

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

MÜNCHEN, Juni 1955

10. Jahrgang

## 8. BAYERISCHER ÄRZTETAG

*Ordentliche Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer*

*am 25./26. Juni 1955 in Passau*

Tagungsort: Großer Redoutensaal Passau, an der Innbrücke. Tagungsbeginn: An beiden Sitzungstagen 9 Uhr c. t.

Die Verhandlungen werden in geschlossenen Sitzungen stattfinden, zu denen außer den Abgeordneten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.

### TAGESORDNUNG:

1. Bericht des Präsidenten
2. Anträge zum Ärztetag
3. Wahl der Ausschüsse der Bayerischen Landesärztekammer
4. Wahl der Mitglieder des ärztlichen Landesberufsgerichts
5. Haushaltsplan
6. Festsetzung der Beiträge zur Familienausgleichskasse
7. Prämienzahlung an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für das in ärztlichen Praxen beschäftigte Personal
8. Bestätigung der von den Kreisverbänden zu benennenden Delegierten zu dem 58. Deutschen Ärztetag 1955
9. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Bayerischen Ärztegesetzes

In Verbindung mit dem 8. Bayerischen Ärztetag finden folgende Sonderveranstaltungen statt:

Für die Abgeordneten und ihre Angehörigen:

24. Juni: Ab 19 Uhr: Geselliges Beisammensein im Ratskeller

25. Juni: 18.30 Uhr: Führung durch den Dom, anschließend Orgelkonzert

20.00 Uhr: Gesellschaftsabend im Hotel „Passauer Wolf“, Bahnhofstr. 10

Kleidung sommerlich

Für die Damen:

25. Juni: 10—11 Uhr: Dampferfahrt auf der Donau

16 Uhr: Ausflug mit Omnibus zum Terrassencafé Oberhaus;  
auf Wunsch Besichtigung des Museums

# Soziale Wandlung

Von Dr. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Da von einzelnen deutschen Stellen angestrebt wird, auch in der Bundesrepublik eine Sozialreform nach englischem Muster zu erreichen, erscheint es angebracht, in Kürze die Erfahrungen derselben nach fünfjährigem Bestande zu betrachten.

Auch in England werden die Rentenleistungen schon in naher Zukunft die Entwicklung der Sozialreform belasten. Im Jahre 1956 werden die Beiträge zur Deckung der Rentenleistungen noch ausreichen, jedoch schon im Jahre 1956/57 wird sich ein Defizit ergeben, das sich nach der Darstellung von Prof. Dr. Dr. Rohrbeck (Deutsche Versicherungszeitschrift 1955, 5) auf 126 Mill. £ steigern dürfte und das für 1969/70 auf 225, für 1979/80 auf 364 Mill. £ jährlich geschätzt wird. Die Last des Staates, der für jeden Versicherten einen Zuschußbetrag zu leisten hat und für etwaige rechnerische Verluste aufkommen muß, wird in dem angegebenen Zeitpunkt aus der Nationalversicherung auf 434 Mill. £ beziffert. Dazu kommen noch die Kosten des Gesundheitsdienstes, für 1953/54 auf 372 Millionen £ veranschlagt, die zu 79% vom Staat getragen werden, und die Fürsorgeleistungen, die im Jahre 1953 126 Mill. £ betragen. Man nimmt in England an, daß die Beiträge leistende Bevölkerung in den nächsten 25 Jahren keine wesentliche Veränderung erfahren wird, während die Zahl der Rentner von  $4\frac{1}{3}$  Mill. auf  $7\frac{1}{2}$  Mill. ansteigen wird. Während zur Zeit 5 Beitragszahler für einen Rentner aufzukommen haben, werden im Jahre 1964 bereits 4 Beitragszahler diese Aufgabe zu übernehmen haben. Da die Lebenshaltungskosten in England anstiegen, mußten den Rentnern zusätzlich zu den Renten Fürsorgebeträge gewährt werden. Betragen diese zusätzlichen Leistungen im Dezember 1951 22,7%, so stiegen diese bis Dezember 1953 auf 26,2%. Da in England jeder pensionsberechtigte Rentner den gleichen Wochensatz erhält, war die Folge, daß der ursprünglich für jeden Versicherten (Mann und Frau) vorgesehene Betrag von 26 sh für die Woche auf 40 sh erhöht werden mußte.

Es erhielten einen wöchentlichen Zuschuß in Ergänzung der gesetzlichen Versorgungsgebühren

in 1000			
18. 12. 1951	16. 12. 1952	15. 12. 1953	
767	856	938	zu Pensionen und zwangsweisen Alters- ruhegeldern
121	138	144	zu Krankheit und gesetzlichen Unfallge- bühren
86	95	100	zur Witwenversor- gung
33	59	48	zur Arbeitslosenun- terstützung

Beim Gesundheitsdienst müssen 79% der Gesamtkosten, wie schon erwähnt, vom Staat getragen werden,  $7\frac{1}{3}\%$  werden dem Nationalen Versicherungsfonds entnommen, während jetzt die behandelten Personen bereits 4% aus eigenem bei der Rezeptgebühr, der Zahnarztgebühr, für Brillen und optische Behandlung zuzahlen müssen.

Die Ausgaben des Gesundheitsdienstes verteilen sich folgendermaßen:

Krankenhäuser und Facharztbehandlung	52 $\frac{3}{4}$ %
allgemeine ärztliche Versorgung	15 $\frac{3}{4}$ %
Apotheken	9 $\frac{3}{4}$ %
zahnärztliche Versorgung	5 $\frac{3}{4}$ %
Augenbehandlung	2 %
Löhne und gemeindliche Einrichtungen	7 $\frac{3}{4}$ %
sonstige Aufwendungen	6 $\frac{1}{4}$ %

Die Bevölkerung hat sich in erweitertem Maße dem Gesundheitsdienst angeschlossen. 97% sind in den Listen der Ärzte verzeichnet. Immer mehr Ärzte bilden Arbeitsgemeinschaften, während die Zahl der Einzelärzte zurückgeht. Ob die Ansicht richtig ist, daß durch die Gruppenbildung der Ärzte eine gesunde Gegenwehr gegen ein zu starkes Überhandnehmen der staatlichen Verwaltung erreicht wird, bleibe dahingestellt. (Bekannt-

lich wird auch in der Bundesrepublik von seiten der Krankenkassen dieser Zusammenschluß propagiert.) In gewissem Sinne scheint man in England die durch den Rückgang der Zahl der Einzelärzte erwachsenden Gefahren erkannt zu haben, da man anzustreben scheint, den Hausärzten eine kleine Zahl von Betten in den Krankenhäusern zur Betreuung ihrer Patienten zur Verfügung zu stellen.

Obwohl die Bettenzahl in England gegenüber 1949 von 501 078 auf 509 028 im Jahre 1953 zugenommen hat, so warteten Ende 1953 doch 526 041 Kranke auf ein Bett. Die Zahl der ambulanten Behandlungen hat sich 1953 bei 6,7 Mill. neuen Patienten weiter auf 27 151 597 Behandlungen vermehrt.

Die ILO hat vor kurzem, wie das Deutsche Industrie-Institut mitteilt, die Ausgaben der europäischen Länder für die Sozialversicherungen veröffentlicht und miteinander in einer statistischen Zusammenstellung verglichen. Allerdings muß dabei beachtet werden, daß diese Sozialversicherungen in jedem Land verschieden aufgebaut sind. Während Kranken-, Alters- und Unfallversicherung fast überall bestehen, hat nicht jedes Land eine Arbeitslosenversicherung oder Familienfürsorge. Umgerechnet auf DM betragen die Ausgaben der Sozialversicherungen auf den Kopf der Erwerbstätigen in DM:

Westdeutschland	535	Norwegen	280
Belgien	719	Italien	218
Schweden	521	Finnland	169
Großbritannien	494	Jugoslawien	151
Frankreich	476	Irland	75
Österreich	359	Spanien	38
Schweiz	328	Portugal	36
Niederlande	328	Türkei	3
Dänemark	319		

Die saarländische Bevölkerung ist fast überwiegend knappschaftlich versichert und da für diesen Versicherungszweig besonders hohe Ausgaben entstehen, würde das Saarland mit 1691 DM einzufügen sein.

Bei der Bundesrepublik Deutschland ist zu beachten, daß zu den Ausgaben für die Sozialversicherung noch die fast gleich hohen Kriegsfolgelasten hinzukommen (Kriegsopferversorgung, Lastenausgleich, verdrängte Beamte, Berufssoldaten, allgemeine Fürsorge usw.). In der gesamten Höhe des Sozialaufwandes liegt die Bundesrepublik also weitaus an der Spitze vor allen anderen europäischen Staaten.

In diesem Zusammenhang gewinnen die amtlicherseits nunmehr herausgegebenen Richtlinien zu einer Sozialreform besondere Bedeutung.

Die Denkschrift, die Bundesarbeitsminister Storch dem Bundeskabinett vorlegte, trägt nicht, wie angenommen wurde, den Titel „Grundgedanken zur Sozialreform“, sondern „Grundgedanken zur Gesamtreform der sozialen Leistungen“. Daraus und aus Äußerungen aus dem Ministerium geht hervor, daß das Bundesarbeitsministerium die Neuordnung, d. h. den Ausbau der Leistungen der Sozialversicherung für das vordringliche Problem hält. Man kann daher annehmen, daß das Bundesarbeitsministerium das Streben nach einer Sozialreform als solche aufgegeben hat oder hinter dem Ausbau der Leistungen zurückstellen und auf eine spätere Zeit verschieben will.

Dem entspricht auch die am 4. Juni 1955 auf einer Pressekonferenz gegebene Mitteilung, daß der Beirat beim Bundesarbeitsministerium in Übereinstimmung mit dem Bundeskanzler und Bundesarbeitsminister der Meinung ist, daß die kommende Sozialreform sich nicht auf einzelne Leistungen beschränken, sondern das gesamte soziale Leistungssystem erneuern soll. Dabei denkt man nicht an eine Vereinheitlichung und Uniformierung des Sozialsystems, sondern an eine „vielgliedrige Harmonie“ von verschiedenen Leistungssystemen, die den vielfältigen Lebensumständen und -Notständen angepaßt sein soll.

Für die soziale Neuordnung hat der Beirat folgende Grundsätze und Empfehlungen erarbeitet:

1. In den Fällen der Invalidität haben Maßnahmen, die der Wiederherstellung oder Erhaltung der Leistungsfähigkeit dienen, den Vorrang vor der Gewährung einer Rente.
2. Die Maßnahmen zur vollen beruflichen Wiedereingliederung sollen ausgebaut werden. Dabei ist an medizinischen Maßnahmen, Berufsumschulung und geldliche Übergangshilfen (Rente auf Zeit) gedacht.
3. Der Versicherte hat einen Rechtsanspruch auf alle gesetzlich festgelegten Rentenleistungen.
4. Jede Bedürftigkeitsprüfung als Voraussetzung für die Gewährung der Rente ist ausgeschlossen.
5. Bei der Bemessung der Rente wird von den geleisteten Beiträgen unter Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips der Versicherten ausgegangen.
6. In allen Versicherungszweigen besteht eine begrenzte Versicherungspflicht (bisher nur bei der Invalidenversicherung). Dabei wird für die Bemessung der Beiträge eine Arbeitsverdiensthöchstgrenze festgesetzt.
7. Die Einbeziehung der Selbständigen in die Versicherungen der Arbeitnehmer wird grundsätzlich abgelehnt.
8. Den Selbständigen bleibt die Bildung eigenständiger Formen sozialer Sicherung überlassen.
9. Eine freiwillige Selbstversicherung für Personen, die früher keiner Pflichtversicherung angehört haben, soll in Zukunft nicht zulässig sein. Damit fällt unter anderem die jetzige freiwillige Versicherung von Hausfrauen weg.
10. Die freiwillige Weiterversicherung soll grundsätzlich beibehalten, jedoch von strengeren Voraussetzungen abhängig gemacht werden.
11. Die Altersgrenze soll für Männer und Frauen auf 65 Jahre festgelegt werden.
12. Die Weiterarbeit über die Altersgrenze hinaus zur Erreichung einer höheren Rente soll gefördert werden.
13. Die Rente soll so hoch sein, daß sie nach einem normalen Arbeitsleben in einem angemessenen Verhältnis zum durchschnittlichen Arbeitsverdienst während des Arbeitslebens steht und eine Inanspruchnahme der Fürsorge nicht notwendig ist.

14. Die Einnahmen und Ausgaben der Rentenversicherungen sollen so kalkuliert werden, daß sie sich gegenseitig decken, darüber hinaus wird auch die Bildung angemessener Reserven als notwendig erachtet.

Beachtenswert ist jedoch, daß die seitens des Bundeskanzlers mit der Ausarbeitung einer Denkschrift betrauten vier unabhängigen Professoren (Dr. Achinger, Dr. Höffner, Dr. Muthesius und Dr. Neundörfer) an dieser Beiratssitzung nicht teilgenommen haben sollen, obwohl sie Mitglieder des Beirates sind.

Für die Ärzte sind wohl folgende Punkte in erster Reihe von Bedeutung: Die drei Gebiete Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge sollen getrennt bleiben. Invalidität und Alter sollen gesondert berücksichtigt werden. Maßnahmen zur Wiederherstellung der Leistungs-(Arbeits-)fähigkeit werden durch Gewährung einer Rente auf Zeit besonders gewertet. Dadurch sollen besonders jüngere Invalide nicht an den Dauerbezug von Renten gewöhnt werden. Abhängige Personen sollen auf Lebenszeit versicherungspflichtig bleiben. Es soll nicht die gesamte Beitragskraft eines Versicherten abgeschöpft werden, um ihm zu ermöglichen, zusätzlich für sein Alter vorzusorgen. Ohne vorherige Pflichtversicherung ist eine freiwillige Selbstversicherung (in der Pflichtversicherung) nicht mehr zulässig. Hingegen soll die freiwillige Weiterversicherung und auch die Höherversicherung möglich sein. Die Förderung der Weiterarbeit nach Erreichung der Altersgrenze von 65 Jahren soll durch entsprechende Maßnahmen gefördert werden.

