklichen, persönlichen Nutzen zu ziehen. Sonst erschiene ein derartiges Unternehmen als ein Stück politischer Propaganda, und alles wäre dadurch verdorben.

Denn solche von Ausländern gehaltene Vorlesungen sollen einzig und allein im Rahmen der „universitas“ und der unparteiischen Forschung bleiben. Wie schon gesagt, würden daraus auch ein besseres Verständnis für jeweilige menschliche Situationen und sogar vielleicht eine geistige Freundschaft erwachsen, die sich auch politisch auswirken würden. Dieses soll aber unbedingt nur eine Neben- und Nacherscheinung sein und nicht als Ziel gelten, das zunächst angestrebt wird.

Daß dieses Ziel erwünscht, ja ersehnt ist, liegt im Sinne ähnlicher Bemühungen und braucht auch nicht verheimlicht zu werden; man würde aber fehlgehen und ungünstige Voraussetzungen schaffen, wenn es allzusehr in den Vordergrund rückte. Es gäbe vielleicht auch Anlaß zu Kundgebungen, die höchst schädlich wären, während ein wissenschaftlicher Gewinn, der durch einen ge-

Vegedyston

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



„Die Ernährung der Graviden hat im Rahmen einer Prophylaxe wichtige Aufgaben zu erfüllen.“

(Doz. Dr. med. FINKBEINER, Univ.-Fr.-Klinik d. Freien Univ. Berlin, in „Die Medizinische“ Nr. 18/1954)

Vitamin A	Eiweiss	Vitamin C
Calcium	Vitamin D	Phosphor
Vitamin B	Eisen	Vitamin E

Diese und zahlreiche weitere Mineralstoffe, Vitamine und Spurenelemente benötigt die werdende Mutter in erhöhtem Maße. Die übliche Nahrung kann diesen Bedarf nicht decken. Deshalb in Schwangerschaft und Stillzeit

Aletavit
Ergänzungs- und Aufbau-Präparat

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.

ALETE · PHARMAZEUTISCHE PRODUKTE GMBH · MÜNCHEN 3



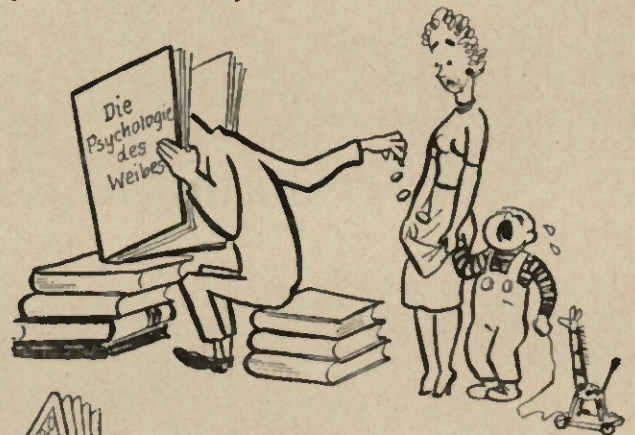
Die Praxis im eigenen Heim

Dieses Ziel läßt sich sicher mit einem Bausparvertrag erreichen. Wichtige Vorteile: Billiges Bougeld, Steuerbegünstigung oder Wohnungsbauprämie. Wir senden Ihnen gerne unsere Prospekte.

BAYER.LANDESBAUSPARKASSE
— die Bausparkasse der Sparkassen —
München 2, Brienner Str. 4B, Tel. 2 BS 01

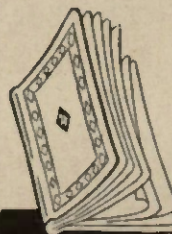


Aus unserem Almanach



Zeit haben für den Ehegefährten ist wichtiger, als Geld für ihn haben.

Oeser



SKLEROSOL
Dr. KOBBE

Arteriosklerose, Praesklerose, Hypertonie, Klimax, Ohrensausen u. Schwindelgefühle



FEBENA · KÖLN

Neueinführung!

entero *sanol*

Enterostomachikum*

*Zur Behandlung enteraler
Erkrankungen mit*

*Drogen-Kombination mit
folgenden Wirkungen*

Diarrhoe

**adstringierend
entzündungswidrig**

Dyspepsie

sekretionsregulierend

Meteorismus

**adsorbierend
spasmolytisch**

* Nissen und Hermann: „Enterosanol, ein neues Mittel zur Behandlung dyspeptischer Störungen“ (aus d. Inn. Abt. d. Stadt- u. Kreiskrankenh. Minden i. W., Chefarzt Prof. Dr. K. Nissen), Med. Klin. 15 (1955).

stigen Austausch zustande kommt, unanfechtbar, unantastbar ist.

Deshalb — und somit kommen wir zu einer dritten Bemerkung — scheint es mir unumgänglich, daß ausländische Gelehrte eben das Thema behandeln, in dem ihre eigenen Ansichten oder Entdeckungen zur Aussprache kommen oder auseinandergesetzt werden. Es kann nicht sein, daß sie einfach den einheimischen Professor einige Stunden lang in seinem Lehrstuhl ersetzen, denn die Kurse sind bei uns an ganz bestimmte Programme gebunden, was Anpassungsschwierigkeiten hervorrufen würde, die schwerlich zu überwinden und dem Gastprofessor sehr lästig wären.

Um so interessanter aber wäre, zu erfahren, was jeder auf seinem besonderen Gebiet persönlich geleistet hat, denn dadurch würden der Gesichtskreis der Zuhörer erweitert, ihre Kenntnisse bereichert und neue Ansichten zum Ausdruck kommen. So aufgefaßt, wäre die zeitweilige Ablösung des französischen Professors durch einen deutschen Kollegen eine glückliche, zweckmäßige Neuerung, die nicht umstritten werden könnte.

Dies einerseits und die Entwicklung der Sprachkenntnisse bei den Studenten beider Nationen andererseits sind die Erfordernisse, die sich als notwendig erweisen, wenn das Gelingen des Münchener Experiments als der Auftakt zu einer wirklichen, konkreten, lebendigen und dauernden Zusammenarbeit erscheinen soll.

(Hochschul-Dienst Nr. 7/55)

Der Landesgesundheitsrat

Der Landesgesundheitsrat nahm am 25. April 1955 in neuer Zusammensetzung seine Tätigkeit wieder auf. Ihm gehören 14 von den politischen Parteien und 14 von den auf dem Gebiete des Gesundheitswesens tätigen Körperschaften und Verbänden benannte Mitglieder an. Seitens der CSU wurden entsandt Abg. Dr. med. Soening, Abg. Sackmann, Dr. Dr. v. Gugel, Frau Dr. med. Genewein, Dr. med. Fey, Direktor Trettenbach, von der SPD Professor Dr. med. Seitz, Abg. Dr. med. Oeckler, Abg. Stöhr, Frau Dr. Braun, von der Bayernpartei Abg. Dr. med. Brentano-Hommeyer, Zahnarzt Dr. Heiß, vom GB/BHE Dr. med. Czech, von der FDP Abg. Dr. med. Dehler; die Körperschaften und Verbände vertreten: die Bayer. Landesärztekammer ihr Präsident Dr. Sewerling, die Bayer. Landes Zahnärztekammer ihr Präsident Dr. Hans Fick, die Bayer. Landesapothekerkammer ihr Präsident Walter Riemerschmid, die Bayer. Landestierärztekammer Tierarzt Dr. Thomas Schreyer, die Medizinischen Fakultäten Univ.-Prof. Dr. med. Weber, die gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Ersatzkrankenkassen Direktor Schmeuser vom Landesverband der Allgem. Ortskrankenkassen in Bayern, die Privatkrankenkassen Dr. Hans Hieber, Direktor des Münchner Vereins, Krankenversicherungs-A.G., die Landesversicherungsanstalten Dr. Gotthold Wahl, 1. Direktor der LVA Unterfranken, die Berufsgenossenschaften Direktor Schramm, Vorsitzender des Landesverbandes Bayern, die Bayer. Krankenhausesellschaft e.V. München Dozent Dr. med. habil. Ferdinand May, das Bayer. Rote Kreuz Reg.-Med.-Direktor Dr. Fritz Pürckhauer, die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern Senator P. Dr. Rösch, Landes-Caritas-Direktor, den Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner, Landesverband Bayern, Adolf Kopp, Leiter der Rechtsabteilung des VdK, den Landesverband Bayer. Drogisten Drogist Karl Fauhaber. (Die Namen der Ärzte sind gesperrt.) Zum Vorsitzenden wurde Abg. Dr. Soening wieder, zu seinem Stellvertreter

Abg. Dr. Oeckler neu gewählt. Schriftführer wurde Verwaltungsdirektor Trettenbach. Innenminister Dr. Geiselhöringer verwies einleitend auf die Wichtigkeit der Aufgaben des Landesgesundheitsrates, durch dessen Tätigkeit die Arbeit der staatlichen Gesundheitsverwaltung erleichtert werde. Anschließend wurden die Fraktionen des Bayer. Landtages ersucht, sich bei den kommenden Haushaltsberatungen nachhaltig für die Zuwendung ausreichender Mittel für das Gesundheitswesen, für die Schulgesundheitspflege und einen Sanierungsplan für die Krankenhäuser einzusetzen.

Ehrung Albert Schweitzers

Prof. Dr. Albert Schweitzer, Lambarene, wurde von Königin Elisabeth von England mit dem „Order of Merit“ ausgezeichnet, einem hohen englischen Orden, den nur 24 Personen tragen.

Sonderaudienz Papst Pius' für Ärzte

Eine Sonderaudienz gab Papst Pius XII. den Ärzten, die ihn während seiner schweren Krankheit behandelt hatten. Sie erhielten einen päpstlichen Orden.