Von einzelnen politischen Parteien und Interessentengruppen wird nach wie vor eine „sinn- und zweckvolle Zusammenfassung der Versicherungsgarten und Versicherungsträger“ gefordert, eine Koordinierung in der Ungleichheit der verschiedenen Leistungen, die „Errichtung eines zusammengefaßten Sozialärztlichen Dienstes zur Gewährleistung einer einheitlichen Beurteilung“ und eine Erweiterung des Kreises der Versicherten durch die Einbeziehung der Hausfrauen (die schon bisher bei der Krankenversicherung mit den für sie geltenden Einschränkungen als Familienangehörige erfaßt waren). (Schluß folgt)

## Man muß einmal darüber sprechen

Von Dr. Ludwig Diem

Nach den Presseberichten hat die Münchener Ärztersammlung vom 15. April 1955, die wohl nicht ohne Absicht während des Chirurgenkongresses und auch in diesem Versammlungsraum im Deutschen Museum abgehalten wurde, ein zweifaches Ergebnis gehabt:

1. Harte Kritik an der gesetzlichen Krankenversicherung (sie wird allmählich zu einer übersatt diskutierten und daher bald abgedroschenen Frage, zu der noch sehr wenig brauchbare Lösungen vorgeschlagen wurden).

2. Vorwürfe gegen die Kassenärztliche Vereinigung (sie sind ebenfalls nichts Neues mehr).

Wenn sie aber so massiv erhoben wurden und, was besonders merkwürdig ist, in Anwesenheit des 2. Vorsitzenden der KVB, des Herrn von Gugel, der diese Vorwürfe ruhig über sich ergehen läßt, ohne seine eigene Organisation nur irgendwie zu rechtfertigen, dann muß die Kassenärztliche Vereinigung selbst erwidern und richtigstellen, damit es nicht heißen soll, daß ihr 2. Vorsitzender durch sein Schweigen die Berechtigung der Vorwürfe zugab, ja sogar selbst noch einiges Material gegen die Kassenärztliche Vereinigung liefern konnte.

Herr v. Gugel — hier als Vorsitzender des Landesverbandes des Hartmannbundes — hat sich ja seit langem mit der Münchener Opposition in Versammlungen unter Herrn Dr. Ludwig Schmitt verbündet und fördert ihn, mindestens äußerlich, zu gerne, weil er die Hilfstruppen lieferte im Kampf speziell gegen das im Gesetz vorgesehene Schlichtungswesen, dessen Bewertung und Auswertung Herrn v. Gugel von der Mehrheit in der Kassenärztlichen Vereinigung trennte.

So kam es, daß Dr. Schmitt die Plattform des Hartmannbundes zur Verfügung gestellt wurde. Seine Dialektik hat Unzufriedene um ihn geschart und weiterhin

gezeigt, wie auch heute noch Redner, die mit immer wiederholten Schlagworten auf ihre Zuhörer einhämmern, selbst intelligente Männer in ihren Bann ziehen können. Sie hat aber weiter gezeigt, daß sie die Münchener Ärzteschaft so gespalten hat, daß zwei Drittel sich am Standesleben nicht mehr beteiligen, wenn auch Herr Dr. Schmitt immer wieder den Eindruck erweckt, daß er im Namen von 3400 Ärzten spreche.

Das merkt der doch sonst kluge Dr. v. Gugel wohl selbst und mag in stiller Stunde vielleicht manchmal an das Wort von den Geistern, die er rief und nicht mehr loswerden kann, denken. Aber das Walten des gerufenen Geistes geht bereits so tief, daß selbst Herr v. Gugel Vorwürfe, die seine Person als den 2. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung treffen müssen, willig überhört.

Als Person kann man einen solchen Heroismus vielleicht aufbringen. Darf man es aber, wenn die Organisation, zu deren leitenden Funktionären man gehört, direkt beleidigt wird? Herr v. Gugel hat sich seinerzeit bewußt als 2. Vorsitzenden der KVB wählen lassen und sich damit auf Satzungen und Ziele der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet. Er mußte damals auch schon das Gesetz der Demokratie anerkennen, daß der Beschluß der Mehrheit für die geschäftsführenden Vorsitzenden bindend ist, freilich ohne daß in der internen Diskussion über standespolitische Fragen ihm das Recht verwehrt blieb, dort auch eine eigene Meinung zu vertreten.

In der Münchener Versammlung war Herr v. Gugel aber nicht nur als Vorsitzender des Hartmannbundes, sondern einfach untrennbar auch als 2. Vorsitzender der KVB anwesend. Hier konnte er nicht mehr als Einzelperson Vorwürfe gegen die eigene ärztliche Organisation überhören. Hier hätte er mindestens die Pflicht öffent-

licher sachlicher Richtigstellung gehabt, als Dr. Ludwig Schmitt behauptete, daß die Zustimmung zum Gesetz das Ende des freien Berufes bedeute, und als gar ein Zahnarzt sich zu der Behauptung verstieg, die Funktionäre sowohl der Sozialversicherung als auch der ärztlichen Standesführung, „hätten sich des fortwährenden Verbrechens an der Volksgesundheit schuldig gemacht und müßten ihre Ämter niederlegen“. Mag man diese bombastische Dialektik als eine demagogische Effekthascherei werten, hier hätte der 2. Vorsitzende der KVB antworten müssen — er schwieg.

Wenige Tage vor der Münchener Versammlung hat Herr v. Gugel auf der KV-Versammlung in Königswinter wörtlich erklärt:

„Wenn das Gesetz nun einmal vor der Verwirklichung steht, so erkenne ich es als eine Tatsache an und rufe nun zur Einigung auf.“ Und der gleiche Herr v. Gugel, hier nicht mehr Privatperson, sondern 2. Vorsitzender der KVB, schweigt zu den Vorwürfen, die in der Münchener Versammlung neu erhoben werden, und seinen Königswinter-Ruf zur Einigkeit hat er bereits in dem entscheidenden Augenblick vergessen, in dem er selbst für Einigkeit hätte eintreten können. Freilich hätte in den Augen der Münchener Opposition sein Prestige einen empfindlichen Stoß erlitten; aber wäre der Ruf nach Einigkeit, den er selbst proklamiert hatte, nicht über dem persönlichen Prestige gestanden? Dann hätte sich ein zweifelhaftes Prestige in ein Verdienst um den Stand gewandelt.

Als Dr. v. Gugel vor bald 4 Jahren zum 2. Vorsitzenden gewählt wurde, waren überzeugte Anhänger des Hartmannbundes gegen seine Wahl, weil sie das Dilemma vorhersahen, in das der Vorsitzende eines freien Verbandes kommen mußte, wenn er sich gleichzeitig zum Vorsitzenden einer Körperschaft wählen ließ. Nicht erst in der Münchener Versammlung, hier aber besonders kraß, ist dieses Dilemma sichtbar geworden. Hier stand v. Gugel vor der Frage, sich für die Ziele der einen oder anderen Organisation zu entscheiden. Er überlegte sich nicht einmal die Möglichkeit eines Kompromisses — dank seiner Rednergabe hätte er vermitteln können — er schwieg —. Er überhörte die Vorwürfe gegen die Kassenärztliche Vereinigung für seine Person.

Da aber diese Person als 2. Vorsitzender die Kassenärztliche Vereinigung repräsentiert, bedeutete sein Schweigen eine so weitgehende Distanzierung von der eigenen Organisation, wie man sie nach den Gepflogenheiten von Treu und Glauben von einem 2. Vorsitzenden nicht hätte erwarten sollen.

Die Personalunion in zwei Körperschaften, wie in Kammer und KV, ist durchaus möglich und sie ist sogar oft sehr nützlich. Die Personalunion in einer in gewissen Fragen von der gesetzlichen Bindung beeinflussten Körperschaft und einem freien Verband hat sich, wie vorauszusehen war, als unmöglich erwiesen, ohne zur gegebenen Zeit die eine oder andere Organisation verraten zu müssen.

Herr von Gugel hat aber nicht nur geschwiegen, sondern er hat den Gegnern sogar Material gegen die Kassenärztliche Vereinigung geliefert; es macht natürlich Stim-

mung gegen die KV, wenn er ihre Prüfungsinstanzen angreift, die ihm selbst nach seiner Mitteilung von einer auf x DM eingereichten Abrechnung  $\frac{2}{3}$  DM gestrichen hätten. Er mußte wissen, daß er durch einen solchen Hinweis die Animosität gegen die KV schürte, obwohl er sich selbst darüber klar war, daß jene Forderung von x DM niemals Anspruch auf volle Vergütung bedeuten konnte, sondern von ihm nach seinen eigenen Worten, die er freilich in der Versammlung verschwie, nur als ein Test benützt werden sollte, um einmal festzustellen, wie ein nur klinisch vorgebildeter Vertreter gegenüber einem sonst aber durchaus verantwortungsbewußten, korrekten und erfahrenen Kassenarzt arzet.

Als Opposition konnte er selbst mit scharfen Worten und ehrlicher Entrüstung eine Nachprüfung anregen. Neben dem sonstigen Schweigen wirkt aber das Verschweigen der wahren Hintergründe in diesem Falle zwiespältig, weil die Wirkung auf die Masse in Form einer Diskreditierung der KV vorhergesehen werden mußte.

Der 2. Vorsitzende der KVB ist durch diesen unsachlichen Angriff zum zweiten Male seiner eigenen Organisation in den Rücken gefallen.

Ein Drittes: Nach dem Bericht in der „Süddeutschen Zeitung“ sagte Herr v. Gugel: „Der Ausgleich zwischen umfassender Krankenhilfe und Wirtschaftlichkeit treibt den Arzt immer wieder in Konflikte.“

Das wissen wir selbst nur zu gut. Wenn er aber nach jenem Bericht weiter folgert, die Kassen zwängen den Arzt, nur die von ihr vorgeschriebenen Arzneimittel zu verschreiben und damit den Arzt zur Krankenscheinjagd, so ist das unrichtig, weil die Kassen keine Mittel verschreiben, sondern nur Wirtschaftlichkeit verlangen können. Mag der Zeitungsbericht nicht vollständig sein — immerhin hat Herr v. Gugel immer wieder behauptet, der Hartmannbund habe eine gelenkte Presse.

Soviel über das Dilemma, zwei Herren dienen zu wollen.

Und das sonstige Ergebnis der Münchener Versammlung? Wo sollen wir hinkommen? Niemand will die Opposition mundtot machen; aber man sollte die Opposition in ihren Versammlungen allein lassen — das ist nicht isolieren —, aber man kann, wie das Beispiel der Münchener Versammlung zeigt, nicht Themen zur gemeinsamen öffentlichen Behandlung mit ihr absprechen, wie es Herr v. Gugel beabsichtigte; sonst geschieht, was geschehen ist. Die Opposition hat die andern Teilnehmer majorisiert. Daß diese schwiegen, ist ihre Schuld.

Im übrigen wird erzählt — es steht zwar nicht in dem Zeitungsbericht —, daß eine andere Gruppe erwidern wollte, sich aber nicht durchsetzen konnte.

Eine fruchtbare Diskussion in einer Versammlung setzt eine gewisse Atmosphäre der Sachlichkeit und des guten Willens voraus. Diese kann aber nicht gegeben sein, wenn die Opposition nur vom Nein ausgeht. Wann wird die Ärzteschaft zur Sammlung, die Herr v. Gugel in Königswinter selbst gefordert hat, kommen? Intelligenz der Zuhörer schützt leider nicht davor, auch Schlagworten zu erliegen. Aber Schlagworte haben am wenigsten Aussicht, eine Einigung vorzubereiten.

Dem ärztlichen Stand fehlt etwas, was die Alten hatten — ein Collegium iogenicum vor der Ausbildung zum Fachwissen.

Ansch. d. Verf.: Marktbreit/Ufr.

## MITTEILUNGEN

### Wichtige Mitteilung an alle Ärzte in Bayern Familienausgleichskasse

Die Familienausgleichskasse der Bayer. Landesärztekammer gibt bekannt, daß als letzte Frist zur Einreichung der Anträge auf Auszahlung von Kindergeld für die nach §§ 1 und 2 des Kindergeldgesetzes Anspruchsberechtigten der

15. Juli 1955

festgesetzt wird.

Anträge, die nach diesem Termin eingehen, können hinsichtlich der rückwirkenden Auszahlung des Kindergeldes

vom 1. 1. 1955 ab nicht mehr berücksichtigt werden. Auf verspätet eingereichte Anträge wird das Kindergeld erst von dem Monat ab ausbezahlt, in welchem der Antrag eingegangen ist.

Es wird ferner nochmals darauf hingewiesen, daß bei den einzureichenden Anträgen die Geburtsdaten der Kinder von der örtlichen Meldebehörde zu beglaubigen sind. Die Richtigkeit der Angaben über die ärztliche Berufsausübung ist vom zuständigen ärztlichen Bezirksverein zu bescheinigen. Außerdem ist es unbedingt erforderlich, daß für die Kinder zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr, die sich noch in Berufsausbildung befinden, die entsprechen-

den Bescheinigungen über Ausbildung, Verdienst usw. beigelegt werden, um unnötige Rückfragen oder Rücksendung der Anträge zu vermeiden.

### Zur Frage der Verhältniszahl

#### Eine Berichtigung

Zu meinen Ausführungen zu obiger Frage in Nr. 5/1955 des Bayerischen Ärzteblattes sehe ich mich veranlaßt, einen Nachtrag zu bringen. Es zeigte sich inzwischen, daß die von mir angegebene durchschnittliche Fallvergütung nur für meine Fachgruppe zutrifft, wobei der Fallzahl-durchschnitt denjenigen der Allgemeinpraxis übersteigt. Nach mir von verschiedenen Seiten gegebenen Auskünften mußte ich annehmen, daß diese Fallvergütung auch für die Allgemeinpraxis gültig ist. Wie mir nun meine Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung mitteilte, trifft dies jedoch nicht zu. Die durchschnittliche Fallvergütung ist eine nicht unwesentlich bessere, als ich annehmen zu müssen glaubte. An meiner Aufstellung der hohen Kosten einer Stadtpraxis ändert sich dadurch nichts und es ist leider auch unter dieser günstigeren Betrachtungsmöglichkeit so, daß 300—400 Scheine völlig unzureichend sind, um einen praktischen Arzt mit Familie eine ausreichende Existenz zu ermöglichen.

Dr. Schlegel, Fürth i. B., Nürnberger Str. 2

### Kassenarztrecht vom Bundestag verabschiedet

Am Mittwoch, den 25. Mai, verabschiedete der Deutsche Bundestag in zweiter und dritter Lesung nach etwa vierstündiger eingehender Aussprache den Gesetzentwurf über das Kassenarztrecht. Die Endabstimmung erbrachte eine überwältigende Mehrheit für den Gesetzentwurf. Die Ausschlußfassung wurde durch die Annahme von zwei Änderungsanträgen nur an zwei Stellen verändert bzw. ergänzt:

1. Für die in § 368 1 Absatz 5 vorgesehene Möglichkeit zur Einrichtung einer eigenen Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditäts-Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde ergänzend zur Ausschlußfassung beschlossen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Satzung „mit Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen“ die entsprechenden Maßnahmen treffen können. Dieser Abänderungsantrag wurde von der CDU/CSU-Fraktion mit Unterstützung von Abgeordneten aller Fraktionen gestellt.
2. Auf Antrag von Frau Dr. med. Hubert (SPD) wird dem § 368 m Absatz 2, in dem unter anderen die Frage der Verträge über die Vergütung für Behandlung von Versicherten in den Polikliniken geregelt wird, folgender Satz hinzugefügt:

„Diese Verträge müssen den Universitäts-Polikliniken die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang gewährleisten.“

Frau Dr. Hubert stellte diesen Antrag in der dritten Lesung, nachdem sie in der zweiten Lesung Bedenken gegen einen Änderungsantrag der Abgeordneten Etzenbach (CDU/CSU), Kunze (CDU/CSU) u. a. zum gleichen Paragraphen geäußert hatte, weil nach diesem in der zweiten Lesung gestellten Antrage die Vergütung für die Sachleistungen der Polikliniken in der gleichen Weise geregelt werden sollten, wie für die Krankenhäuser.

Nach Verabschiedung durch den Bundestag bedarf der Gesetzentwurf noch der Zustimmung des Bundesrates, bevor er vom Bundespräsidenten unterzeichnet und im Bundes-Gesetzblatt verkündet werden kann. Nach dem bisher vorliegenden Arbeitsprogramm des Bundesrates wird dieser sich in seiner Plenarsitzung am Freitag, den 10. Juli, mit dem Gesetzentwurf beschäftigen.

Zu ausführlichen Debatten kam es in der zweiten Lesung vor allem über die Fragen der Verhältniszahl, der Art der Honorierung, der Schlichtung und der Altersversorgung.

#### Ein Arzt auf 500 Versicherte

Ein Antrag der Abgeordneten Schmücker (CDU/CSU), Majonika (CDU/CSU) u. a., die Verhältniszahlen auf 1 Arzt : 450 Versicherte und 1 Zahnarzt : 800

Versicherte herabzusetzen, wurde abgelehnt, nachdem der Abgeordnete Horn (CDU/CSU) darauf hingewiesen hatte, daß die Herabsetzung auf 1 : 500 bzw. 1 : 900 bereits einen Kompromiß darstelle und damit schon ein erheblicher Fortschritt in der Zulassung von Ärzten erreicht werde.

In der allgemeinen Aussprache zur dritten Beratung betonte insbesondere Dr. med. Reichstein (GB/BHE), daß mit dieser Regelung ein Regulativ für die ausreichende Berücksichtigung der verschiedenen soziologischen Verhältnisse in den einzelnen Gebieten geschaffen sei. Er begrüßte als Sprecher seiner Fraktion ganz besonders die hierdurch ermöglichte Neuzulassung, die das Gesetz für einen großen Teil jüngerer Ärzte bringen werde. Dr. Bärsch (SPD) wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß insbesondere die bestmögliche ärztliche Versorgung der Versicherten eine Senkung der Verhältniszahl von bisher 1 : 600 auf 1 : 500 dringend erforderlich mache.

#### Die Honorarfrage

Auf Grund von Änderungsanträgen der SPD-Fraktion kam es zu einer längeren Debatte über die Honorarfrage und hierbei insbesondere über das Verhältnis zwischen den Regelleistungen zu den Kann-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Dr. Moerchel (CDU/CSU) betonte, daß die freiwilligen Leistungen der Krankenkassen nicht auf Kosten derjenigen gewährt werden dürfen, die die Pflichtleistungen erbringen. Er erklärte:

„Zu den Regelleistungen gehört die ärztliche Behandlung, und wir können nicht einsehen, daß man wegen der Mehrleistungen oder freiwilligen Leistungen die nach der Reichsversicherungsordnung möglich sind, die Pflichtleistungen, d. h. die ärztliche Behandlung, in irgendeiner Weise beschränkt oder beeinträchtigt. Es liegt doch im Interesse der Versicherten, daß eine der wichtigsten Aufgaben der deutschen Krankenversicherung in einer Weise erledigt wird, die dem Versicherten wiederum zugute kommt.“

Zur Frage Honorarpauschale und Bezahlung der Einzelleistungen wurde darauf hingewiesen, daß das Gesetz beide Möglichkeiten offen läßt. Dr. Bärsch (SPD) forderte mit allem Nachdruck, daß die Honorierung der Ärzte in einer Weise erfolgen müsse, die der gesellschaftlichen Bedeutung und der Verantwortung des Berufes entspricht.

#### Schlichtungsinstanzen heiß umstritten

Zu einer lebhaften Auseinandersetzung kam es, als die Fragen der Schlichtungsinstanzen besprochen wurden. Hier begründete Prof. Dr. Böhm (CDU/CSU) einen Antrag, der sich gegen die sogenannte Zwangsschlichtung richtete. Prof. Böhm betonte, daß im Falle eines vertragslosen Zustandes die Kassen am längeren Hebelarm säßen und nicht zu befürchten brauchten, daß die kassenärztliche Versorgung gefährdet werde. Und zwar deswegen nicht, weil

1. „die Kassen normalerweise schon in bezug auf ihr soziales Machtgewicht gegenüber den Ärzten am längeren Arm des Hebels“ sitzen,
2. „ist den Kassen eine Selbsthilfemöglichkeit durch das Gesetz eingeräumt“, und zwar durch die sogenannten Mißtrauensparagrafen,
3. die Ärzte „können nicht streiken und sie werden nicht streiken“.

Prof. Böhm berichtete, er habe diejenigen Ärzte, die eine Beseitigung der sogenannten Zwangsschlichtung wollten, darüber befragt, ob sie sich darüber klar seien, daß sie materiell schlechter fahren würden, als wenn sie in die Zwangsschlichtung einwilligten. Dabei habe sich herausgestellt, daß die ärztlichen Gegner der Zwangsschlichtung sich hierüber vollständig klar seien, daß sie dennoch aber gegen das vorgesehene Schlichtungsverfahren wären. „Dieser Wille, ihre Selbstverwaltungsfreiheit selbst unter Gefahr zu behaupten“, sagte Prof. Dr. Böhm, „hat für mein Empfinden etwas ungemein Imposantes.“

In Erwiderung auf diese Ausführungen erklärte Dr. Hammer (FDP):

„Herr Kollege Prof. Böhm hat für viele Zuhörer in diesem Hause sehr eindringlich geschildert, wie schwach und erbärmlich der Vertragspartner ‚Kassenärzte‘ ist. Ich habe mich gewundert, ich habe nach jedem Satz

erwartet, daß er seinen Antrag zurückzog. Das ist aber merkwürdigerweise nicht geschehen. (Heiterkeit in der Mitte.) Es ist eine Konsequenz, bei der nicht jeder ohne weiteres mitziehen kann, daß ein vertragsloser Zustand praktisch aussichtslos sei oder wenig Chancen habe, und daß es trotzdem sehr imposant wäre, wenn man diesen vertragslosen Zustand forderte."

Dr. H a m m e r wies darauf hin, daß die Krankenkassen und Krankenkassenverbände Deutschlands in ihrer Position gegenüber der Ärzteschaft „das größte Frühstückskartell“ seien, das es in Deutschland je gegeben habe. „Ausgerechnet Herr Professor Böhm“, sagte Dr. H a m m e r, „in dessen Sprachschatz die Worte Monopol und Kartell jederzeit greifbar sind wie bei uns das Taschentuch hat in seiner Rede über dieses Monopol kein Wort verloren.“ Die Freiheit, von der Prof. Böhm gesprochen habe, „ist die Freiheit, die der Goldfisch im Hechteich hat“. Dr. H a m m e r betonte nachdrücklich, daß die in dem Gesetzentwurf verankerten Bestimmungen über die Schlichtung keine Bestimmungen seien, die die Freiheit entziehen, sondern vielmehr den Kern eines Freiheitschutzgesetzes darstellen.

#### Alters- und Hinterbliebenenvorsorge

Zu einer längeren Diskussion kam es dann über jene Bestimmung des Gesetzentwurfes, der den Kassenärztlichen Vereinigungen die gesetzliche Möglichkeit schaffen soll, aus eigener Kraft und in eigener Verantwortung Einrichtungen für die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenvorsorge zu treffen. Die Gegner dieser Bestimmung begründeten ihre Abänderungsanträge im wesentlichen mit den der Öffentlichkeit durch die Publizistik der an dieser Frage naturgemäß sehr interessierten Lebensversicherungswirtschaft hinlänglich bekannten Argumenten.

Dr. R e i c h s t e i n (GB/BHE) wies demgegenüber darauf hin, daß von einer Zwangsversorgung gar keine Rede sein könne, da es das Gesetz ja freistelle, ob und in welcher Form derartige Einrichtungen geschaffen würden. Dr. H a m m e r (FDP) wies darauf hin, daß derartige Versicherungen und Versorgungseinrichtungen in der Ärzteschaft ja schon seit langem bestehen und von dem Gesetz daher in dieser Frage gar kein Novum geschaffen werde.

#### Sachliche Diskussionen und unsachliche Demonstrationen

Die ausführliche Debatte wurde sowohl in den Einzelberatungen zur zweiten Lesung als auch in der Grundsatzzdebatte, die der dritten Lesung vorausging, zwar vielfach mit lebhaftem Temperament, aber doch immer in bemerkenswerter Sachlichkeit geführt. Den einzigen Mißklang brachte eine Bemerkung des Bundesarbeitsministers S t o r c h, gegen die sich Dr. H a m m e r jedoch sofort mit dem Hinweis verwahrte, daß „derartige sensationelle Anekdoten“ bei den Ausschussberatungen keine Rolle gespielt hätten, weil sie keine Argumente zur Sache, sondern Skandalaffären seien.

Sehr scharf sprachen sich verschiedene Abgeordnete in der allgemeinen Aussprache gegen die Art aus, wie von einzelnen ärztlichen Gruppen gegen die Verabschiedung des Gesetzes Propaganda gemacht worden sei. Prof. Dr. P r e l l e r (SPD) sagte unter anderem:

„Was hier nach dem Schneeballsystem von bestimmter und uns durchaus bekannter Seite praktiziert und organisiert worden ist — in der Form, daß wir mit rund 2000 Telegrammen überschüttet worden sind —, das wird, wie ich weiß, nicht nur von meiner Fraktion, sondern auch von den anderen Fraktionen und ebenso von der überwiegenden Zahl der Ärzte in dieser Form nicht gebilligt. (Beifall in der Mitte.) Ich glaube sagen zu können, daß das Gegenteil von dem bewirkt wurde, was vielleicht beabsichtigt worden war.“

Der Sprecher der DP, Abg. B e c k e r (Hamburg), erklärte hierzu: „Ganz entschieden muß auch ich mich gegen Methoden des moralischen Druckes wenden, die während der Vorbereitungszeit . . . auf die Abgeordneten von verschiedenen Seiten ausgeübt worden sind. Wenn diese Methode der massenhaften Telegrammsendungen nach ostzonalem Muster weiterhin geübt wird, dann ist es gar keine Frage, daß dadurch dem einzelnen Abgeordneten die Prüfung begründeter Eingaben und die Darlegung begründeter Sachverhalte nicht mehr möglich ist.“

#### Kein Auftakt zur Sozialreform

Sowohl Dr. M o e r c h e l (CDU/CSU) als auch Dr. H a m m e r (FDP) und Prof. Dr. P r e l l e r (SPD) erklärten, daß es sich bei dem Kassenarztgesetz nicht um einen Teil und auch nicht um einen Auftakt zur Sozialreform handele. Dr. M o e r c h e l wies vielmehr darauf hin, daß die Entwicklung seit 1945 in den Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenkassen nunmehr zu der vorliegenden gesetzlichen Regelung gedrängt habe. Dr. R e i c h s t e i n (GB/BHE) betonte, wie sehr in den Ausschussberatungen das gemeinsame Bemühen um Gerechtigkeit die Waage gewesen sei, auf der die Argumente des Für und Wider gewogen wurden. Dr. H a m m e r wies für seine Partei darauf hin, daß das Gesamtbild der deutschen Sozialversicherung höchst unerquicklich sei, daß man aber mit dem Kassenarztgesetz nicht auf die Reform der Krankenversicherung habe warten können. Dr. B ä r s c h (SPD) betonte, daß es nicht zuletzt Sinn und Zweck des Gesetzes sei, im Interesse der Versicherten den Arztberuf als einen freien Beruf zu erhalten, weil dieser Beruf ein entscheidendes Element der freiheitlichen Lebensordnung darstellt. (ÄPI X/55.)