Geschäftsstelle der Bayer. Landesärztekammer

Seit 15. 4. 1955 befindet sich die Geschäftsstelle der Bayer. Landesärztekammer

München 23, Königinstr. 85/III (Lift).

Die neue Telefonnummer lautet: 3 94 65/66.
Sprechzeiten: Montag mit Freitag 8—13 Uhr.

Die Infektionskrankheiten im Jahre 1954

Bonn (ÄPI) — Nach dem letzten, die Ergebnisse des Jahres 1954 zusammenfassenden Bericht des Statistischen Bundesamtes über die Neuerkrankungen an meldepflichtigen Infektionskrankheiten traten diese im Vergleich zum vorausgehenden Jahr 1953 zurück, und zwar von 34,05 Neuerkrankungen 1953 auf 10 000 der Gesamtbevölkerung des Bundesgebietes auf 30,33 im Jahre 1954. Am stärksten war der Rückgang bei den Diphtherie- und Keuchhustenerkrankungen. Scharlach, Kinderlähmung, Bangsche Krankheit und Papagelenkrankheit waren 1954 etwas stärker vertreten als 1953; jedoch betrug die Erkrankungsziffer der übertragbaren Kinderlähmung nur etwa ein Viertel von der des Jahres 1952. Stark angestiegen, und zwar um das Vierfache, sind die Meldungen über Blßverletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere.

Fortschritte im Kampf gegen die Rindertuberkulose

In der Zeit vom 1. Juli 1953 bis 1. Juli 1954 sind in der Bundesrepublik Deutschland 112 456 Rinderbestände mit 965 553 Tieren staatlich neu als tuberkulosefrei anerkannt worden. Dies bedeutet, wie in den Monatsheften für Tierheilkunde mitgeteilt wird, eine Zunahme der tuberkulosefreien Bestände um 7,9% aller vorhandenen Bestände und der tuberkulosefreien Rinder um 8,3% aller vorhandenen Rinder im Zeitraum eines Jahres. Am 1. Juli 1954 waren damit 342 374 = 23,3% der Rinderbestände staatlich anerkannt tuberkulosefrei. DMI

Das Ziel einer Arzt und Patienten gleichermaßen befriedigenden Therapie des Hochdrucks —
**Optimale Blutdrucksenkung,
Beseitigung der Hypertensionsbeschwerden durch**



RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABT. HEIDELBERG

ASGOVISCUM forte

mit Rauwalfia serpentina

Gesundheitsvorsorge vordringlich

Bonn (ÄPI) — Der Bundestagsausschuß für Sozialpolitik wird anlässlich der zweiten und dritten Plenarsitzung des Gesetzentwurfes zum Kassenarztrecht, die voraussichtlich in der ersten Maihälfte stattfindet, dem Bundestag die Annahme einer von dem SPD-Abgeordneten Prof. Dr. Preller eingebrachten Entschließung empfehlen, wonach die Bundesregierung der Gesundheitsvorsorge innerhalb der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ihr besonderes Augenmerk zuwenden und dem Bundestag geeignete Vorschläge im Rahmen der Sozialreform unterbreiten soll.

Professor Preller hat bekanntlich schon vor einigen Monaten den nach ihm benannten „Preller-Plan“ vorgelegt, der den Zweck hat, vorbeugende Untersuchungen in großem Rahmen finanziell zu ermöglichen. Die hierzu notwendigen Mittel würden praktisch einer „Gesundheitshypothek“ gleichkommen, die sich auf die Dauer auch durch erhöhte Arbeits- und Leistungskraft bezahlt machen werde. Dieses Moment spielt bei den derzeitigen Beratungen zur Sozialreform bereits eine Rolle.

Entenei! 10 Minuten kochen!

Über die Verwendung von Enteneiern ist eine vom Bundesernährungsministerium ausgearbeitete — gegenüber der Bestimmung von 1936 verschärfte — Verordnung in Kraft getreten: Zum menschlichen Genuß bestimmte Enteneier müssen deutlich lesbar die Aufschrift tragen: „Entenei! 10 Minuten kochen!“ In den Verkaufsstellen sind Schilder mit folgendem Text anzubringen: „Entenei darf zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen nicht roh oder weich gekocht verzehrt und nicht zur Herstellung von Puddings, Mayonnaise, Rührei, Setzei, Pfannkuchen, Torten, Schaumspise (Creme), Speiseeis oder ähnlichen Zubereitungen verwendet werden, bei deren Herstellung nicht eine die ganze Masse durchdringende Erhitzung auf mindestens 100° C mindestens 10 Minuten lang gewährleistet ist.“

Diese Vorschriften gelten auch für Enteneiaufschlag (auch im Gemisch mit Hühnereiaufschlag) sowie für Gefrier-, Trockenei und Trockeneierzeugnisse, die ganz oder teilweise aus Enteneiern hergestellt sind. Weitere Einzelheiten über die neue Verordnung sind im Bundesgesetzblatt Nr. 28, Teil I, veröffentlicht worden. DMI

Ferienlager für diabetische Kinder

Der Deutsche Diabetiker-Bund wird auch in diesem Jahr wieder Ferienlager für diabetische Kinder an verschiedenen Stellen des Bundesgebietes einrichten. Für Süddeutschland und einen Teil Hessens wird das Lager in der Landwirtschaftsschule Waldshut am Oberrhein und für Norddeutschland im Jugendhof „Sachsenheim“ in Verden a. d. Aller eingerichtet werden. Anmeldungen sind zu richten an den Deutschen Diabetiker-Bund, Stuttgart, Strohherg 103.

Soziale Krankenversicherung

In der Bundesrepublik hängen nicht weniger als 40 Millionen Menschen in ihrer gesundheitlichen Betreuung von der sozialen Krankenversicherung ab. Wie das Deutsche Industrieinstitut feststellt, sind das 18 Millionen Versicherte, ca. 6 Millionen Rentner, fast 15 Millionen Angehörige und weitere große Gruppen von Rentnern des Lastenausgleichs und der Wohlfahrt. Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung wurden im vergangenen Jahr mit rund 4 Milliarden angegeben, fast eine halbe Milliarde mehr als im Jahre 1953.

Erklärung zur Aktion Dr. Ludwig Schmitt, München

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, der Landesverband Niedersachsen des Hartmannbundes und der Landesverband Niedersachsen des Marburger Bundes wenden sich mit aller Entschiedenheit gegen die Bestrebungen einer kleinen Oppositionsgruppe, die unter dem Namen „Notgemeinschaft der Ärzte und Zahnärzte“ das Gesetz zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zu Fall zu bringen sucht. Die drei genannten Organisationen stehen nach wie vor zu den Beschlüssen, die von den gewählten Vertretern auf den Hauptversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und auf den Ärztetagen gefaßt sind und lehnen die von der Notgemeinschaft gestellten Suggestivfragen ab. Die Vorstände dieser drei Organisationen fordern die niedersächsischen Ärzte auf, die von der Notgemeinschaft übersandten Karten nicht zu beantworten und sich von allen unüberlegten Schritten, zu denen die Notgemeinschaft auffordert, fernzuhalten. (ÄPr. R.5/55)

Konflikt zwischen Ärzten und Krankenkassen in den Niederlanden

In den Niederlanden droht ein Konflikt über die Höhe der von den Krankenkassen zu leistenden Vergütung an Ärzte und Zahnärzte so ernste Ausmaße anzunehmen, daß sich der Rat der Krankenkassen um Unterstützung an den Minister für soziale Angelegenheiten gewandt hat. Der niederländische Landesverband der Hausärzte weigert sich, mit den Allgemeinen Ortskrankenkassen zusammenzuarbeiten, falls die Krankenkasse ihr Angebot, die Vergütungen um 6% zu erhöhen, nicht der höheren Forderung der Hausärzte anpaßt.

Ein Krüppelfürsorge-Gesetz

Nach vierjähriger Vorbereitung hat das Bundeskabinett nun einen Geszentwurf über die Fürsorge für Körperbehinderte (Krüppelfürsorge-Gesetz) verabschiedet. Dem Gesetz wird große Bedeutung beigemessen, weil die Zahl der Körperbehinderten von 60 000 im Jahr 1906 auf rund 523 000 im heutigen Bundesgebiet angewachsen ist, wobei die Kriegsbeschädigten nicht mitgezählt sind. Als besondere Ursache dieses Anwachsens werden genannt die Rachitis, die infolge der Hungerjahre bei vielen Kindern festzustellen ist, ferner Folgen von Kinderlähmung, aber auch von Verkehrsunfällen. Das Gesetz verpflichtet vor allem Ärzte und Hebammen zur Meldung von körperbehinderten Menschen. In erster Linie sollen Vorbeugungsmaßnahmen und Heilbehandlung gesetzlich geregelt werden. Durch diesen Entwurf werden zwölf Gesetze und Verordnungen der Vergangenheit außer Kraft gesetzt.

Scharlach verläuft heutzutage milder

Beobachtungen im Verlauf einer Scharlacherkrankungswelle in Österreich ergaben nach Mitteilung in der „Ärztlichen Praxis“, daß diese Erkrankung wesentlich milder verläuft als früher und daß auch ohne Antibiotica die Scharlachkomplikationen, wie z.B. Nierenschäden, an Zahl und Schwere abgenommen haben. Trotzdem ist es immer erforderlich, bei Scharlach gründlich auf die Möglichkeit einer Nierenschädigung untersuchen zu lassen. Beruhigend ist die durchweg günstige Wirkung der heute im allgemeinen üblichen Behandlung mit Penicillinpräparaten, die — als Vorbeugungsmittel gegeben — auch meist das Auftreten latenter Nierenschäden verhindern.

DMI

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


CORDALIN

Oxyaethyltheophyllin · Homburg.