#### Die Änderung des Bayer. Ärztegesetzes

Der Sozialpolitische Ausschuss des Bayerischen Landtages beriet am 23. Mai 1955 über den Regierungsentwurf und den Initiativantrag des Abg. Dr. S o e n n i n g und CSU-Fraktion. Ein Vorschlag der Abgeordneten aus Ärztekreisen, vorher nochmals mit der Bayerischen Landesärztekammer Fühlung zu nehmen, wurde abgelehnt, da der Vorsitzende glaubte, daß der Ausschuss souverän entscheiden könne.

In Abwesenheit des Korreferenten Abg. Dr. B r e n t a n o - H o m m e y e r und der weiteren ärztlichen Abgeordneten Dr. S o e n n i n g und Dr. D e h l e r erstattete der Abg. Dr. O e c k l e r sein Referat. Er verwies darauf, daß die Änderung des Ärztegesetzes von 1946 notwendig geworden ist, da wichtige Artikel in der Zwischenzeit durch andere Gesetze und durch Urteil des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs nichtig geworden seien. Dr. O e c k l e r wandte sich entschieden gegen die Pflichtmitgliedschaft und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte. Der Berichterstatter bezeichnete es als eine irrtümliche Ansicht, das Berufsethos durch eine Ständegerichtsbarkeit heben zu wollen, zumal bei Verstößen von Ärzten gegen ihre Berufspflichten die ordentlichen Gerichte und die Möglichkeit des Entzugs der Berufsausübung durch die Regierung einen ausreichenden Schutz der Interessen der Bevölkerung gewährleisten. Auch entspreche die Berufsgerichtsbarkeit, die nur unnütze Verwaltungsarbeit und unnötige finanzielle Ausgaben verursache, nicht den Vorstellungen der modernen Demokratie. Dr. O e c k l e r nahm auch gegen die (angebliche) dreifache Besteuerung der Ärzte für den Ärztlichen Bezirksverein, den Ärztlichen Kreisverband und die Landesärztekammer Stellung. Das neue Ärztegesetz sollte Ausdruck der Gleichheit aller Bürger vor dem Gesetz sein, völlig klare und deutlich anwendbare Rechtsverhältnisse schaffen und dem Bedürfnis nach Vereinfachung entgegenkommen.

# RUTIMYCIN

Streptomycin-Penicillin

Dimethylaminophenazon-Rutinon

Ein Kombinations-Antibioticum, das allen Ansprüchen moderner Therapie in Klinik und Praxis entspricht

RHEIN-CHEMIE · Pharm.-Abt. · HEIDELBERG



Der Vorsitzende sprach sich unter Zustimmung der Mitglieder des Ausschusses im Hinblick auf die Abwesenheit des Korreferenten dahin aus, die allgemeine Debatte in der Sitzung nach Pfingsten zu eröffnen.

#### Versammlung des Hartmannbundes in München am 15. April 1955

Unter den zahlreichen Veranstaltungen und Kundgebungen der letzten Zeit, deren Zweck es war, die Stellungnahme der Ärzteschaft zu dem in Bonn vorliegenden Entwurf des „Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen“ zum Ausdruck zu bringen, verdient die Versammlung des Hartmannbundes vom 15. 4. 1955 im Deutschen Museum in München besondere Beachtung. Daß hier mehr beabsichtigt war als eine bloß demonstrative Geste, bewies der weitgespannte Rahmen, der als Einberufer den Kreisverein München des Hartmannbundes in Zusammenarbeit mit den anderen Münchener Standesorganisationen aufführte, und als Gäste Vertreter der Bundes- und Staatsregierung, Abgeordnete des Bundes- und Landtags, Spitzenvertreter der Kassenverbände, der Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaft zu einer Diskussion über bedeutsame Fragen für die Reform der sozialen Krankenversicherung vorgesehen hatte. Das Thema lautete: „Kann die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Sozialversicherten dem Stande der heutigen Medizin noch gerecht werden?“

Die von etwa 1200 Ärzten besuchte Versammlung, zu der sich eine nicht geringe Anzahl der Teilnehmer des gleichzeitig tagenden Chirurgenkongresses eingefunden hatte, wurde von Dr. Ahle mit Umsicht und Sachlichkeit geleitet. Sowohl die drei Referenten wie auch die Diskussionsredner waren sich völlig darin einig, daß die im Thema gestellte Frage verneint werden müsse, und gaben jeweils von ihrem Standpunkt aus die Begründung. Aus seiner Erfahrung als Internist und Krankenhauschefarzt wies Dr. Günther-Kühne auf den Wissenskonflikt hin, in den der Arzt gerate, wenn er gegenüber den Beschränkungen der Sozialversicherungsbestimmungen seine Kranken nach den neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen behandeln wolle. Er forderte nachdrücklich gerade für den freipraktizierenden Arzt größtmögliche Freiheit in der Anwendung neuzeitlicher diagnostischer wie therapeutischer Maßnahmen bei den Sozialversicherten.

Daß bei der Verwirklichung dieser Forderungen den Sozialversicherungsträgern wirtschaftlich gewisse Grenzen gesetzt sind, erkannte der nachfolgende Referent, Dr. von Gugel, durchaus an, er lehnte es aber ab, daß auch weiterhin die Früchte wissenschaftlichen Fortschrittes den Versicherten nur durch die Opferbereitschaft der Ärzte zugute kommen sollten, deren vermehrter Arbeit kein entsprechendes Entgelt gegenüberstünde. Einige rechnungsmäßigen Überlegungen über ärztliche Einkommensverhältnisse beleuchteten die Situation. Als brauchbare Lösung bei der kommenden gesetzlichen Regelung schlug er die Befreiung der Krankenversicherung von ihr nicht adäquaten Aufgaben vor, also der Befreiung von Versicherungs-, Versorgungs- und Fürsorgelasten, und die Beschränkung auf den Mitgliederkreis der tatsächlich Schutzbedürftigen.

Scharfe Kritik übte der Vorsitzende des ärztl. Bezirksvereins München, Dr. Ludwig Schmitt, an der ganzen Struktur unserer heutigen sozialen Krankenversicherung und an ihren Auswirkungen auf Patient und Arzt. Die Verwirklichung seiner Forderungen setzte allerdings einen völligen Umbau der sozialen Krankenversicherung unter neuen Gesichtspunkten voraus. Zum Schluß nahm die

Versammlung eine Resolution an, in der „von der kommenden Sozialreform eine Anpassung der sozialen Krankenversicherung an den heutigen Stand der Medizin und eine gerechte Bewertung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen“ und als beste Gewähr für die Erfüllung der Aufgaben der soz. Krankenversicherung ein freier und unabhängiger Ärzte- und Zahnärztestand“ gefordert wurde. Die Resolution wurde den Mitgliedern der Bundes- und der Bayerischen Staatsregierung sowie sämtlichen Abgeordneten des Bundes- und des Bayer. Landtags übersandt.

Nichts wäre dankenswerter gewesen als eine sachliche Erörterung der Gründe, welche die Haltung des einen wie des anderen bestimmen. Es muß mit Bedauern festgestellt werden, daß die Versammlung des Hartmannbundes zu einer solchen Aussprache in keiner Weise geeignet war.

Sicherlich wird es kaum einen Arzt geben, der nicht die Mängel der Fehlkonstruktion unserer sozialen Krankenversicherung erkannt und nicht eine Neuordnung glühend gewünscht hätte. Ob man allerdings in dieser Welt der harten Tatsachen eine baldige Änderung erhoffen darf, und vor allem, ob es uns gelingen wird, noch einen entscheidenden Einfluß auf die Gesetzesvorlage im Bundestag auszuüben, ist eine andere Frage. Der verantwortliche Standespolitiker, der in seinem Amt mit diesen Fragen zu tun hat, sieht sich sehr viel größeren Schwierigkeiten gegenüber als der Versammlungsredner, der eines um so größeren Beifalls seiner Zuhörer sicher ist, je verlockender er ihnen die Ziele einer Reform darzustellen weiß. Bekanntlich besteht seit längerem eine tiefgehende Meinungsverschiedenheit zwischen einem nicht unerheblichen Teil der Ärzteschaft und einer Reihe recht erfahrener Standespolitiker über die Tragbarkeit mehrerer Punkte des Gesetzentwurfs.

Die lange Dauer der Referate ermöglichten erst anderthalb Stunden vor Mitternacht die Eröffnung der Diskussion. Die meist sehr allgemein gehaltenen Ausführungen der Referenten sowohl hinsichtlich der Kritik wie auch der aufgestellten Forderungen hätten kaum einen festen Anknüpfungspunkt für einen gedeihlichen Meinungsaustausch abgegeben. Auch hatten die Ausführungen der Referenten es verstanden, so sehr die Affekte ihrer Zuhörer gegen die derzeit bestehende Ordnung der sozialen Krankenversicherung wie gegen den im neuen Gesetzentwurf geplanten Versuch einer Neuregelung zu mobilisieren, daß in dieser Atmosphäre eine sachliche Diskussion wenig erfolgreich war. Bezeichnend für die Stimmung war der Beifall, mit welcher die Forderung des Vorstandsmitgliedes der „Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte“ Dr. Mzyk, aufgenommen wurde, der den Rücktritt „der führenden Männer der Sozialversicherung und derjenigen des Ärzte- und Zahnärztestandes forderte, die . . . sich mitschuldig gemacht haben an diesem fortwährenden Verbrechen an der Gesundheit unseres Volkes.“ Ein einziger Kollege, der mit anerkanntem Mut Bedenken anmeldete gegen diese Form der Behandlung des Themas, erntete von der Versammlung wenig Dank. So war es sehr begreiflich, daß von den etwa anwesenden Gästen aus den Kreisen der Regierung, der Parlamente und der Sozialversicherung trotz wiederholter Aufforderung niemand Lust zeigte, sich den Unbilden dieses Versammlungsklimas auszusetzen.

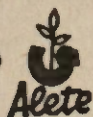
Wenn es, wie in der Einladung angegeben, Zweck der Versammlung war, durch eine Diskussion eine Klärung bedeutsamer Fragen der Krankenversicherung herbeizuführen, dann wurde ersichtlich dieser Zweck nicht er-

Die bewährten  
**Alete**  
Säuglingsnahrungen

**ALETE-  
FRÜHNÄHRUNG**  
die gebrauchsfertige  
Zweidrittelmilch für  
den jungen Säugling

**ALETEMILCH**  
die gebrauchsfertige,  
gesüßerte Vollmilch für  
den älteren Säugling

**ALETEZUCKER**  
körpernaher Nährzucker  
für Säuglinge und  
Kleinkinder

  
**Alete**

reicht. Wenn aber der Versuch gemacht werden sollte, durch eine eindrucksvolle Demonstration und eine von einer großen Anzahl von Ärzten einmütig gefaßte Resolution noch in letzter Stunde Einfluß auf die bevorstehende gesetzliche Regelung zu gewinnen, dann zeigte das Abstimmungsergebnis des Bundestages am 25. 5., daß dieser Versuch — ebenso wie mancher andere, bei denen Teile des Hartmannbundes Steigbügeldienste geleistet hatten — ein Fehlschlag war.

Bekanntlich besteht eine gute Politik darin, mit den gegebenen Mitteln zu versuchen, das Mögliche zu erreichen. Dies gilt auch für die Standespolitik! Wa.

### Arzneien unter der Lupe

Vorbildliche Selbsthilfaktion der Apotheker — Institut im Dienste der Volksgesundheit eröffnet — Schlechte Zeiten für Quacksalber

Von MdL Dr. Rudolf Soennig

Vorsitzender des Landesgesundheitsrates Bayern

Am Hochufer der Isar, in München-Bogenhausen, ist das repräsentative „Bayerische Apothekerhaus“ aus Bombenschutz wieder erstanden. Die Weihe dieses Hauses wurde mit der Eröffnung des ersten „Deutschen Arzneiprüfungsinstituts“ verbunden. Dieses Werk ist auch für die breiteste Öffentlichkeit von großer Bedeutung.

Hier wird nämlich endlich jegliche Arznei unter die Lupe genommen. Die Medizin im Prüfstand! „Ist denn eine solche Kontrolle überhaupt notwendig?“ wird der Patient verwundert fragen, der von seinem behandelnden Arzt sein Rezept verschrieben bekommt und dann die Arznei in der Apotheke kauft. Nun, wegen der seriösen Heilmittelfabriken und der Apotheken bräuchte man wahrlich kein solches Institut; aber da lesen und hören die gehetzten und kranken Menschen von heute die sensationellen Reportagen über Wunderheilungen und Wundermittel. Quacksalber, Kurpfuscher, Scharlatane und dunkle Medizinmänner in Hinterhöfen treiben ihr Unwesen, klopfen an die Türen und verhausieren angeblich unfehlbare Arzneien. Die Menschen glauben in ihrer Not und Krankheit an alles und merken gar nicht, daß sie für einen Hokuspokus oder ein ganz gewöhnliches, harmloses Mittel Wucherpreise bezahlt haben und Schwindlern zum Opfer gefallen sind. Auch in Inseraten werden „garantiert wirkende“ Arzneien angepriesen. Immer wieder liest man in der Tagespresse Prozesse gegen solche Betrüger.

Nun gibt es im Zeitalter der liberalen Wirtschaft kein Arzneimittelgesetz in Deutschland, das Herstellung und Vertrieb von Heilmitteln zu kontrollieren vorschreibt. In absehbarer Zeit ist auch kein solcher staatlicher Schutz zu erwarten. Daher entschlossen sich die deutschen Apotheker zu einer Selbsthilfe.

In dem Deutschen Arzneiprüfungsinstitut in München werden alle Arzneien auf Herz und Nieren geprüft. Natürlich wird dort nicht die Wirkung einer Arznei amtlich und wissenschaftlich festgestellt, das bleibt nach wie vor Sache der klinischen Beobachtung. Jedoch die Bestandteile, der Wert oder Unwert der Zusammensetzung des Mittels werden mit modernsten chemischen und physikalischen Verfahren und Methoden analysiert. Der Käufer soll auch bestätigt erhalten, daß er das vorgeschriebene Heilmittel in der richtigen Zusammensetzung und Dosierung in der Tat bekommt. In hoher Selbstverantwortung haben die pharmazeutischen Industrien und die Apotheken ihre Erzeugnisse dieser Kontrolle freiwillig ausgesetzt. Das Gutachten des Instituts nützt u. U. der Ärzteschaft, der Industrie, dem Großhandel, den Apotheken, dem Kranken und dem Gericht. Die beteiligten Kreise, die auch mit allen wissenschaftlichen Einrichtungen auf diesem Gebiete zusammenarbeiten, haben einmal nicht nach dem Gesetz und dem Staat gerufen, sondern in eigener Regie und Initiative vorbildlich gehandelt.

Die Schwindler freilich müssen vor der Existenz dieses Kontrollorganes jetzt zittern. Die Prüfung wird gleichsam zum indirekten Gütezeichen der deutschen Arzneien. Die freiwillige Selbstkontrolle im Arzneiprüfungsdienst ist somit ein Meilenstein in der Gesundheitspolitik und der Wiedererlangung der Weltgeltung der deutschen pharmazeutischen Erzeugnisse.

### Herausgabe von Merkblättern durch das Bundesgesundheitsamt

Die vom früheren Reichsgesundheitsamt veröffentlichten Merkblätter (Merkblätter für Laien, Ratschläge an Ärzte) werden jetzt vom Bundesgesundheitsamt Koblenz neu bearbeitet und herausgegeben. Den Druck und den Vertrieb hat der Ärzte-Verlag, Köln, Melchiorstraße 14, übernommen.

Von dem Verlag können zur Zeit folgende Merkblätter gegen Entrichtung einer Schutzgebühr bezogen werden:

1. Ratschläge an Ärzte über epidemische Kinderlähmung
2. Merkblatt über die epidemische Kinderlähmung
3. Ratschläge an Ärzte zur Bekämpfung der Tollwut
4. Merkblatt über die Tollwut
5. Ratschläge an Ärzte zur Bekämpfung der Papageienkrankheit.

Die Herausgabe weiterer Merkblätter wird laufend in zwangloser Reihenfolge fortgesetzt. Die Merkblätter 1 und 2 werden zur Zeit neu bearbeitet.

### Landesärztekammer Baden-Württemberg konstituiert

In einem feierlichen Akt ist am 18. 5. die Gründung der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit 56 Kammermitgliedern als Körperschaft des öffentl. Rechts und öffentliche Berufsvertretung der 10 000 Ärzte des Landes vollzogen worden. Sie hat für jedes der vier Regierungspräsidien eine Bezirksärztekammer. Zum Präsidenten der Landesärztekammer wurde Prof. Dr. Neuffer gewählt, sein Stellvertreter wurde Prof. Dr. Hans Kraske, Freiburg. Vorsitzende der Bezirksärztekammern, die der Landesärztekammer im wesentlichen als Exekutive dienen sollen, sind: Dr. Geiger, Karlsruhe, Prof. Dr. Kraske, Freiburg, Dr. Borck, Tübingen, und der noch durch Wahl zu bestättigende Dr. Dobler, Schorndorf.

Aus diesem Anlaß gab die Landesärztekammer mit den neu gewählten Kammermitgliedern am Abend des 18. 5. einen Empfang, an dem der Ministerpräsident Dr. Gebhard Müller, Landtagsvizepräsident Dr. Schäfer, mehrere Kabinettsmitglieder sowie Vertreter der Medizinischen Fakultäten von Tübingen, Freiburg und Heidelberg teilnahmen. — Prof. Neuffer bezeichnete als Aufgabe der Landesärztekammer die berufliche Selbstverwaltung der Ärzte, woran „der Staat nur durch die Aufsicht über die Einhaltung von Gesetz und Satzung beteiligt ist“. Die Landesärztekammer möchte ein „gesundheitspolitisches Gewissen“ sein und glaube, auch in der sozialen Krankenversicherung einen wichtigen Beitrag leisten zu können. Die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung — so notwendig sie sei — behindere in ihrer jetzigen Form den Arzt in der Entfaltung seiner eigentlichen ärztlichen Kunst, weil auf das Vertrauensverhältnis zwischen Krankem und Arzt nicht genügend Rücksicht genommen werde. Nach der Fließbandmethode könne Kranken schlecht geholfen werden; sie brauchten seelische Führung und Entspannung. Eine Reform der sozialen Krankenversicherung und die Entlohnung der Ärzte nach Leistung sollten dahin führen, nicht durch Sozialisierung, sondern durch Reprivatisierung. Durch die Wiederherstellung der unmittelbaren Beziehungsverhältnisse zwischen Krankem und Arzt würde weder der Kranke den Arzt überfordern noch der Arzt den Kranken; alles würde sich von selbst regeln.

### Der Neubau der Münchener Universitätskliniken

In einer Pressekonferenz wurde mitgeteilt, daß das Preisgericht den Aufbau in der Innenstadt Münchens einstimmig verworfen und dafür den südwestlichen Stadtrand, in der Gegend von Fürstenried, als neuen Standort empfohlen hat. Die Entscheidung, ob dieser Plan verwirklicht werden wird, obliegt dem Bayer. Landtag und der Staatsregierung.

### Dokortitel kein Bestandteil des Namens mehr

Die Auffassung, daß der akademische Grad untrennbarer Bestand des Namens sei, war bis Kriegsende ein nahezu unbestrittenes Gebrauchsrecht. Der Bundesminister des Innern hat dieses alte Gewohnheitsrecht ausgeräumt, das Jahrzehnte hindurch von allen Behörden, einschließlich der bestimmt doch sehr korrekten Polizei-



behörden, als selbstverständlich gehandhabt wurde. Der Erlaß des Bundesministers des Innern lautet:

„Dem Verlangen der Paßbewerber, den akademischen Grad gemäß den mündlichen und schriftlichen Gepflogenheiten in die Spalte ‚Name‘ des Passes vor dem Familiennamen einzutragen, kann ich im Hinblick auf § 3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zur Ausführung des Paßgesetzes vom 15. August 1953 (Amtsblatt für Berlin, 2. Jahrgang Nr. 56 Seite 991) nicht entsprechen. Der akademische Grad ist kein Namensbestandteil und nicht mit Berufsbezeichnungen zu verwechseln. Auch in den Personenstandsbüchern und Urkunden werden die akademischen Grade mit der Berufsbezeichnung und nicht als Namensbestandteil aufgeführt.“

#### Abschaffung des Dokortitels in der Tschechoslowakei

Kürzlich wurde der Dokortitel in Prag abgeschafft. Bei 348 jungen Ärzten wurden zum ersten Male Promotionen nach den neuen Bestimmungen vorgenommen. An Stelle des Dokortitels, der nicht mehr verliehen wird, erhielten sie das Recht, hinter ihren Namen die Bezeichnung „promovierter Arzt“ zu setzen.

#### Krankenschein als „Gesundheitszeugnis“ im Sinne des § 278 des Strafgesetzbuches

Der alltägliche Umgang mit dem Kassenschein hat bei manchem Arzt das Bewußtsein über dessen Rechtscharakter weitgehend schwinden lassen. Wenn dazu noch eine mehr als laxer Auffassung ärztlicher Pflichten kommt, dann gerät der Arzt in ernstliche Gefahr eines Konfliktes mit dem Strafgesetzbuch, wie der nachfolgende Fall zeigt, in dem eine Ärztin wegen Verstoß gegen § 278 StGB vom Bundesgerichtshof zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurde.

#### § 278 StGB lautet:

„Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängnis von einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft.“

Der Tatbestand ergibt sich aus dem Wortlaut des Urteils, das der Bundesgerichtshof unter dem Aktenzeichen 2 StR 120/53 ergehen ließ und dessen Begründung wir in seinen wesentlichen Ausführungen hiermit zur Kenntnis bringen.

#### „Aus den Gründen:

Die Revision der Angeklagten Dr. H. rügt die Verletzung sachlichen Rechts. Sie hält zunächst die Anwendung des § 278 StGB nicht für bedenkenfrei.

Diese Strafvorschrift ist deswegen gegen die Angeklagte zur Anwendung gekommen, weil sie von der Mitangeklagten E. und ihrem Bruder in wenigstens 250 Fällen Krankenscheine entgegennahm und auf diesen auf Grund der ihr von den Überbringern gemachten Angaben Diagnosen vermerkte, ohne die angeblichen Patienten überhaupt jemals gesehen, geschweige denn untersucht zu haben. Die StrK hat hieraus gefolgert, daß die Angeklagte Dr. H. als Ärztin unrichtige Gesundheitszeugnisse im Sinne des § 278 StGB ausgestellt hat, weil Krankenscheine geeignet und gegebenenfalls dazu bestimmt seien, der Krankenkasse gegenüber den Nachweis für das Vorliegen einer bestimmten Krankheit zu führen. Die Angeklagte hat nach den Feststellungen auch wider besseres Wissen gehandelt. Sie hat, wie ausgeführt wird, nicht nur die Feststellung einer Erkrankung lediglich auf Grund von Angaben dritter Personen getroffen, sondern durch die Eintragung der Diagnose auch bezeugt, die betreffenden Patienten untersucht, wenigstens aber persönlich gesehen

zu haben, obwohl ihr diese tatsächlich niemals zu Gesicht gekommen waren.

Demgegenüber bringt die Revision vor, Krankenscheine seien keine ‚Gesundheitszeugnisse‘ im Sinne dieses Strafgesetzes. Sie seien vielmehr nur dazu bestimmt, dem internen Rechnungswesen zwischen Kassenarzt und der Kassenärztlichen Vereinigung als der Abrechnungsstelle zu dienen. Sie hätten nicht den Nachweis einer bestimmten Krankheit des Patienten zum Gegenstande. Sie würden auch honoriert, wenn eine Krankheit nicht festgestellt sei. Die Feststellungen der StrK seien unzureichend, um den Tatbestand eines Vergehens der Angeklagten gemäß § 278 StGB nach der äußeren und inneren Tatseite nachzuweisen.

Die RVO trifft in § 187 b die Bestimmung, daß für die Krankenhilfe der Versicherte einen Krankenschein zu lösen hat. Zur Krankenhilfe zählt nach der RVO insbesondere auch die Gewährung ärztlicher Behandlung und die Versorgung mit Arznei (§ 182 RVO). Die StrK stellt fest, daß der Angeklagten Dr. H. die Pflichten eines Kassenarztes wohl vertraut waren. Mithin muß ihr auch der gesetzliche Zweck des Krankenscheins bekannt gewesen sein. Daraus ergab sich für sie zugleich die Gewißheit, daß der Krankenschein als Voraussetzung für die Gewährung der Krankenhilfe zur Vorlage an die Ortskrankenkasse bestimmt war.

Es kann auf sich beruhen, ob die Krankenkasse der RVO eine Behörde ist. In der Entsch. des RG in RGSt 74, 268, 270 bleibt dies dahingestellt. Durch das Gesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiete der Sozialversicherung (SelbstverwaltungsG) i. d. F. v. 13. 8. 1952, BGBl I 427, ist sogar der Gedanke der genossenschaftlichen Selbsthilfe der Versicherten in der Sozialversicherung durch den Gesetzgeber jetzt wieder stärker betont worden. Danach sind die Krankenkassen Selbstverwaltungskörper und zugleich Versicherungsträger. Die Krankenversicherung der RVO ist so eine auf gesellschaftlicher (genossenschaftlicher) Grundlage geschaffene Einrichtung, bei der die Versicherten selbst an der Leitung der Kasse als ihres Versicherungsträgers beteiligt sind und bei der die eingehenden Beitragsleistungen nach versicherungstechnischen Grundsätzen verwaltet werden. Unter diesen Umständen hat die Krankenkasse der RVO jedenfalls als eine Versicherungsgesellschaft im Sinne der Strafbestimmung des § 278 StGB zu gelten, weil diese nicht auf die Fälle der Vorlegung von Gesundheitszeugnissen bei privaten Versicherungsgesellschaften beschränkt ist. Da der Angeklagten die tatsächlichen Verhältnisse des kassenärztlichen Dienstes nach den Feststellungen bekannt waren, hat sie also die Krankenscheine mit ihrer Weitergabe für die Ortskrankenkasse einer ‚Versicherungsgesellschaft‘ im Sinne des § 278 StGB vorgelegt.

Von der Revision wird zu Unrecht bezweifelt, daß die anforderungsgemäß in den Krankenscheinen niedergelegte ärztliche Beurteilung über die festgestellte Krankheit ein Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen ist. Denn damit wird der bei dem Patienten angetroffene Gesundheitszustand ärztlich bescheinigt. Mehr bedarf es nicht. In der Entsch. des RG in RGSt 74, 229 ist auch die Rechtspflicht zur Untersuchung für den Arzt, der den Krankenschein ausstellt, überzeugend dargelegt, wenn er auf diesem eine Diagnose vermerkt. Mithin ergeben sich auch aus diesem Grunde gegen die Beurteilung der Krankenscheine als unrichtige ärztliche Zeugnisse keine rechtlichen Bedenken.“

#### Unfallversicherung

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat der Ärztekammer Westfalen-Lippe



# Cefatropin

Tropf.-Tabl.-Amp.