Ampullen · Suppositorien · Tabletten · Tropfen

Bei Cerebralsklerose
und zur Frühbehandlung
des apoplektischen Insults





Uro-Med

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


Verfasser: Prof. Dr. Franz Schede

Die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung

Zur Geschichte der Krankheit: Erreger und Epidemiologie der Poliomyelitis / Pathogenese und Pathologie / Zur Klinik der Poliomyelitis / Die Behandlung der Krankheit / Ruhigstellung oder Bewegung? / Die Be-

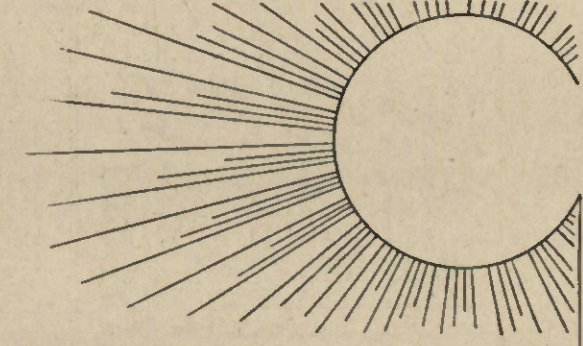
Einführung: Oberarzt Dr. Berthold Borschel

kämpfung der Kontrakturen / Die ausreichende Durchblutung / Die Übungsbehandlung / Stehen und Gehen, mechanische Stützmittel / Operationen / Sehnenverpflanzungen / Gelenkversteifungen.

63 Seiten, 30 Fotos und Skizzen, DM 4.50  Im Richard Pflaum Verlag, München 2



Ruhiger Schlaf...



...frohes Erwachen...

Vitanerton

Nervinum und Spasmo-Sedativum

- liquid, Klein-P., ca. 105g,
Preis: DM 1,40 o. U.

ZUS.: Valerian. - Humel. lupul. - Gentian. - Cola -
Perkolat 14%; Bromoölze 7%; Phenylidimethylpyrro-
zolon - Diäthylbarbitursäure im molekularen Ver-
bindung 4%; Natr. glycerophosphat 2%; Solutio sacch.
vvas + Corrigena 73%. Mit 0,2% Süßholz zubereitet.

- Kerne, Klein-P., 50 Stck.,
Preis: DM 1,40 a. U.



COR-NERVACIT

ein Herztonicum, angewandt bei nervösen Herzbeschwerden, bei Coronarinsuffizienz und Angina pectoris. - Inhalt 200 ccm. Muster auf Anforderung.



APOTHEKER A. HERBERT · FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE

WIESBADEN-BIERSTADT

Ihre Gesundheit ist das Fundament Ihres Schaffens

Sie fördern Ihre Gesundheit durch regelmäßige physiologische Jodzufuhr bei Gebrauch

der medizinischen Zahnpasta



- Prophylaxe gegen Erkältungen
- Verhütung der Arteriosklerose
- Antistrumaticum

Muster auf Anforderung



KALIKLORA-WERKE

Hamburg 19/W

„Stetophon“ Herzton-Apparat

Für die neuzeitl. u. moderne Praxis.

Prospekt und Lieferung: Sanitest, Frankfurt-Eckenheim 358 c

WOHLAUSGEWOGEN
in der Zusammensetzung



NEUROVEGETALIN
VERLA



Secale - Belladonna · Alkol.
im Wirkstoff standardisiert
- Phenyläthylbarbitursäure

bei vegetativer Dystonie

VERLAPHARM · TUTZING

BELLASERP

NEUARTIGE RAUWOLFIA-KOMBINATION
gegen
HYPERTONIE

Packung zu 30 Stück DM 240 o.U.

»ATMOS« FRITZSCHING & CO GMBH
VIERNHEIM / HESSEN



Literatur und Muster auf Wunsch



ILON ABSZESS-SALBE

Neueste Literatur und Muster durch
ILON · FREIBURG · LITTENWEILER / BR



LEISTUNGSSTARKE TARIFE

mit
Beitragsrück-
vergütung.

(für 1952 wurden
6 Monatsbeiträge
mit DM 600.000
zurückbezahlt.)

MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherungsanstalt a.G. München
München 15, Peitenkofersstraße 19

Geschäftsstellen in Bayern:
Augsburg · Bayreuth · München
Nürnberg · Regensburg · Würzburg

Tätigkeit des Deutschen Roten Kreuzes auf dem Gebiete der Gesundheitserziehung

Vom Bundesministerium des Innern wurde am 17. 1. 1955 mitgeteilt, daß das DRK die Gesundheitserziehung in sein Programm aufgenommen habe. Zu diesem Zweck werden vom Roten Kreuz Abendkurse über häusliche Krankenpflege sowie Säuglingspflege und -ernährung abgehalten.

Die „Gesundheitserzieher“, die diese Abendkurse abhalten, sollen in erster Linie aus den Reihen der Krankenschwestern, Säuglings- und Kinderschwestern und Fürsorgerinnen, aber auch aus Laienkreisen gewonnen werden. Diese werden vorher in achtstägigen Schulungskursen des BRK für diese Aufgabe geschult.

Bei einer Besprechung mit einer Vertreterin des Bundesministeriums des Innern und der Referentin der Frauenarbeit des BRK wurde festgestellt, daß die gesundheitliche Volksbelehrung eine Dienstaufgabe der Gesundheitsämter ist (§ 3 Ziff. 1 c des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934). Es besteht jedoch mit dieser Tätigkeit des Roten Kreuzes Einverständnis unter der Voraussetzung, daß jeweils ein Arzt Aufsicht und Leitung dieser Abendkurse übernimmt. Dafür kommen in erster Linie in Frage die am Ort ansässigen freipraktizierenden Ärzte, der örtliche Rote-Kreuz-Arzt oder der Amtsarzt. Der zuständige Amtsarzt wird jeweils vom BRK benachrichtigt, wenn solche Kurse abgehalten werden.

Die Gesundheitsämter sollen von dieser Aktion des Roten Kreuzes verständigt und den Amtsärzten soll empfohlen werden, sich — soweit es die Dienstgeschäfte erlauben —, insoweit daran zu beteiligen, als sie die Kurse eröffnen und gegebenenfalls selbst Vorträge über aktuelle Fragen halten.

Ebenso besteht Einverständnis, daß die staatlichen Fürsorgerinnen an Schulungskursen des Roten Kreuzes teilnehmen und selbst Abendkurse abhalten. Diese Tätigkeit kann nur auf freiwilliger Basis und in einem Umfang erfolgen, daß die Erledigung der Dienstaufgaben der Fürsorgerinnen nicht beeinträchtigt wird, was bei der immer wieder betonten Überlastung der Fürsorgerinnen nur ausnahmsweise der Fall sein dürfte. Den Anstellungsbehörden von kommunalen Fürsorgerinnen wolle eine ähnliche Regelung empfohlen werden.

Über die Erfahrungen ist bis 1. September 1955 zu berichten.

I. A. gez. Dr. Schmelz, Medizinalrat

Behandlung des Alkoholismus

Als vor etlichen Jahren die Entwicklung der Antabus-Präparate eine neue erfolgreiche Phase in der Behandlung des Alkoholismus einleitete, glaubten vielfach die Angehörigen von Alkoholikern, nunmehr die Entziehungskuren mit den neuen Mitteln zu Hause ohne ärztliche Anleitung durchführen zu können. Dieser Wunsch lag natürlich nahe, denn es ist bekanntlich nicht immer leicht, Alkoholiker zu bewegen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Man glaubte, die Kur sei ja recht einfach: Dem Alkoholiker wird heimlich das Mittel ins Bier-, Schnaps- oder Weinglas geschüttet, bis ihm das sonst so geschätzte Getränk einfach miserabel schmeckt und es dann vielleicht auch zu dem „heilsamen“ Erbrechen kommt. Die Erfahrungen in den vergangenen 5 Jahren haben jedoch eindeutig ergeben, daß eine solche Anwendung zu gefährlich ist und die Präparate niemals ohne Wissen und Mitarbeit des Alkoholikers und nicht ohne ärztliche Kontrolle verabfolgt werden dürfen. Bestehen außerdem Erkrankungen, wie z. B. entzündliche Erkran-

kungen, Herz- und Gefäßkrankheiten, Leber- und Nierenleiden, Stoffwechselstörungen, besonders Diabetes, Basedow und Blutkrankheiten, Lungenerkrankungen, labiler Nervenzustand, Neurosen, Alkoholpsychosen und Erkrankungen des zentralen Nervensystems, oder liegt bei Frauen eine Schwangerschaft vor, ist besondere Vorsicht geboten.
DMI

Kopfgedüngtes Gemüse. Würmer werden gratis mitgeliefert

In Hessen gibt es zahlreiche Ortschaften, in denen bis zu 80% der Kinder von Wurmerkrankungen befallen sind. In anderen Gegenden ist es nicht viel anders. Der Grund ist vor allem in der gesundheitschädlichen Düngung von Obst und Gemüse mit menschlichen Fäkalien zu suchen.