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

schriftlich bestätigt, daß die in ärztlichen Organisationen (Kammer und KV) ehrenamtlich tätigen Ärzte (Delegiertenversammlungen, Vorstände, Ausschüsse, Kommissionen und Prüfungsausschüsse) innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg für ihre ehrenamtliche Tätigkeit den Versicherungsschutz der genannten Berufsgenossenschaft genießen.

Westfälisches Ärzteblatt Nr. 4 vom 15. 4. 1955

**Chirurgen warnen Motorradfahrer.** Auf eine Milliarde Fahrkilometer kommen bei der Bundesbahn 3, beim Autoverkehr 26 Verkehrstote. Bei den Motorradfahrern jedoch verunglückten auf der gleichen Streck 316 Menschen tödlich. Diese alarmierenden Zahlen ergeben sich aus genauen statistischen Untersuchungen, über die Dr. Hartmann, Heidelberg, am 13. 3. auf dem größten deutschen Chirurgen-Tag der Nachkriegszeit in München vor rund 3000 in- und ausländischen Teilnehmern berichtete. Als Beförderungsmittel auf dem Weg zur Arbeitsstätte benutzen Angestellte und Vorarbeiter das Motorrad und machen damit 60% aller Motorradfahrer aus. 67% der verunglückten Motorradfahrer sind im Alter zwischen 16 und 30 Jahren und stehen erst am Anfang ihres Versicherungsschutzes. Rund 56 000 DM kostet jeder tödliche Unfall die Versicherung und die Allgemeinheit. Bei je 1000 Unfällen mußten die Ärzte nicht weniger als durchschnittlich 2750 einzelne Verletzungen, wie Knochenbrüche usw., behandeln.

„Die Welt“ vom 15. 4. 1955 (APR).

#### Frischzellenmaterial für die Zellular-Therapie

Ärzte, die sich für Zellular-Therapie interessieren, haben die Möglichkeit, in München das erforderliche Frischzellenmaterial zu erhalten, um damit ihre Patienten selbst zu behandeln. Die tierärztlichen sowie bakteriologisch-serologischen Untersuchungen erfolgen im Tierärzdebüro München bzw. im Tierhygienischen Institut der Universität München.

Außer den anfallenden Unkosten werden keine Gebühren berechnet. Einwöchige Voranmeldung ist erforderlich. Nähere Auskunft Samstags 10 bis 11 Uhr unter Tutzing 423 (Sekretariat).

#### Stellungnahme zur Irisdiagnose

Der Direktor der Univ.-Augenklinik in Erlangen, Prof. Dr. Eugen Schreck, nimmt im Südwestdeutschen Ärzteblatt zur „Klinischen Prüfung der Organ- und Krankheitszeichen in der Iris“ Stellung. Nach einer eingehenden Kritik an der bekannten Veröffentlichung von Dr. Ernst Volhard verweist Prof. Schreck darauf, daß „der sonst so außerordentlich vorsichtig formulierende Geheimrat Axenfeld“ das harte Wort sprach: „Die maßgebende Augenheilkunde hat mit diesem Narrenspiel nichts zu tun.“ Schreck betont, daß das Bedauern der Ärzteschaft über Volhard, seine für die Patienten und für den ärztlichen Stand gleichermaßen folgenschwere Entgleisung allgemein und tiefgreifend ist.

#### Röntgen-Reihenuntersuchungen

In der Vollversammlung der Ärztekammer Hamburg wurde am 14. Februar 1955 ausführlich über den Auftrag der Bürgerschaft an den Senat diskutiert, einen Gesetzentwurf zur Untersuchung der Bevölkerung auf Vorliegen einer Lungentuberkulose auszuarbeiten. Als Vertreter des „Aktionsausschusses Gesundheitsschutz und Gesundheitsfürsorge“ referierte Dr. S e w e r i n g über den Wert von Röntgen-Reihenuntersuchungen und die mit dieser Methode in einigen Ländern der Bundesrepublik gemachten Erfahrungen. Er sprach sich abschließend gegen einen Untersuchungszwang aus und erklärte, daß der Aufwand das zu erwartende Ergebnis nicht lohnen werde. Der Präsident der Gesundheitsbehörde in Hamburg, Dr. Glaser, wies darauf hin, daß die Reihenuntersuchungen der Bevölkerung zum Schutze gegen die Tuberkulose neben einer frühzeitigen Therapie für die Erkrankten volkswirtschaftliche Ersparnisse mit sich bringe. Dr. Thieding u. a. begründeten ihre Auffassung, daß eine bereits im Schulalter beginnende umfassende Aufklärung der Bevölkerung bessere Ergebnisse zeitigen werde als die Durchführung von Reihenuntersuchungen etwa nach dem Schirmbildverfahren. Nachdem auch Dr. Witten sich

gleichfalls energisch gegen Zwangsmaßnahmen ausgesprochen hatte, wurde folgende Entschließung angenommen.

#### Entschließung

zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutze der Bevölkerung gegen die Tuberkulose

Die Statistik zeigt, daß die Sterblichkeit der Bevölkerung an Tuberkulose auf einen niedrigen Stand abgesunken ist und daß auch bei der Zahl der Neuerkrankungen ein ständiger Rückgang verzeichnet wird. Dieser günstige Stand wurde erreicht, ohne daß es bisher nötig war, Zwangsmaßnahmen zu ergreifen. Die Hamburger Ärzteschaft hält deshalb auch für die weiteren Maßnahmen jeden Zwang für überflüssig, ja schädlich. Sie befindet sich dabei in Übereinstimmung mit der großen Mehrheit der Mitgliederstaaten der Internationalen Union zur Bekämpfung der Tuberkulose, die auf ihrer Konferenz im September 1954 Zwangsmaßnahmen gleichfalls ablehnte.

Die Ergebnisse bisher durchgeführter Röntgen-Reihenuntersuchungen mittels Schirmbild sind durch andere Maßnahmen mindestens zu erreichen, wahrscheinlich aber zu überbieten. Die Ärztekammer Hamburg schlägt deshalb folgendes vor:

1. Alle Angehörigen gefährdender Personengruppen (Nahrungsmittel-, Genußmittel-Industrie usw.) werden durch Gesetz verpflichtet, der Gesundheitsbehörde ein Zeugnis darüber vorzulegen, daß sie nicht an Tuberkulose erkrankt sind. Es ist den betroffenen Personen freigestellt, sich bei völlig freier Arztwahl durch einen praktizierenden Arzt untersuchen zu lassen oder die Einrichtungen der Gesundheitsämter in Anspruch zu nehmen.
2. Gesundheitsbehörde und Ärztekammer arbeiten gemeinsam ein Merkblatt für die Ärzte aus, um diese anzuhalten, bei den von ihnen betreuten Familien noch mehr als bislang auf Symptome der Tuberkulose zu achten.
3. Es wird jährlich eine Aufklärungsaktion in der Bevölkerung durchgeführt, um jeden Bürger auch von sich aus anzuhalten, den Arzt aufzusuchen, wenn er krankheitsverdächtige Zeichen an sich bemerkt.
4. Der Gesundheitsbehörde wird empfohlen, Maßnahmen einzuleiten, um für die Familien von Kranken mit offener Lungentuberkulose hygienisch einwandfreie Wohnungen bereitzustellen.
5. Der Senat soll darauf drängen, daß die Sanierung der Rinderbestände in den Ländern, die Milch und Molkereiprodukte nach Hamburg liefern, beschleunigt wird. Die Überwachung der Molkereien ist zu verschärfen.
6. Die Propagierung der BCG-Schutzimpfung ist zu verstärken.
7. Als vordringliche Probleme sind Möglichkeiten zu entwickeln, die garantieren, daß Kranke mit ansteckender Tuberkulose von Massenansammlungen der Bevölkerung ferngehalten werden.
8. Zur Durchführung der sich aus diesen Vorschlägen ergebenden Maßnahmen ist eine Arbeitsgemeinschaft zwischen der Gesundheitsbehörde und der Vertretung der Hamburger Ärzteschaft zu bilden.

#### Kropfprophylaxe

Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat an die Regierung von Schwaben nachfolgendes Schreiben gerichtet: „Aus o. a. Bericht ist zu ersehen, daß das Kropfvorkommen in den bisher kropfhäufigsten Gegenden Kempten, Füssen, Sonthofen ein sehr hohes ist und teilweise über 90% der 9—13jährigen Mädchen erreicht. Sogar an Säuglingen wurde in einigen Bezirken eine Verkropfung von 17% festgestellt. Auch sind Entwicklungshemmungen bekannt geworden, die auf einer Unterfunktion der Schilddrüse beruhen können. Es wird erwähnt, daß das seltene Vorkommen von ausgesprochenem Kretinismus möglicherweise darauf beruht, daß echte Kretins nicht schulfähig sind und daher bei den Schuluntersuchungen, auf die sich der Bericht in erster Linie stützt, nicht erfaßt werden konnten. Außerdem wird festgestellt, daß in der Zeit von 1924 bis 1932, in der Kropfprophylaxe mit Vollsatz betrieben wurde, die Verkropfung geringer war, bis 1939 ein langsames Ansteigen und zuletzt ein rapides Zunehmen zu verzeichnen

ist. An der vermehrten Zunahme nach dem Kriege haben Flüchtlingskinder nur einen geringen Anteil.

Der Bericht zeigt, daß die Verkropfung parallel zum Anstieg des Vollsalzverbrauches abnahm und ohne Vollsalzprophylaxe stark zunahm.

Eine im Anschluß an den Bericht ergangene Anfrage an das Land Baden-Württemberg ergab ebenfalls, daß die dort in besonders kropfgefährdeten Gegenden durchgeführte Kropfprophylaxe wesentliche Erfolge erzielte.

Es wird daher ersucht, die Gesundheitsämter und Schulärzte zu verständigen, daß diese Schüler mit Abartigkeiten der Schilddrüse über die Mitteilungen an die Eltern in hausärztliche Überwachung überweisen.

Es muß den in der freien Praxis tätigen Ärzten überlassen bleiben, ob und in welcher Form sie eine Behandlung bei den überwiesenen Kindern für notwendig erachten. Es wird unmaßgeblich empfohlen, eine Therapie mit Vollsalz durchzuführen, da diese Art der Behandlung die schonendste und für leichte Fälle sicherste ist.

I. A. gez. Dr. Schmelz, Ministerialrat

### Neue Bevormundung von Patienten und Ärzten?

Bonn (ÄPI) — Wie verlautet, wird sich das Bundeskabinett in einer seiner nächsten Sitzungen erneut mit dem vom Bundesinnenministerium vorgelegten „Gesetzesentwurf über die Fürsorge für Körperbehinderte“ beschäftigen. Gegen die bisher bekanntgewordenen Bestimmungen dieses Gesetzesentwurfes bestehen innerhalb der deutschen Ärzteschaft große Bedenken.

Insbesondere richten sich diese Bedenken gegen eine geplante umfassende Meldepflicht, wie sie bisher nur bei Seuchenerkrankungen üblich war. Auch die in diesem Zusammenhange gemachten außerordentlich hohen Zahlen an Körperbehinderten in der Bundesrepublik rechtfertigen eine derartige Meldepflicht nicht, da es sich zum Teil um sehr geringfügige Fehlformen und Fehlfunktionen handelt und es glücklicherweise nicht viele echte Krüppelfälle gibt, die besonderer fürsorglicher Maßnahmen bedürfen, weil die überwiegende Mehrzahl ohnehin im Rahmen der Sozialversicherung und des Bundesversorgungsgesetzes betreut wird.

Ebenso wie gegen die amtliche Bevormundung der Körperbehinderten wendet sich die Ärzteschaft gegen die Absichten, den praktizierenden Ärzten vorzuschreiben, daß sie sich des von den amtlichen Beratungsstellen vorzuschlagenden Heilplanes zu bedienen oder einen eigenen Heilplan nur im Benehmen mit den Beratungsstellen durchzuführen haben. Eine derartige Bevormundung von Arzt und Patient ist unvereinbar mit dem Persönlichkeitsrecht des Patienten wie mit dem Berufsbilde des Arztes in der Gesellschaft freier Menschen.

### Die Nöte der Privatkrankeanstalten

Auf einer Tagung der Privatkrankeanstalten in Garmisch-Partenkirchen wurde gefordert, daß die Privatkrankeanstalten in der Besteuerung und bei Zuschüssen den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern gleichgestellt werden müßten. Nur dann könnten sie als gemeinnützige Privatkrankeanstalten durchgehalten werden. Während den Anstalten des öffentlichen Rechts durch gemeindliche und staatliche Zuschüsse geholfen werde, das augenblickliche Jahresdefizit pro Bett von 1500 bis 2000 Mark auszugleichen, seien die Privatkrankeanstalten auf sich allein gestellt. Dr. Breidenbach wies darauf hin, daß Bayern mit 35 Prozent den stärksten Anteil an der Gesamtbettenzahl der Privatkrankeanstalten des Bundesgebietes habe. Er trat für eine staatliche Unterstützung ein. Dr. Soemning schilderte die Bemühungen des Landtags, den Privatkrankeanstalten mehr unter die Arme zu greifen. Ein

Sanierungsplan solle helfen, Mittel bereitzustellen und wirkliche Notstände zu bessern.

### Eine Lanze für die privaten Krankenanstalten!

Gefahr der Sozialisierung des Krankenhauswesens.