Durch diese ohnehin schon recht unästhetische Kopfdüngung kommt es nicht nur zu einer Verwurmung, sondern auch zur Ausbreitung gefährlicher Darmkrankheitserreger, wie etwa der Typhusbazillen, und außerdem zur Übertragung der Erreger der Kinderlähmung und einer Leberentzündung (Hepatitis epidemica). Prof. Dr. Harmsen, Direktor des Hygienischen Institutes der Universität Hamburg, hat daher vor kurzem an alle zuständigen Stellen den dringenden Appell gerichtet, jeglichen Gemüseanbau auf Rieselfeldern zu verbieten und auch die Verregnung von Fäkalabwässern auf Gemüsekulturen zu untersagen. Auf Märkten sollten künftig Salate, Kräuter und Gemüse, die auf diese Weise kopfgedüngt sind, nicht mehr abgegeben werden. Auf keinen Fall dürfen Schulgärten aus Schulaborten gedüngt werden, die praktisch hundertprozentig wurminfiziert sind. Bei der Einfuhr von Gemüsen müßte gewährleistet sein, daß keine fäkal- oder jauchegedüngten Erzeugnisse aus dem Ausland importiert werden.
DMI

Die 2. Lesung des Kassenarztrechtens erst in 14 Tagen

Bonn. ÄPI. Die ursprünglich für den 5. Mai als letzter Punkt der Tagesordnung angesetzte 2. Lesung des Kassenarztrechtens im Plenum des Bundestages wird voraussichtlich erst in 14 Tagen stattfinden. Der Bundestag hatte am 5. Mai erst nachmittags die Tagesordnung des vorhergehenden Tages erledigt. Hierdurch und durch die Regierungserklärung über die Souveränität der Bundesrepublik konnte die Tagesordnung vom 5. Mai nicht mehr zum Abschluß gebracht werden. Es hätte zwar die Möglichkeit bestanden, die Behandlung des Gesetzentwurfes am 6. Mai im Anschluß an die Richtliniendebatte durchzuführen. Auf Antrag des Abg. Dr. Moerchel beschloß jedoch das Plenum, die Verabschiedung um 14 Tage zu verschieben, damit Gelegenheit gegeben ist, dieses wichtige Material ausgiebig und nicht unter Zeitdruck zu behandeln.

Studienfahrten deutscher Akademiker

Vom 19. September bis 5. Oktober findet eine Fahrt mit Bahn, Schiff, Flugzeug und Auto ins Heilige Land und zum Vorderen Orient statt, bei der u. a. Jerusalem, Bethlehem, Amman, Damaskus, Baalbek, Beirut, Sidon und Krak des Chevaliers besucht werden. — Es folgt vom 5. bis 24. Oktober eine Griechenlandsfahrt, die von Triest über Venedig-Bari zu Schiff nach dem Piräus führt; außer Athen und Umgebung wird der gesamte Peloponnes bis Sparta, Mistra und Bassae sowie Delphi im Autobus aufgesucht. — Den Abschluß der Fahrten bildet eine Reise nach Indien und Ceylon vom 29. Dezember 1955 bis 14. Februar 1956.

Alle Auskünfte, Programme und Anmeldungen beim Leiter der Fahrten: Univ.-Prof. Dr. Artur Kutschner, München 33, Postfach 5.

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

Zur
Anregung von Herz und Kreislauf
genügen meist schon 5 Tropfen

Ephector

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

PERSONALIA

Zum 80. Geburtstag Dr. Kallenbergers

In seltener geistiger und körperlicher Frische feierte am 2. 5. 1955 Dr. Alfred Kallenberger seinen 80. Geburtstag.

Seine ärztliche Laufbahn begann er als Assistenzarzt im China-Feldzug 1900—1902. Nach seiner Ausbildung bei Prof. Schlösser ließ er sich als Augenarzt in München nieder. Von 1914—1917 stand er als Truppenarzt im Felde. Um 1920 übernahm er neben Dr. Schöll den Posten eines geschäftsführenden Arztes im „Münchener Verein für freie Arztwahl“. In dieser Eigenschaft gelang es ihm bei Einführung des Pauschalsystems 1931 für München das höchste Pauschale durchzusetzen, das später für das ganze Reichsgebiet maßgebend wurde. In den nachfolgenden Jahren wurde er Mitglied des Zulassungsausschusses, des Schiedsamtes, des Landesschiedsamtes und des Landesausschusses für Krankenkassen und Ärzte. Als 1934 die KV München zu einer Abrechnungsstelle der KVD herabsank, reichte Dr. Kallenberger seinen Abschied ein, ließ sich jedoch auf dringende Bitten noch dazu bewegen, bis zur Einarbeitung seines Nachfolgers auf seinem Posten zu bleiben, um dann 1938 endgültig in den Ruhestand zu treten. Noch einmal mußte Dr. Kallenberger in das standespolitische Leben zurückkehren, als ihm nach Kriegsende am 28. 9. 1945 durch das Bayerische Innenministerium kommissarisch das Amt des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer übertragen wurde. In einer chaotischen Zeit, in der ihm infolge der rigorosen Entnazifizierungsbestimmungen der Militärregierung nur wenige in der Standespolitik Erfahrene zur Verfügung standen, gelang es seiner Tatkraft und Umsicht, in wenigen Monaten Bezirksvereine, Kreisverbände und Ärztekammer wieder aufzubauen. Seine große Konzeption einer umfassenden Ärztekammer, die auch die Rechte der Kassenärzte vertreten sollte, konnte er nicht verwirklichen. Denn gerade diese Konzeption widersprach den Absichten damals maßgebender Kreise der Verwaltungsbürokratie. Es sei nur erinnert an die berühmte Verordnung 66, die wesentliche Rechte der KV den Oerversicherungsämtern übertragen wollte. Radikalen Elementen gelang es, die damals nur allzu leichtgläubige amerikanische Militärbehörde zu einem Vorgehen gegen Kallenberger zu veranlassen, das ihn zwar zum Rücktritt bewegte, aber nicht den geringsten Anlaß zu Zweifeln an der vollen Ehrenhaftigkeit seines Verhaltens geben konnte.

Mögen die zahlreichen und aufrichtigen Glückwünsche, die dem Jubilar zu seinem 80. Geburtstag aus allen Kreisen der Ärzteschaft zungen, eine Versicherung der Dankbarkeit sein, mit der die bayerische Ärzteschaft ihm seiner aufopfernden Tätigkeit in schwerster Zeit gedenken wird.

Das „Bayer. Ärzteblatt“ hat noch besonderen Anlaß, an diesem Tage Dr. Kallenbergers als seines Begründers zu gedenken, da auf seine Initiative unter der Schriftleitung Dr. Gustav Bertholds seine erste Nummer am 4. 7. 1946 das Licht der Welt erblickt hat!

75. Geburtstag Dr. Julius Spaniers

Ein bekannter Münchener Kinderarzt, Dr. Julius Spanier, vollendete am 18. April 1955 sein 75. Lebensjahr. Aus der stillen Tätigkeit eines gütigen Arztes, die er viele Jahre hindurch mit Hingebung ausgeübt hatte, riß ihn das harte Schicksal einer unseligen Zeit und führte ihn 1942 zusammen mit seiner Gattin in das berühmte Lager Theresienstadt. Als seine Leidenszeit mit dem Kriegsschluß ein Ende fand, widmete er in menschlicher Hilfsbereitschaft und ohne Ressentiments seine volle Kraft dem Wiederaufbau auf allen Gebieten. So verdankt das Säuglingskrankenhaus an der Lachnerstraße vor allem seiner Energie seinen raschen Wiederaufbau. Er übernahm die kommissarische Leitung des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt und -Land bis zu den regulären Neuwahlen im Jahre 1946. Er gehörte dem provisorischen Landtag und 1947 bis 1950 dem Bayerischen Senat an. Für das Bayerische Hilfswerk übernahm er seit der Gründung im Jahre 1945 die Stelle des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses. Die äußere Anerkennung für seine segensreiche Tätigkeit wurde ihm durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes zuteil. Alle bayerischen Kollegen aber, welche in der Zeit seiner Amtsführung als 1. Vorsitzender des ÄBV München Rat und Hilfe fanden, gedenken seiner am Tage seines Jubiläums und wünschen ihm nach all der schweren Zeit ein *otium cum dignitate!*

Prof. Dr. Karl Bragard (Hon.-Prof. f. Orthopädie in der Med. Fak. München) beging am 11. Mai 1955 seinen 65. Geburtstag.

Dr. med. Heinz Fürst, der Münchener Vertrauensarzt der Allgem. Ortskrankenkasse, verließ München am 1. 3. 1955, um einem Ruf an die Universität Montreal zu folgen.


Prof. Dr. med. habil. Franz Koelsch, Ministerialrat i. R., jetzt in Erlangen, wurde von der Gesellschaft der Ärzte in Wien zum Ehrenmitglied ernannt.

Prof. Dr. Alfred Marcchionini, Rektor der Universität München und Direktor der Dermatolog. Klinik München, erhielt durch das Bundesministerium für Unterricht in Wien einen Ruf auf den durch Ferdinand v. Hebra begründeten Lehrstuhl für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Wien als Nachfolger von Leopold Arzt.

Der Rektor der Universität und Direktor der Dermat. Klinik München, Prof. Dr. Alfred Marcchionini, wurde von der Akademie für Medizin. Wissenschaften in Madrid sowie von der Medizin. Fakultät der Universität Madrid zu Gastvorlesungen eingeladen.

Vor den Mitgliedern der Akademie und zahlreichen führenden spanischen Medizinern und Wissenschaftlern sprach er über das Thema der Beziehungen zwischen Medizin und den Geisteswissenschaften, das gerade in Spanien außerordentliches Interesse findet.

In den Fachkreisen wie in der Öffentlichkeit der spanischen Hauptstadt haben die Ausführungen Prof. Marcchioninis, der in Spanien als Wissenschaftler wie als Mensch einen hervorragenden Ruf genießt, außerordentlich starken Widerhall gefunden.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

EUSEDON

Neurosedativum

Regierungsmedizinalkommissar Dr. Walter Schmelz, Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern, wurde zum Ministerialrat befördert.

Dr. med. Hans Wolf, Passau, bekam vom Passauer Oberbürgermeister Dr. R. Billinger in Vertretung des italienischen Generalkonsuls den italienischen Zivilorden „Stella della Solidarieta Italiana“ 1. Klasse in Anerkennung seiner aufopfernden Betreuung italienischer Soldaten in russischer Kriegsgefangenschaft. Dr. Wolf ist erst vor kurzem aus russischer Kriegsgefangenschaft zurückgekehrt.

AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Ferdinand Hartl (Assistent am Patholog. Institut München) wurde mit M.E. Nr. V 20696 vom 25. 3. 1955 zum Privatdozenten für „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“ in München ernannt.

Dr. med. habil. Otto Hennig, Facharzt für Urologie und Chirurgie (Stationsarzt d. Urolog. Abteilung d. Chr. Klinik München) wurde mit M.E. Nr. V 18244 vom 31. 3. 1955 zum Honorarprofessor für „Chirurgie und Urologie“ in der Med. Fakultät München ernannt. (Prof. Hennig war bisher Lehrbeauftragter der Med. Fak.)

Dr. med. Dr. med. dent. Kurt Lentrödt, Facharzt für Zahn- und Kieferkrankheiten, wurde mit M.E. Nr. V 29032 vom 20. 4. 1955 zum Honorarprofessor für „Zahnheilkunde“ in der Med. Fakultät München ernannt.

Dr. med. Helmut Maske (Assistent der II. Medizin. Klinik München) wurde mit M.E. Nr. V 18885 vom 1. 4. 1955 zum Privatdozenten für „Innere Medizin“ in München ernannt.

Dr. med. Anton Mayet (wiss. Assistent des Anatomischen Instituts München) wurde mit M.E. Nr. V 20693 vom 13. 4. 1955 zum Privatdozenten für „Anatomie“ in München ernannt.

Dr. med. Helmut Röckl (Assistent der Dermat. Klinik München) wurde mit M.E. Nr. V 20694 vom 25. 3. 1955 zum Privatdozenten für „Dermatologie und Venereologie“ an der Universität München ernannt.

Dr. med. Walter Trumert (Assistent der I. Medizin. Klinik München) wurde mit M.E. Nr. V 20697 vom 1. 4. 1955 zum Privatdozenten für „Innere Medizin“ in München ernannt.

Dr. med. Ernst Waidl (Oberarzt der II. Universitäts-Frauenklinik) wurde mit M.E. Nr. V 1883 vom 18. 3. 1955 zum Privatdozenten für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ in München ernannt.

IN MEMORIAM

Konrad Bingold †

Am 5. April 1955 verstarb Prof. Dr. Konrad Bingold, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik München, Ordinarius für Innere Medizin, nach kurzdauernder Krankheit im Alter von 68 Jahren.

Bingold entstammte einem Geschlecht freier Bauern, das seit Jahrhunderten im Gebiet der freien Reichsstadt Nürnberg sesshaft war. Am 27. Juli 1886 wurde er in Nürnberg geboren und verlebte dort seine Schulzeit. Dann studierte er Medizin in verschiedenen Universitäten, vornehmlich in München und Berlin.

Nach erfolgter Approbation und Promotion im Wintersemester 1911/12 arbeitete Bingold als Assistent zunächst in der Charité, dann in der medizinischen Klinik des Nürnberger Krankenhauses, bis er 1914 an die von

Schottmüller geleitete medizinische Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses in Hamburg ging. Dort wandte er sein wissenschaftliches Interesse den Infektionskrankheiten zu und insbesondere den septischen Krankheiten, an deren Erforschung und Beschreibung er sich bis zuletzt lebhaft und erfolgreich beteiligte.

Mit Beginn des ersten Weltkrieges kam Bingold als Truppenarzt der Infanterie ins Feld und 1917 als Seuchenspezialist zur deutsch-türkischen Militärmission nach Kleinasien und Syrien. Seine dortige wissenschaftliche und praktisch ärztliche Bewährung sicherte ihm in der Türkei ein bleibendes ehrenvolles Gedenken. Trotz eigener schwerer Erkrankung harrete er auf seinem Posten bis zum Ende aus.

Bingold kehrte nach Kriegsende wieder ins Eppendorfer Krankenhaus zurück. Er wurde an Vorlesungen und Kursen der neuerrichteten Universität Hamburg beteiligt und habilitierte sich Anfang des Jahres 1920 mit einer klinisch-experimentellen Schrift über „Anaerobier-Sepsis“. Für diese als die beste medizinische Arbeit des Jahres anerkannte Arbeit wurde ihm der Martini-Preis verliehen. 1924 veröffentlichte er zusammen mit Schottmüller im Handbuch der inneren Medizin die klassisch gewordene Sepsis-Monographie. Im Jahre 1926 wurde er zum außerordentlichen Professor der Hamburger Universität ernannt.

Nach seiner im Juni 1929 erfolgten Wahl zum Vorstand der I. Medizinischen Klinik am Allgemeinen Krankenhaus in Nürnberg gewann Bingold rasch eine ungewöhnliche Beliebtheit als Arzt in der Bevölkerung seiner Vaterstadt. Der Einbruch des seinem Wesen völlig fremden Hitlerregimes führte zu seiner Verdrängung aus der klinischen Stellung und zur Verhinderung der Annahme auswärtiger Berufungen auf Ordinariate.

Trotz ungünstigster äußerer Bedingungen und persönlicher Verfolgungen schuf Bingold nun zahlreiche bedeutende wissenschaftliche Arbeiten, die u. a. auch neue Erkenntnisse über den Mechanismus des Blutfarbstoffabbaues erbrachten. Er entdeckte das myorenale Syndrom und beschrieb es im Jahre 1933. Es wurde im zweiten Weltkrieg in England unter der Bezeichnung „crush syndrome“ wieder entdeckt. Im übrigen blieb Bingold in der Zeit seiner Verfolgung und während des zweiten Weltkrieges ein treuer Berater seiner Kranken. Der schwere Luftangriff, der das altehrwürdige Nürnberg vernichtete, zerstörte auch sein Haus und seine bedeutende Fachbibliothek.

Nach dem Zusammenbruch des Jahres 1945 übernahm Bingold wieder die Nürnberger medizinische Klinik, dazu die Direktion des Gesamtkrankenhauses und den Wiederaufbau des nordbayerischen Gesundheitswesens. Berufungen auf ordentliche Professuren nach Würzburg und Berlin lehnte er ab. Erst nachdem das vom Luftangriff schwer getroffene Krankenhaus wieder einigermaßen hergestellt war, folgte er 1947 dem Ruf als Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik in München.

Unter aufopferndem Einsatz seiner großen Erfahrung und umsichtigen Tatkraft gelang es Bingold, mit äußerst geringen, ihm zur Verfügung gestellten Mitteln, die schweren Kriegsschäden dieser Klinik soweit zu beseitigen, daß ein ernster Krankenhausbetrieb wieder in Gang gesetzt werden konnte. Trotz unerhörter äußerer Schwierigkeiten vermochte er eine große Zahl strebsamer Schüler und eifriger Mitarbeiter heranzuziehen. Fast ein halbes Hundert eigener Veröffentlichungen und mehrere hundert wissenschaftlicher Arbeiten seiner Schüler und Mitarbeiter legen beredtes Zeugnis ab für seine befruchtende Leistung als akademischer Lehrer.

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

ENATIN

Helfenberger Ölkapseln

Das seit Jahrzehnten führende Spezifikum zur konservativen Behandlung von Nieren-, Ureter- und Gallensteinen sowie entzündlicher Zustände im Leber-Galle-System.

Ausführliche Literatur und Muster auf Wunsch.

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

Der wissenschaftlichen Bedeutung des Verewigten wird an anderer Stelle die verdiente ehrenvolle Anerkennung gezollt werden. Sie fand auch darin ihren Ausdruck, daß Bingold in den engeren Vorstand der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin berufen wurde und den Deutschen Internisten-Kongreß des Jahres 1956 leiten sollte, Präsident der Bayerischen Krebsforschungsgesellschaft und 1954 Ehrenpräsident des Internationalen Kongresses für prophylaktische Medizin in Ragaz war, sowie in zahlreichen anderen Ehrungen.

Ein großer Kreis von Kranken trauert um den ärztlichen Helfer Bingold, dessen menschenfreundliche Güte sie nun vermissen. Auch die Standsvertretung der Ärzteschaft Bayerns wurde durch das völlig unerwartete, viel zu frühe Ableben des hervorragenden Arztes in tiefe Trauer versetzt. Sie verlor einen ihrer besten Mitkämpfer um den Fortbestand echten Arzttums. Seine reiche musische Veranlagung und sein nimmermüdes Interesse auf allen geistigen Gebieten machten ihn auch besonders aufgeschlossen für Bedeutung und Zukunft des Arztwesens.

Bingolds hohe Menschlichkeit gewann ihm die freundschaftliche Zuneigung zahlreicher Gleichgesinnter, mit denen ihn die Freude an allem Schönen und sein Sinn für wahres Menschentum in Güte und Reinheit eng verband. Alle, die sich zu seinen Freunden, Mitarbeitern oder Schülern zählen durften, beklagen in aufrichtiger Trauer den schweren Verlust, den sie durch Bingolds Tod erlitten. Auch ich hatte das Glück, Stunden regen Gedankenaustausches mit ihm zu verbringen, dessen harmonischer Verlauf mir in dankbarer Erinnerung bleiben wird. Die Ärzteschaft Bayerns wird dem ihr in ungebrochener Schaffenskraft vom Tod entführten hervorragenden Arzt und Gelehrten und lieben Kollegen ein ehrenvolles Gedenken bewahren.

Karl Weiler

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

7. Sudetendeutscher Ärztetag

Der 7. Sudetendeutsche Ärztetag (veranstaltet vom Verband der sudetendeutschen Ärzte e. V.) findet am Sonntag, den 29. Mai 1955, um 14.30 Uhr in Nürnberg-S (Gasthof „Österreichischer Hof“, Geibelstraße, Ecke Schuckertstraße) statt.

Bayerischer Ärztinnenbund e. V.

Das nächste Treffen des Bayer. Ärztinnenbundes findet am 7. Juni 1955, 20 Uhr c. t., in der Bibliothek des Ärztehauses, Briener Straße 11, statt.