Von Dr. Rudolf Soemning, MdL, Vorsitzender des Bayer. Landesgesundheitsrates

Die Städte und Landkreise sind verpflichtet, Krankenhäuser in ihrem Raum zu unterhalten. Daneben besteht jedoch noch die stationäre Krankenversorgung, die privater und caritativer Initiative entspringt. Ihrer Leistung verdankt die Bundesrepublik rund 35% aller Krankbetten, davon 25 000 Betten in Privatkliniken und Sanatorien. Letztere beherbergen u. a. die begehrten Auslandspatienten, die immerhin 12 Mill. DM in Devisen jährlich einbringen.

Die Not der privaten Krankenanstalten führte zur Gründung eines Zweckverbandes, der seine 5. Tagung in der Nachkriegszeit in Garmisch veranstaltete und einen Hilferuf aussandte, der einfach nicht überhört werden darf. Die Ursachen dieser unerfreulichen Entwicklung sind selbstverständlich auch kriegsbedingt. Dazu kommen die zu niedrigen Verpflegsätze für die Krankenkassenpatienten und erhebliche Belastungen durch Steuern und Lastenausgleich. Einige Länder zweigten zwar Zuschüsse ab, aber sie reichten nirgends aus, weil sie nur ein Tropfen auf den heißen Stein waren. Die jetzige bayerische Regierung hat sogar die Million Mark für den Krankenhausholbedarf gestrichen, die bisher teilweise auch den notleidenden privaten Anstalten zugute kamen.

3000.— DM je Bett sind notwendig, um nur die Häuser wenigstens einigermaßen zeitgerechten Ansprüchen anzupassen. Die Geld- und Materialknappheit in der Zeit nach 1945 und der Währungsreform trieb die Verschuldung durchschnittlich je Bett und Jahr auf DM 1000.—. Jeder Kassenpatient erfordert ca. 3.— DM Zuschuß am Tag. Früher machten die Privatpatienten, die aus eigener Tasche ihre Krankenkosten zahlten, 40%, jetzt nur noch 10% aus. Jedes Bett ist täglich schon mit mehr als DM 2.— Schuldzins und Steuern vorbelastet. Staatliche Hilfen, wie Marshall-Plan, ERP, Lastenausgleich usw., wurden ihnen versagt. Kein Wunder also, daß seit dem Zusammenbruch 40% aller Privatanstalten mit erheblichem Verlust arbeiten und die Substanz schon um 13% geschwunden ist.

Wer die Entwicklung offenen Auges sieht, erkennt die drohende Gefahr des fast völligen Verschwindens der privaten Krankenhäuser und Sanatorien. Dabei sind sie genau so gemalinnützig anzusprechen wie die staatlichen und kommunalen Häuser, betreuen sie doch auch vorwiegend Sozialversicherte, Fürsorgepatienten und Niedrigstzahler.

Es erhebt sich die Frage, ob die Sozialisierung der Krankenhäuser eine totale werden soll. Jetzt können sich die Privateinrichtungen schon nicht mehr aus eigener Kraft helfen und sanieren. Die Öffentlichkeit kann doch nicht einfach auf 25 000 Krankbetten verzichten. Der Durchschnittsatz an Betten ist ja kaum irgendwo erreicht. Die Staat müßte bei deren Ausfall Ersatz schaffen, der viel mehr Geld verschlingt. Es bedeutet jedoch auch ein Politikum, wenn man die Häuser gar kalt oder warm sozialisiert. Gerade die unentbehrliche Privatinitiative, die individuelle Behandlung und das ideale Vertrauensverhältnis von Arzt und Patienten im überschaubaren Raum der kleinen Klinik zwingen zu einem leistungsfähigen Eintreten für die Privatanstalten. Oder ist es nicht so, daß in den großen Krankenhäusern öfters der Chef und Oberarzt ganz spärlich nur persönlich zur Behandlung für die Kranken mehr zur Verfügung stehen, da sie mehr verwalten und leisten und sich ihren Privatpatienten

85 JAHRE



HELFENBERGER  
HEILMITTEL



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

**Normalisierung des gestörten  
Säure-Basenhaushaltes**

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

*Ausführliche Literatur und Muster auf Wunsch!*

widmen müssen, wollen sie entsprechend ihrem Können leben? Sie sind einfach gezwungen, in die Behandlung Hilfsärzte einzuschalten, die eigentlich noch in der Ausbildung stehen. Sollen die fertigen Könner bei einer evtl. Sozialisierung draußen vor der Türe sitzen, während sie in Privatanstalten ihre Patienten selbst weiterbehandeln könnten? Die Fachärzte müssen dann verkümmern, wenn sie keine Gelegenheit mehr haben, ihre Kenntnisse und Erfahrung klinisch zu verwerten.

Wie kann hier geholfen werden? Die Privatanstalten beanspruchen mit Recht die Gleichstellung mit den öffentlich-rechtlichen und freien gemeinnützigen Häusern. Die Stätten individueller Behandlung auch für Minderbemittelte zu erhalten, ist ein geistiges und politisches Erfordernis, soll nicht der Grundsatz der caritativen und privaten Krankenversorgung aussterben. So gesehen, ist Garmisch ein Ruf in die Zeit und ein Menetekel an die Verantwortlichen für die Volksgesundheit.

### Die Rücklage der Krankenkassen

gpk. Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Ableitung Krankenversicherung der zuständigen Landesversicherungsanstalt eine Gemeinschaftsrücklage in Höhe einer Zweimonatsausgabe zu hinterlegen. Diese Rücklage kann aber erst dann in Anspruch genommen werden, wenn die Krankenkasse alle Mehrleistungen — zu denen Zuschläge zum Krankengeld für Verheiratete, Zuschüsse zu größeren Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhauspflege für Familienangehörige u. a. m. gehören — abgebaut hat. Da eine Krankenkasse sich einen solchen Tiefstand in der Leistungsgewährung nicht erlauben kann, wird sie in der Regel die Rücklage nicht in Anspruch nehmen können, sondern die Beiträge erhöhen müssen. Die Gemeinschaftsrücklage — die übrigens wenig für Zwecke der Krankenversicherung Verwendung findet, sondern teilweise in Wertpapieren angelegt wird — ist deshalb für die Krankenkassen totes Kapital; es sollte besser der Krankenversicherung dienstbar gemacht werden.

### Ausschuß für Fragen der Krankheitsbekämpfung

Bonn (ÄPI) — Im Rahmen der Arbeiten für die Gesamtsozialreform ist, wie das Bundesarbeitsministerium mittelt, ein „Ausschuß für Fragen der Krankheitsbekämpfung“ einberufen worden, der sich auch mit Fragen der Krankenversicherung zu beschäftigen haben wird. Der Ausschuß hat am 9. Mai erstmalig getagt und zu seinem Vorsitzenden den Präsidenten des Sozialgerichtes, Dr. Horst Peters, zum stellvertretenden Vorsitzenden Ministerialrat a. D. Prof. Dr. Dr. Michael Bauer gewählt.

Der Arbeitsausschuß sieht seine Aufgabe darin, alle Fragen zu behandeln, die sich aus der Krankheitsverhütung, der Krankheitsbekämpfung und der Krankheitsnachfürsorge ergeben, soweit es sich um soziale und nicht um gesundheitspolizeiliche Leistungen handelt.

### „Kühner Plan, der einer Diskussion wert ist“

gpk. Unter diesem Stichwort wird zur Zeit der Plan eines Heidelberger Arztes publiziert, nach dem die Krankenversicherungsbeiträge als Einlage an bankmäßig arbeitende Sparkassen abgeführt werden sollen, die für jedes Mitglied ein Konto einrichten. Der Patient soll den Arzt mit Scheck honorieren, der von dieser Krankensparkasse eingelöst wird. Auch Arznei und Krankenhaus sollen mit diesen Schecks bezahlt werden. Nur bei besonders langwierigen Krankheitsfällen soll der Staat einspringen und die Krankenhauskosten übernehmen. Die Krankensparkasse soll mit einem Teil der eingezahlten Gelder bankmäßig arbeiten und eine Verzinsung der Beiträge ermöglichen.

Mitglieder, die ihr Konto längere Zeit hindurch nur in geringem Umfange oder überhaupt nicht in Anspruch genommen haben, sollen für sich und ihre Familien einen Erholungsurlaub zu Lasten ihres Sparkontos beantragen können.

Der Vorschlag, Krankensparkassen an Stelle von Krankenkassen einzurichten, ist nicht neu. Er ist seit 30 Jahren mehrfach gemacht und stets als undurchführbar befunden worden. Die Sozialversicherung schließt größere Gruppen zu einer Gefahrengemeinschaft zusammen und bietet damit Schutz für alle Krankheitsfälle und Altersklassen. Die Krankensparkasse kennt keinen Risikoausgleich. Solange der Mensch gesund ist und von Schicksalsschlägen infolge Krankheit oder Erwerbslosigkeit verschont bleibt, mag die Rechnung aufgehen. Aber was wird dann, wenn Schicksal oder Alter die Voraussetzungen für die Auffüllung des Krankensparkontos nicht mehr bieten? Wenn ferner die Verzinsung der Spargelder dadurch ermöglicht werden soll, daß die Krankensparkassen mit den Sparsummen bankmäßig arbeiten, muß zunächst bezweifelt werden, daß ohne wesentliche Beitragserhöhung überhaupt Gelder zum Ankauf von Effekten oder sonstigen Beteiligungen an der Wirtschaft zur Verfügung stehen, und außerdem ergibt sich die Frage, wer kommt für die Guthaben der Krankenspareinlagen auf, wenn die Spekulation Einbußen bringt oder gar die Sparbank ihre Schalter schließen muß. Diese Einwände ließen sich durch weitere ergänzen. Es soll hier aber nur noch auf eine in diesem Zusammenhang sehr aufschlußreiche Untersuchung hingewiesen werden, um Last und Gefahr des Einzelrisikos vor Augen zu führen. Durch diese Untersuchung, die von einer kalifornischen Universität durchgeführt wurde, wurde bekannt, welche Ausgaben den kalifornischen Arbeiterfamilien bei Krankheit und für Zahnbehandlung erwachsen. Danach hätte bei 30 v. H. der Arbeiter das Krankensparkonto nicht gereicht, sie hätten Schulden machen oder auf Arzt und Zahnarzt verzichten müssen. Weitere 30 v. H. hätten froh sein müssen, daß sie ohne Schulden durchkamen, und nur der Rest hätte mit einem Überschuß rechnen können. Einzelne Arbeiterfamilien mußten mehr als die Hälfte ihres Einkommens für Arzt und Zahnarzt aufwenden. 45 v. H. aller untersuchten Familien mußten ihr Sparkonto abheben, Wertsachen verkaufen oder Schulden machen, um Arztrechnungen usw. bezahlen zu können.

Kühne Pläne sind nur dann einer Diskussion wert, wenn sie die Aussicht auf Verwirklichung bieten.

### Mangel an Schwesternnachwuchs

Aus Mangel an Nachwuchs hat die Stuttgarter evangelische Diakonissenanstalt nach den Krankenhäusern in Plochingen und Ulm auch das Krankenhaus Göppingen aufgeben müssen. Die noch zur Verfügung stehenden Schwestern sollen vor allem in Alters- und Pflegeheimen sowie in der Krüppel- und Schwachsinnigenfürsorge eingesetzt werden. Auf diesen Gebieten ist Pflegepersonal noch ungleich schwerer zu finden als für Krankenhäuser.

### Schwesternmangel auch in der Schweiz

Schwesternmangel ist auch in der Schweiz zu einem dringenden Problem geworden. Wie eine Züricher Untersuchungskommission kürzlich feststellte, könnte durch ihn der gesamte Gesundheitsdienst in Frage gestellt werden. Angeblich können viele Krankenbetten in den Kliniken wegen Mangel an Pflegepersonal nicht benützt werden.

Im Züricher Kantonsspital ist jede fünfte Krankenschwester eine Ausländerin, im gesamtschweizerischen Durchschnitt jede dritte. Dem Zug der allgemeinen Entwicklung folgend, ergreifen die Frauen lieber leichtere

O. P. mit 30 Kapseln

Altersbeschwerden

Arteriosklerose

Gerobion

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

und einträglichere Beschäftigungen als den schweren Beruf einer Krankenschwester. Auch in der Schweiz muß die Schwester immer noch 54 bis 60 Stunden in der Woche arbeiten.

Die meisten ausländischen Krankenschwestern in der Schweiz sind deutsche Staatsangehörige. Da aber auch Deutschland unter Schwesternmangel zu leiden hat, dürften sich die Aussichten für die Schweiz, genügend Nachwuchs zu erhalten, immer mehr verschlechtern.

#### W Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte in den USA

Amtlich wurde mitgeteilt:

In Zusammenarbeit mit dem American College of Surgeons hat die Foreign Operations Administration (FOA) ein Programm entwickelt, das etwa 100 europäischen Ärzten die Möglichkeit bieten soll, sich an Universitäten und Krankenhäusern in den USA fachlich weiterzubilden. Die Aufenthaltskosten werden von der FOA getragen. Bewerber, die außer guten englischen Sprachkenntnissen bestimmte Spezialkenntnisse und -erfahrungen besitzen müssen, werden von einem demnächst zu bildenden Ausschuss ausgewählt und dann dem Pariser Büro des American College of Surgeons vorgeschlagen. Näheres über die zu erfüllenden Bedingungen und die Durchführung des Studienprogramms wird in der medizinischen Fachpresse bekanntgegeben.

#### Bundesverband der freien Berufe

Auf der am 7. Mai 1955 in Hamburg durchgeführten diesjährigen Jahreshauptversammlung des Bundesverbandes der freien Berufe wurden einstimmig nachstehende Entschlüsse gefaßt.