Es wird über die Pyrmonter Tagung berichtet.

Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. W. Wachsmuth, Würzburg, findet die 32. Tagung der Bayer. Chirurgen-Vereinigung am 15. und 16. Juli 1955 im Hörsaal 1 der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg statt.

Als Hauptthemen sind vorgesehen:

I. Die aktuellen Probleme der verschiedenen Formen des toxischen Kropfes. Martius, Würzburg: Die Wirkungsweise des Schilddrüsenhormons. Franke, Würzburg: Die interne Behandlung und ihre Grenzen. Scheicher, München: Die Komplikationen bei der chirurgischen Behandlung und ihre Überwindung.

II. Wandlungen in der Magen Chirurgie. Wepler, Kassel: Zur Frage der Metastasierung und radikalen Entfernung des Magencarcinoms. Holle, Würzburg: Indikation, Funktion und Methodik.

III. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Monod, Paris: Indikationen und Technik der Lungenresektionen bei Tuberkulose. Gaubatz, Heidelberg-Rohrbach: Abgrenzung der Indikation zwischen Kollaps-therapie und Resektionsmethoden bei der Lungentuberkulose.

IV. Grenzen morphologisch-histologischer und klinischer Diagnostik, dargestellt am Beispiel der Knochenpathologie. Müller, Erlangen: Vom Standpunkt des Pathologen. Stucke, Würzburg: Vom Standpunkt des Chirurgen.

Es wird gebeten, Diskussionsvorträge zu den umstehend genannten Referaten und freie Vorträge unter Angabe

der gewünschten Redezeit bis zum 15. Mal 1955 bei dem Unterzeichneten anzumelden. Der Vortragsanmeldung ist eine genaue Inhaltsangabe beizufügen.

W. Wachsmuth

ÄRZTLICHE FORTBILDUNG IN BAYERN

Im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer

16. Vortragsreihe
der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“
am Samstag/Sonntag, 16./17. Juli 1955, in Augsburg.

Beginn jeweils 8.30 Uhr.

Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg.

Hauptthema:

„Der Arzt der Praxis und die Zeitkrankheiten.“

A: Hauptreferate:

PROGRAMM

Thema I: „Die vegetative Dyslonie“

Samstag, 16. Juli, 8.30 Uhr:

Doz. Dr. Birkmayer, Wien:

„Die vegetative Dystonie als Züchtungsergebnis unseres sozialen Zeitalters“

Prof. Dr. H. Hoff, Wien:

„Die cerebrale Symptomatik der vegetativen Dystonie, ihre Differentialdiagnose und spezielle Therapie“

Priv.-Doz. Dr. Finkbeiner, Berlin:

„Vegetative Dystonie im kleinen Becken“

Doz. Dr. K. Polzer, Wien:

„Somatische Therapie der vegetativen Dystonie“

Prof. Dr. Kihn, Erlangen:

„Der psychische Hintergrund der vegetativen Dystonie und seine therapeutische Verwerthbarkeit“

B: Klinische Visiten:

Klinische Visiten und Demonstrationen finden am Samstag, den 16. Juli 1955, von 15 Uhr bis 18 Uhr, nach speziellem Programm in den Augsburger Krankenhäusern statt.

15 Uhr im Vortragssaal der National-Registrier-Kassen:

C. Facharztfortbildung:

„Neurologie“, Bedeutung der Röntgenologie und Elektroencephalographie für die neurologische Praxis.

Privat-Doz. Dr. Meyer, München:

„Zur Klinik der Tumoren und der Epilepsie“

Dozent Dr. Decker, München:

„Zur Röntgendiagnostik in der Neurologie“

Dr. Weber, München:

„Elektroencephalographie“

Zur Diskussion aufgefordert.

Oberarzt Dr. Umbach, Neurochirurgische Klinik, Freiburg.

Sonntag, 17. Juli, 8.30 Uhr:

Thema II: „Frühsymptome und Spätchäden am Herz-Kreislaufsystem“

Prof. Dr. Uhlenhuth, Köln:

„Pathologische Physiologie und Klinik“

Prof. Dr. Schoen, Göttingen:

„Therapie“

Thema III: „Die Alternserkrankungen“

Doz. Dr. med. habil. F. H. Schulz, Leipzig:

„Die Therapie der somatischen Alternserkrankungen“

Prof. Dr. W. Schulte, Gütersloh:

„Das psychische Altern“

Thema IV: „Der Stoffwechsel nach der Währungsreform“

Prof. Dr. Bansi, Hamburg:

„Die Fettsucht und Magersucht“

Sonntag, 17. Juli, 14–16 Uhr:

Thema V: „Die Verkehrsunfälle“

Prof. Dr. M. Schwaiger, Heidelberg:

„Die Versorgung des Unfallverletzten in Praxis und Klinik“

Prof. Dr. Riechert, Freiburg:

„Der Schädelunfall“

Thema VI: „Das Lärmproblem und seine medizinische Bedeutung“

Dr. med. J. Tamm, Dortmund.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an den Ärztlichen Bezirksverein Augsburg, Augsburg, Schützlerstraße 19.

KONGRESSKALENDER INLAND

- Mai 1955**
- 19.—22. in Garmisch-Partenkirchen: 3. Kongress des Verbandes deutscher Privatkrankeanstalten. Auskunft: Geschäftsführer Rottmann, München 23, Bismarckstraße 41/0, 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. Theissing, 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. Ruppert, Würzburg, Domstr. 2t/23.
- 24.—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 Versorgungsmethoden. Auskunft: Prof. Dr. Herget, Essen, Huyssens-Stiftung.
29. in Nürnberg: 7. Sudetendeutscher Ärztetag im Gasthof „Österreichischer Hof“.
31. 5.—4. 6. in Weingarten: 8. Religiös-wissenschaftliche Ärztetagung. Auskunft: Dr. Alfons Riegel, Schorndorf/Wittbg., Burgstraße 53.
- Juni 1955**
- 1.—5. in Berlin: 4. Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongressgesellschaft für ärztl. Fortbildung, Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 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.
- 4.—5. in Baden-Baden: 71. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenklinik.
- 6.—8. in Murnau: Gemeinsame Tagung des Landesverbandes Bayern der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und des Bayer. Verbandes der Krankengymnastinnen im Herrmann-Schramm-Unfallkrankenhaus. Anfragen an Landesverband Bayern der Gewerbl. Berufsgenossenschaften, München, Ramanstr. 35—37.
- 10.—12. in Lindau: 7. Kongress der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Brügger, Wangen/Allg., Kinderheilstätte.
- 12.—16. in Gießen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Pathol. Institut, Gießen, Klinikstraße 32g.
- 12.—25. in Freudenstadt: Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kurverwaltung in Freudenstadt/Schwarzwald.
- 12.—26. in Langenlons: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Kongressbüro, Köln, Brabanter Straße 43.
- Juli 1955**
- 15.—16. in Würzburg: Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung. Auskunft: Prof. Dr. Wachsmuth, Würzburg, Universitätsklinik.
- 16.—17. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin: Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für prakt. Medizin, Augsburg, Schülerstraße 19.
- 22.—23. in Tübingen: 4. Kongress der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenklinik.
- 25.—27. in Düsseldorf: Kongress der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Böhmer, Düsseldorf, Institut f. gerichtl. Medizin an der Medizinischen Akademie Düsseldorf.
- 27.—30. in Hamburg: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Dr. Dr. med. habil. F. Schön, Bad Reichenhall.
- August 1955**
28. 8.—3. September in Karlsruhe: Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dozent Dr. Dr. Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18
31. in Karlsruhe: Tagung der Wissenschaftlichen Vereinigung für Ultraschallforschung e. V. Auskunft: Dozent Dr. Kh. Woerber, Bann, Univ.-Hautklinik.
- September 1955**
- 2.—4. in Augsburg: Sportärzttag 1955. Auskunft: Dr. med. G. Fischbach, Augsburg-Hochfeld, Finkhaberstraße 25.
- 2.—6. in Hamburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. med. Tschirntsch, Iserlahn, Hochstraße.
4. in Stuttgart: Kongress der Internationalen Homöopathen-Vereinigung.
- 4.—18. in Langenlons: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Kongressbüro, Köln, Brabanter Straße 43.
- 11.—14. in Freiburg (Breisgau): 53. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Keller, Freiburg (Breisgau), Universitäts-Kinderklinik, Mathildenstraße 1.
- 14.—17. in Hamburg: Kongress der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Mau, Hamburg-Eppendorf.
- 20.—24. in Freiburg (Breisgau): 3. Internationaler Kongress der Europäischen Hämatologengesellschaft. Auskunft: Dozent Dr. H. Begemann, Freiburg (Breisgau), Medizinische Universitätsklinik.
24. in Rad Ems: 2. Heimkehrer-Ärztetage, veranstaltet vom Ärztlich-Wissenschaftlichen Beirat im Verband der Heimkehrer, Kriegsgefangenen- und Vermissten-Angehörigen Deutschlands. Auskunft: Facharzt Dr. Wolf van Nathusius, Beusberg b. Köln, Overather Straße 66.
- 24.—25. in München: 39. Tagung der südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Dr. H. Naumann, Würzburg, Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Luitpaldkrankenhaus.
- 24.—28. in Kassel: Tagung der Deutschen Vereinigung für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. Auskunft: Dr. G. Rath, Medizinhistorisches Institut d. Universität Bann, Bonn a. Rh.
- 29.—1. Okt. in Mehlem: Ärztetage der Rundesschule des Deutschen Roten Kreuzes.
- 27.—2. Oktober in Baden-Baden: 59. Deutscher Ärztetag.
- 27.—4. Oktober in Bad Reichenhall: 4. Internationaler Kongress für prophylaktische Medizin.
- Oktober 1955**
- 1.—2. in Bad Wiessee: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Dr. Erwin Schlagintweit, Bad Wiessee, Neureuthstr. 33 1/2.
- 7.—9. in Bad Harzburg: 3. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung und -therapie e. V. Auskunft: Dr. E. Meyer, Camberg/Taunus.
- 17.—19. in München: Deutscher Röntgenkongress. Auskunft: Prof. Dr. A. Kohler, München 45, Bavariaring 49.
- 27.—29. in München: Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

PERMICUTAN-GESELLSCHAFT · MBH · MÜNCHEN 13

AUSLAND

Mai 1955

- 28.—29. in Pörrschach a. Würthersee: Internationaler Saunakongress. Auskunft: Dr. G. Jilly, Pörrschach a. Würthersee 105.
- 26.—31. in Lausanne: 7. Internationaler Kongress für vergleichende Pathologie. Auskunft: Generalsekretariat, rue César, Roux, Lausanne/Schw.
30. 5.—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

- 1.—5. in Zürich: 39. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Veterinärpathologen. Auskunft: Prof. Dr. Carl Krauspe, Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 92.
- 6.—18. Grado: Fortbildungskurs für praktische Medizin, Auskunft durch Kongressbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13.
- 7.—9. in Paris: Internationaler Neurologenkongress, Auskunft: Generalsekretär Dr. Sigwald, 68, Boulevard de Courcelles, Paris (17 e).
- 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, 233 avenue de Tervueren, 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., Dinghoferstr. 4.
- 27.—28. in Paris: 2. Internationales Treffen der Geburtshelfer und Gynäkologen. Auskunft: Gen.-Sekr. Dr. J. Courtois, 1, Rue Racine, Saint-Germain en Laye (et O.).

Juli 1955

- 4.—6. in Cambridge: 2. Internat. Diabetes-Kongress. Auskunft: Second International Congress of the Fédération Internationale du Diabète, 152, Harley Street, London W 1.
- 13.—17. in Scheveningen: 3. Europäischer Rheumatologenkongress. Auskunft: Dr. Pieter, Both-Straat 12, Den Haag/Holl.
- 24.—28. in Genf: 19. Internationaler Psychoanalyse-Kongress. Auskunft: Dr. Raymond des Saussure, 2 Tertasse, Genf.
- 28.—29. in Kopenhagen: Tagung der Europäischen Vereinigung für Herz- und Gefäßchirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Klinke, Rektor d. Med. Akademie, Düsseldorf.

- 24.—31. in Kopenhagen: 16. Kongress d. Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp, Bochum, Berufsgenossenschaftl. Krankenanstalten „Bergmannshell“.
- 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 Brä.
- 1.—6. in Brüssel: 3. Internationaler Kongress für Biochemie. Auskunft: Generalsekretariat 17, Place Delcour, Liège, Belgien.
- 20.—26. in Wien: Jahrestagung des Weltärztebundes.
- 28.—1. Sept. in Istanbul: 18. Tagung des Internationalen Amtes für Dokumentation in der Militärmedizin. Auskunft: Generalarzt Prof. Dr. Burhanettin Tugan, Militärärztliche Akademie, Gülhane, Ankara, Türkei.

September 1955

- 1.—4. in Verona: Internationale medizinische Woche. Auskunft: Bureaux de la Foire internationale de Verona, Verona, Piazza Brä.
2. in Freiburg/Schweiz: Internationaler Kongress für Angiologie und Histopathologie. Auskunft: Dr. Gerson, Sekr. d. Internat. Komittees, 4 rue Pasquier, Paris 8.
- 2.—4. in Evian-Frankr.: Kongress über die Pathogenese und Therapie des Nierensteinleidens. Auskunft: Prof. Claude Laroche 16, Rue Christophe-Colomb, Paris 8.
- 2.—4. in Salzburg: Österreichischer Ärztekongress der Van Swieten-Gesellschaft. Auskunft: Sekretariat der Van Swieten-Gesellschaft, Salzburg, Landeskrankenhaus.
- 5.—8. in Venedig: 3. Internationaler Kongress über Vitamin E. Auskunft: Prof. E. Raverdino, Milano, Via Pietro Verri 4.
- 11.—18. in London: 3. Internationaler Kongress für Kriminologie. Auskunft: Sekretariat des 3. Internat. Kongresses für Kriminologie, 28, Weymouth Street, London W 1.
- 5.—10. in Scheveningen: World Congress of Anaesthesiologists. Auskunft: Administrator d. W. C. o. A., Bilthoven (Holland).
- 5.—19. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schälzerstr. 19.
- 12.—17. in London: 2. Internationale Neuropathologentagung. Auskunft: Prof. Dr. Hans Jacob, Hamburg 20, Curschmannstraße 10.
- 14.—26. in Wien: Weltkongress der World Medical Association.
- 15.—17. in Stockholm: 5. Konferenz der Internationalen Gesellschaft für Rhythmusforschung. Auskunft: Prof. Petró, Karolinska-Institut, Stockholm.

AMTLICHES

Ordentliche Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

(8. Bayer. Ärztetag)

Der Gesamtvorstand der Bayer. Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 30. 4. 1955 beschlossen, die diesjährige ordentliche Vollversammlung der Abgeordneten zur Bayer. Landesärztekammer (8. Bayer. Ärztetag)

am 25./26. Juni 1955 in Passau

abzuhalten.

Bekanntmachung der Bayerischen Versicherungskammer vom 29. März 1955 über eine Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

Auf Grund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1953

(GVBl. S. 467) in der Fassung der Änderung vom 7. Juli 1953 (GVBl. S. 104) wird die Satzung der Bayer. Ärzteversorgung v. 14. November 1938 (GVBl. S. 405) in der Fassung der Bekanntmachung der Bayerischen Versicherungskammer v. 25. Juni 1954 (StAnz. Nr. 27/54) mit Zustimmung des Landesausschusses und mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (Entschließung vom 21. Februar 1955 Nr. IA 3 — 538 — 40/2) sowie mit fachaufsichtlicher Genehmigung des Bayer. Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr (Entschließung vom 5. März 1955 Nr. VA II/18 (8) — I 8a — 14931) wie folgt geändert:

1. Dem § 23 Abs. II wird folgender Satz angefügt:

Dies gilt nicht für Mitglieder, die erst nach Vollendung des 70. Lebensjahres das Ruhegeld in Anspruch nehmen, wenn sie die RVO-Kassenpraxis aufgeben.“

2. In § 40 wird das Wort „Kassenpraxis“ durch das Wort „RVO-Kassenpraxis“ ersetzt.
3. Die Satzungsänderung tritt am 1. Januar 1955 in Kraft.

Der Präsident
der Bayer. Versicherungskammer
gez. Rudolf Herrgen

Zusatz der Schriftleitung: Demnach können nunmehr die Mitglieder der Bayer. Ärzteversorgung nach Vollendung des 70. Lebensjahres unter Beibehaltung der Privatpraxis das Ruhegeld in Anspruch nehmen, wenn sie die RVO-Kassenpraxis aufgeben.

Verordnung

über die Einführung der Verordnung zur Ergänzung der
Bestellungsordnung für Ärzte in Bayern

Vom 25. März 1955.

Auf Grund des Art. 2 Abs. 1 des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. Mai 1946 (GVBl. S. 193) wird verordnet:

§ 1

In Ergänzung der durch die Verordnung vom 15. März 1954 (GVBl. S. 47) in Bayern eingeführten Bestellungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 (BGBl. I S. 1334) wird die Verordnung zur Ergänzung der Bestellungsordnung für Ärzte vom 26. Januar 1955 (BGBl. I S. 36) in Bayern eingeführt.

§ 2

Dem § 13 Abs. 3 der Bestellungsordnung für Ärzte wird folgender Satz angefügt:

„Ausländern kann gestattet werden, den Nachweis der Lateinkenntnisse erst bei der Meldung zur ärztlichen Prüfung zu erbringen.“

§ 3

Diese Verordnung tritt am 1. April 1955 in Kraft.
München, den 25. März 1955.

Bayerisches Staatsministerium des Innern
Dr. Geislhöringer, Staatsminister

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Rucker, Staatsminister

Geschlechtskrankenstatistik; Mehrfachinfektionen

Wie das Bayer. Staatsministerium des Innern mitteilt, ist in der 1. DVO des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28. 12. 1954 (BGBl. I S. 523) eine gesonderte Erfassung von Mehrfachinfektionen nicht berücksichtigt. Nach Rücksprache mit dem Bundesministerium des Innern hat das Statistische Bundesamt zur Vermeidung von etwaigen Doppelzählungen vorgeschlagen, grundsätzlich bei Doppelinfektionen jeweils nur eine Erkrankung zu erfassen, und zwar diejenige, die als die schwerste anzusehen ist. Dabei gilt als folgende Reihenfolge: Syphilis, Gonorrhoe, Ulcus molle, Lymphogranulomatosis inguinalis. Die Ärzteschaft wird gebeten, bei Erstellung des statistischen Zählblattes nach § 6 der 1. DVO a.a.O. Mehrfachinfektionen nach der vorstehenden Regelung zu erfassen.

gez. Dr. Schmelz, Ministerialrat

Warnung vor einem falschen Arzt

Der am 7. 11. 1926 in Prosetitz, Krs. Teplitz-Schönau, geborene Arthur Rausch, z. Z. wohnhaft in München, Tegelbergstr. 26, hat sich schon wiederholt an verschiedenen Orten als bestellter Arzt ausgegeben und sich auch als Arzt betätigt.

Rausch ist nicht Arzt. Er wurde durch rechtskräftiges Urteil des Amtsgerichts München — Strafgericht — vom 24. 2. 1955 — 7 Cs 1574/54 wegen eines Vergehens nach Art. 34 Abs. 1 Ziff. 1 des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 (GVBl. S. 193) zu einer Gefängnisstrafe verurteilt.

Da anzunehmen ist, daß Rausch sich andernorts wiederum als Arzt ausgeben wird, wird vor ihm gewarnt. Die Bayer. Landesärztekammer wurde gebeten, diese Warnung auch im „Bayer. Ärzteblatt“ zu veröffentlichen. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister der Länder wurden verständigt.

I. A. Ritter, Ministerialdirigent.

Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 29. 10. 1953 Nr. II/11 — 5003 cc 273 wurde



BORGWARD

Isabella



1,5-Liter-Motor - 60 PS

8,4 l Normverbrauch - 130 km Spitze

vollsynchron. 4-Gang-Getriebe

DM 6980.- ab Werk

Dr. med. Georg Vögele, geb. 14. 8. 1920 in Stuttgart, die Ausübung des ärztlichen Berufs untersagt. (Bestellung als Arzt vom Bayer. Staatsmin. des Innern mit Geltung v. 10. 7. 1947.)

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Schwaben vom 11. 11. 1953 Nr. VIII G 664 wurde Dr. Martin Walzer, geb. 29. 10. 1905 in Malesitz, Lkr. Mies/CSR, die Ausübung des ärztlichen Berufs untersagt. (Approbation und Doktordiplom erhielt er am 9. 10. 1931 an der Deutschen Universität in Prag.)

gez. I. A. Ritter, Ministerialdirigent
StAnz. 1955/Nr. 17

Verlust von Urkunden

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

Dr. med. Elisabeth Walcher, geb. 23. 4. 1928 in München; Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 15. 7. 1953, Zweitschrift ausgestellt: 10. 3. 1955.

Manfred Wander, geb. 22. 5. 1927 in Würzburg; Geltungsdatum der Bestallungsurkunde: 20. 9. 1954, Zweitschrift ausgestellt: 24. 2. 1955.

BUCHBESPRECHUNGEN

Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes. 1952. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 919 S., 1 Tafel, abw. schb. Ganzl. DM 30.—

Auch bei der Neufassung dieses Taschenbuches — es wird als Vermächtnis des 1951 verstorbenen Medizinalrates Dr. Wollenweber von Dr. Federhen, Mayen, mit Unterstützung der Herren Dr. Hüeberlein, Düsseldorf, und Dr. Pürkhauer, Regensburg, bernusgegeben und fortgeführt — war der Grundsatz „was ist“ richtungweisend.

Das „grüne Gehirn“ behandelt alle Fragen auf dem Sektor Gesundheitswesen, die in gleicher Weise täglich den Amts-, Gerichts-, Vertrauensarzt als auch den freipraktizierenden Arzt, den Angehörigen der ärztlichen Hilfsberufe und der Arzneimittelhersteller und -händler tangieren. Die einzelnen Sachgebiete sind, in Abweichung von den früheren Ausgaben, in der Reihenfolge, in der sie in den Durchführungsverordnungen zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens genannt sind, aufgeführt, mit Gesetzen und Verordnungen lundiert und in ausreichendem Maße kommentiert. Hinweise auf die Sonderbestimmungen in den einzelnen Ländern des Bundesgebietes und in der Ostzone sind den einzelnen Abschnitten angegliedert.

Das Taschenbuch ist ein Sammelwerk von gesundheits- und sanitätspolizeilichen Bestimmungen, von Erläuterungen, Ratschlägen und Literaturhinweisen. In gedrängter Kürze, aber durchaus anschaulicher Form, gibt es über Probleme auf dem Gebiet des Medizinal- und Sanitäts-, des Apothekenwesens, des Arzneimittelverkehrs, der allgemeinen Hygiene, der Seuchenbekämpfung, des Arbeitsschutzes, des Krankenhauses-, Rettungs- und Krankenbelordnungswezens, der gesundheitlichen Volksbelehrung, der Gesundheitsfürsorge, des Bäder- und Leichenwesens, der amts-, gerichtlichen und vertrauensärztlichen Tätigkeit Aufschluß. In Sonderabschnitten sind Fragen aus der sozialen Versicherungsmedizin unter Berücksichtigung der ärztlichen Gutachter-tätigkeit ausführlich behandelt.

Das „Grüne Gehirn“ ist nicht nur ein Nachschlagewerk und wertvoller Ratgeber für beamtete Ärzte, sondern auch für alle Personen, die auf dem Sektor Gesundheitswesen in irgendeiner Weise tätig sind oder tätig werden wollen. Es wird ihnen bestimmt wertvolle Dienste leisten.

Die meldepflichtigen Berufskrankheiten. Ein Leitfadens für Ärzte und Medizinstudierende von Prof. Franz Koelsch. Verlag Urban und Schwarzenberg, München und Berlin. 64 S., karton., DM 5.80.

Auch die dritte, neu bearbeitete Auflage dieses Leitfadens enthält alles, was ein Arzt sowie ein Studierender der Medizin über die meldepflichtigen Berufskrankheiten wissen soll. Durch die Aufnahme der 5. Berufskrankheiten-Verordnung, so die Erkrankungen durch Kadmium, durch Chrom, die Fluorose, die Säurenekrose der Zähne, die Hornhautschädigungen des Auges durch Benzodiolin, die chronischen Erkrankungen der Sehnen und Sehnencheiden, der Schleimbeutel, die Drucklähmungen der Nerven, die Abrißbrüche der Wirbellortsätze, die Meniskusläsionen der Bergleute, die Lungenschäden durch Aluminium, entspricht das Werk dem gegenwärtigen Stand der Gesetzgebung. In gedrängter Kürze (64 Seiten) sind die einzelnen Krankheitsbilder unter

Berücksichtigung der Differentialdiagnose klar umrissen und beurteilt. Das kleine Buch, das nur 5.80 DM kostet, ist ein wertvolles Nachschlagewerk für Ärzte und Studierende der Medizin. Es sollte in keiner Arztbibliothek fehlen.

Psychotherapie. Vorlesungen zur Einführung in das Wesen und die Probleme der seelischen Krankenbehandlung. Von Kurt Kollé, München. S. Karger, Basel-New York, 1953. Brosch. DM 9.80.

Es war schon lange ein Anliegen Kollés, die Psychotherapie, insbesondere die moderne Psychotherapie für die Klinik und für den psychiatrischen Unterricht fruchtbar zu machen. Welch brennendes Anliegen ihm gerade letzteres ist, erkennt man so recht aus der vorliegenden Einführung in die seelische Krankenbehandlung. In didaktisch geschickten, frischen, aber knappen Darstellungen, die durch scheinbar improvisierte Exkurse ins philosophische Gebiet sinnvoll bereichert werden, behandelt er die psychologischen Grundlagen und die Geschichte der Psychotherapie. Welch großer Vorteil für den Studierenden, daß hier die Methoden der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen in einfacher und doch nicht unnötig vereinfachender Sprache, frei von der verwirrenden und abstoßenden Vielfalt des jeweiligen Jargons und der wechselseitigen Befehdung, vorgetragen werden. Es fehlt keine. Der Beschreibung der Suggestion und Hypnose folgt die Darstellung des autogenen Trainings von I. H. Schultz, der Narkoanalyse und der analytischen Verfahren von Freud, Adler und Jung. Hier spiegelt sich die für den Adepten der Psychotherapie so wichtige Abklärung durch die persönlichen Erlahrungen des Autors. Mit prägnanten, glänzend gewählten Beispielen aus der eigenen psychotherapeutischen Praxis führt er uns unmittelbar in die ärztliche Sprechstunde und erreicht, was sicher sein vornehmstes Ziel ist: Die Erziehung zu echter ärztlicher Haltung.

Daher sei das Buch, das Jaspers gewidmet ist, nicht nur den Studierenden der Medizin, sondern allen Ärzten empfohlen.

Gerweck, München

Schluß des redaktionellen Teiles

Über Schwangeren-Ernährung und Gesundheitszustand der Säuglinge berichten in Nr. 96/54 der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ Prof. Hilber und Dr. Mentz über ernährungsphysiologische Beobachtungen an Schwangeren und Neugeborenen in den Mangelperioden der letzten Kriegszeit. Demnach läßt sich die These, wonach die Frucht sich gegenüber dem mütterlichen Organismus wie ein Parasit verhält, der sich ohne Rücksicht auf den mütterlichen Körper das Nötige herausschleibt, nicht mehr aufrechterhalten. Sowohl quantitativ als auch qualitativ werden Schäden an der Frucht bei ungenügender Ernährung nachgewiesen. Die heutige Schwangerenkost kann nicht als genügend bezeichnet werden. Die ideale Verbesserung bestünde in vermehrtem Genuß von Lebensmitteln, welche die gewünschten Ernährungsbestandteile enthalten. Bei der weitgehenden Denaturierung, in der heute viele Lebensmittel dem Verbraucher angeboten werden, bleibt, abgesehen von der Deckung des Kalorienbedarfs, nur ein künstlicher Zusatz entsprechender Wirkstoffe, vor allem der Vitamine.

Die Firma Alete hat dieser Forderung Rechnung getragen durch ein Präparat „Aletavit“, das sich geschmacklich mühelos variieren läßt und so ohne Schwierigkeiten mehrere Monate hindurch genossen werden kann.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Adolf Klinge GmbH, München 23
CIBA Aktiengesellschaft Wehr/Baden
UPHA G.m.b.H. Hamburg
A. Nattermann & Co. Köln-Braunsfeld
Pearson & Co. Aktiengesellschaft Uetersen/Ho!st.

Ferner sind einer Teilaufgabe Prospekte der Firmen:
Bonomedie-Fabrik, München 19;
Seydell & Denzer, Buchhandlung, Berlin-Lankwitz, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer, Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 85/III, Tel. 5 94 65—66, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 6 31 21—23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg; Breite Gasse 25/2, Telefon 2 31 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theobaldstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 86 86. Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