Die freien Berufe stellen mit Befriedigung fest, wie sich in der Öffentlichkeit zunehmend die Erkenntnis durchsetzt, daß der geistigen Arbeit endlich wieder eine Bewertung zuteil werden muß, die ihrer Bedeutung als Trägerin des menschlichen Fortschritts und Bewahrerin der Kultur zukommt. Sie erwarten, daß dieser Phase des Erkennens eine Zeit der tatsächlichen und rechtlichen Anerkennung ihrer Lage durch Regierung und Parlamente im Bund und in den Ländern folgt.

#### Gegen den Wettbewerb der öffentlichen Hand

Mit steigender Sorge betrachtet der Bundesverband der freien Berufe den fortschreitenden Wettbewerb der öffentlichen Hand auf fast allen Arbeitsgebieten der freien Berufe. In Ländern, Gemeinden und Gemeindeverbänden ist mehr und mehr das Bestreben der Verwaltungen zu beobachten, durch Schaffung und Bewilligung neuer Beamten- oder beamtenähnlicher Stellen Aufgabengebiete, die bisher ausschließlich oder wenigstens gleichberechtigt den freien Berufen überlassen waren, in eigene Regale zu nehmen. Dies geschieht, obgleich keinerlei Bedürfnis der Allgemeinheit hierfür gegeben ist, der Wettbewerb der öffentlichen Hand im Gegenteil dem öffentlichen Interesse vielfach geradezu widerspricht.

Der Bundesverband der freien Berufe richtet an die verantwortlichen Stellen in Bund, Ländern, Gemeinden und Gemeindeverbänden den eindringlichen Appell, sich der notwendigen Beschränkung eigener privatwirtschaftlicher Betätigung der öffentlichen Hand bewußt zu werden. Ein Staat, der die Grenzen seiner staatlichen Verwaltungsaufgaben nicht respektiert und sich entweder selbst auf das Gebiet freiberuflicher oder gewerblicher Tätigkeit begibt oder aber die Betätigung seiner Bediensteten auf diesen Gebieten duldet und fördert, verändert einschneidend die Struktur der arbeitsteiligen Wirtschaft und hemmt das unabhängige, selbstverantwortliche geistige Schaffen, statt es zu fördern.

#### Steuergerechtigkeit für die freien Berufe

Die Steuerneuordnung des Jahres 1954 hat viele Wünsche der freien Berufe nach Steuergleichheit und Steuergerechtigkeit offengelassen. Hierzu gehört u. a. die wesentliche Forderung nach Abschaffung der Umsatzsteuer für die freie geistige Leistung. Diese Steuer widerspricht dem Wesen der geistigen Leistung und wirkt sich überdies in der Regel als Zuschlag zur Einkommensteuer aus. Die freien Berufe erwarten, daß die Bundesregierung bei der vom Bundestag geforderten Neuordnung des Umsatzsteuerrechts gerade dieses Anliegen verwirklicht und damit der Eigenart des freiberuflichen Schaffens und dem Unterschied dieses Schaffens zu gewerblichen Lieferungen und Leistungen Rechnung trägt.

#### Preisausschreiben der Robert-Roesler-de-Villiers-Stiftung

Die Robert-Roesler-de-Villiers-Stiftung veranstaltet ihr drittes Preisausschreiben. Sie stellt 5000 Dollar bereit für eine Vorbeugungsmaßnahme, ein Heilmittel oder Bekämpfungsmittel der Leukämie und verwandter Krankheiten, weitere 1500 Dollar oder 1000 Dollar für einen bedeutenden Beitrag von praktischem oder theoretischem Wert. Einsendungen bis zum 20. 10. 1955. Weitere Auskünfte durch die Geschäftsstelle der Robert-Roesler-de-Villiers-Foundation, Inc., 1172 Park Avenue, New York 28, N. Y.

#### Praxisvertreter

Wie die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern mitteilt, bestehen Stellen- und Vertreter-Vermittlungen z. Z. bei: Verband der Angestellten-Ärzte — Marburger Bund —, Köln, Verband der Ärzte Deutschlands — Hartmannbund —, Frankfurt a. M., Zentralstelle für Arbeitsvermittlung und Vermittlungsausgleich, Frankfurt a/M., Eschersheimer Landstraße 1—7.

#### Mitteilungen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

##### Kraftfahrervereinigung deutscher Ärzte (KVDA)

Die im Jahre 1907 gegründete Kraftfahrervereinigung deutscher Ärzte ist nunmehr wieder ins Leben gerufen worden und hat bereits eine Mitgliederzahl von 4000 erreicht. Die Geschäftsstelle des KVDA ist seit 1. 5. 1955 nunmehr im Ärztehaus, München 23, Königinstraße 85, eingerichtet. Das Ziel der Vereinigung ist, die Interessen der kraftfahrenden Ärzteschaft zu vertreten. Der Jahresbeitrag beträgt DM 12.—, Aufnahmegebühr DM 3.—, Auslandsdienst zusätzlich DM 9.—, Wagenplakette DM 9.50, Wimpel DM 6.50. Die Vereinigung gewährt folgende Vergünstigungen:

1. Sämtliche Grenzdokumente zu ermäßigten Preisen wie bei den autorisierten Automobilklubs durch eigene von Kollegen betreute Triptykausgabestellen ohne Wartezeit. Touristische Beratung und Reise-routenzusammenstellung. (Triptykausgabestelle München 23, Königinstraße 85/0, Hartmannbund.)
2. Auslandsdienst (A.H.D.), mit
  - a) Rücktransport schadhafter Kraftfahrzeuge aus dem europäischen Ausland;
  - b) Übernahme des Zollrisikos bei Diebstahl des Kraftfahrzeugs;
  - c) Pannenkredit bis DM 500.— in Devisen.
 Auslandsdienst ist mit Aussteltung der Grenzdokumente durch die KVDA gekoppelt und erst mit diesen zusammen zu beantragen.
3. Mitarbeit als Mitglied der INTERNATIONAL UNION OF ASSOCIATIONS OF DOCTORS-MOTORISTS (IUADM), kollegialer Hilfsdienst in bis jetzt acht



# Spasmo-Kranit

Tabl.  
-Suppl.

Visceral-Antispasmodicum  
Spasmen und Koliken an den  
glattemuskuligen Bauchorganen  
KREWEL-WERKE, Elberf. b. Köln

europäischen Staaten, Ausstellung der INTERNATIONAL IDENTITY CARD und Berechtigung zum Führen der IJADM-Plakette.

4. Den Internationalen Camping-Ausweis der FEDERATION INTERNATIONALE DE CAMPING ET DE CARAVANNING zum Mitgliederpreis von DM 1.— (Paßfoto erforderlich).
5. Monatliche Lieferung der KVDA-Mitteilungen kostenlos.
6. Pflege des sportlichen Geistes und der Geselligkeit durch Wertungsfahrten und ähnliche Veranstaltungen.
7. Diskussionsabende, Vorträge fachlicher und unterhaltender Art, Besichtigungen und Führungen verschiedenen Charakters.
8. Nachhaltige Wahrnehmung der Interessen der Mitglieder gegenüber den Behörden und anderen Körperschaften.
9. Allgemeine Betreuung und Beratung in allen technischen, wirtschaftlichen und steuerrechtlichen Fragen.
10. KVDA-Versicherungsabteilung mit kollegialer Aufsicht und Beratung, ermäßigte Rechtsschutzversicherung.
11. Sämtliches Kartenmaterial des In- und Auslandes.
12. Die nummerierte KVDA-Plakette, den KVDA-Wimpel, das KVDA-Abziehbild und die KVDA-Anstecknadel.

Das Bundesgebiet ist in 14 Gaue eingeteilt, deren Mitglieder eine Gemeinschaft bilden und sich nach Bedarf in Kreisgruppen unterteilen. An der Spitze dieser Gaue stehen Kollegen, teilweise schon erprobt aus früherer Zeit, die uneigennützig bestrebt sind, den alten bewährten Kameradschaftsgeist der KVDA wieder zu neuer Blüte zu bringen.

Dr. Remy

Dr. Dr. v. Gugel

#### Autoruffunk für Ärzte

Die Bundespost ist bereit, eine Autoruffunk-Anlage für Ärzte einzurichten. Die Einrichtung wird etwa DM 200.— kosten und gibt die Möglichkeit, den Arzt in seinem Wagen telefonisch zu erreichen. Dabei blinkt eine Lampe im Wagen auf und der Arzt muß sich über die nächste Fernsprechkollegenschaft melden. Falls sich in Bayern mindestens 200 Kollegen für diesen Autoruffunk interessieren, würde das fernmeldetechnische Zentralamt in Darmstadt die entsprechenden Anlagen einrichten. Dazu müßte eine Sendestation auf dem Wendelstein, möglicherweise auch auf der Zugspitze, errichtet werden. In Hamburg wird der Autofunkdienst noch in diesem Jahr in Betrieb genommen. Wir bitten Interessenten, sich beim KVDA, München 23, Königinstr. 85 (Hartmannbund), zu melden.

Dr. Remy

Dr. Dr. v. Gugel

#### Erstattung der herabgesetzten Kraftfahrzeugsteuer nur auf Antrag

Nach dem am 7. 5. 1955 in Kraft getretenen Verkehrsfinanzierungsgesetz kann die Steuer bei Personenkraftwagen und Motorrädern nur noch jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich entrichtet werden. Änderungen des Besteuerungszeitraumes sind nur zulässig, wenn die Änderung spätestens einen Monat vor Beginn der Gültigkeitsdauer der neuen Steuerkarte beantragt wird.

Ergibt sich nach dem Verkehrsfinanzgesetz eine niedrigere Steuer als die bisher zu entrichtende Steuer, so können Erstattungen nur auf Antrag gegen Vorlage der Steuerkarte für die Zeit nach dem 6. 7. 1955 entfallende volle Monate ausgesprochen werden. Demgemäß kann für Steuerkarten, die vor dem Inkrafttreten des Verkehrsfinanzgesetzes (vor dem 7. 5. 1955) für die Dauer eines Vierteljahres oder einen kürzeren Zeitraum ausgestellt sind, eine Erstattung nicht beantragt werden. Eine Erstattung kommt vielmehr nur in Betracht für diejenigen vor dem 7. 5. 1955 mit einem längeren als vierteljährlichen Besteuerungszeitraum ausgestellten Steuerkarten, deren Gültigkeitsdauer nach dem 5. 8. 1955 endet. Der Erstattungsanspruch muß bis spätestens 31. 12. 1956 geltend gemacht werden.

Cordes, Vechta

#### Die Höhe der Abschreibung im Anschaffungsjahr

Die Länderfinanzminister haben sich hinsichtlich der Absetzung für Abnutzung (AfA) dahin geeinigt, daß bei der Berechnung des AfA-Betrages im Jahr der

Anschaffung oder Herstellung für die Gesamtheit der im Laufe eines Wirtschaftsjahres neu zugegangenen Wirtschaftsgüter des beweglichen Anlagevermögens die Hälfte des AfA-Betrages abgesetzt wird, der später für ein ganzes Jahr zur Anwendung kommt. Diese Vereinfachungsregelung wird auch für die degressive Absetzungsmethode — bei der der Abschreibungsprozentsatz vom jeweiligen Restwert für die Zeit der Nutzung gleichbleibt — gelten.

Bisher gab es auf diesem Gebiet keine einheitliche Regelung. Teils würde bei der Berechnung des AfA-Satzes für das Jahr der Anschaffung von dem AfA-Satz ausgegangen, der sich nach mathematischer Berechnung für den Rest des Jahres ergab. Teils wurden auch die im ersten Halbjahr angeschafften Wirtschaftsgüter als zu Beginn des Wirtschaftsjahres und die im zweiten Halbjahr angeschafften Wirtschaftsgüter als zu Beginn dieses Halbjahres angeschafft behandelt und demzufolge im ersten Fall der volle Abschreibungsatz, im zweiten Fall die Hälfte desselben angesetzt. Diese letztere Methode war vor allem in Bayern weitgehend in Übung und durch eine Entschleßung des Bayerischen Finanzministeriums vom 28. Oktober 1954 ausdrücklich anerkannt. Diese Entschleßung ist jetzt in Bayern für alle noch nicht veranlagten Fälle aufgehoben.

Cordes, Vechta

#### AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Franz Dletel (Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe in München) wurde mit ME. Nr. V 29 428 vom 27. 4. 1955 wieder als apl. Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Lehrkörper der Medizinischen Fakultät der Universität München aufgenommen.

Dr. med. Benno Stammfl (Assistent am Pathologischen Institut München) wurde mit ME. Nr. V 34 852 vom 30. 4. 1955 zum Privatdozenten für „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“ in der Medizin. Fak. d. Univ. München ernannt.

#### PERSONALIA

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Georg Hohmann (emerit. ord. Prof. f. Orthopädie in München) wurde am 20. 5. 1955 im Rahmen einer Feier in der kl. Aula der Universität durch die Tiermedizin. Fakultät München der Ehrendoktor (Dr. med. vet. h. c.) verliehen.

Dr. Ludwig Robert Müller begehbt heute in Erlangen seinen 85. Geburtstag. Die medizinische Wissenschaft verdankt dem einstigen Mitarbeiter Röntgens grundlegende Erkenntnisse über das vegetative Nervensystem.

Prof. Dr. med. Ernst Rothein, München, wurde von der Ägyptischen Gesellschaft für Gynäkologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Der Ordinarius für Physiologie und Direktor des Physiolog. Instituts d. Univ. München, Prof. Dr. Richard Wagner, wurde zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung gewählt.

Den 65. Geburtstag begehen:

Am 10. 6. 1955: O. Prof. Dr. Dr. A. W. Forst (Direktor des Pharmakolog. Inst. d. Univ. München).

Am 20. 6. 1955: Apl. Prof. Dr. Bruno Schulz (Leiter der Genealog. Abt. d. Dtsch. Forschungsanstalt f. Psychiatrie in München).

Am 22. 6. 1955: Apl. Prof. Dr. Albert Kohler (Oberarzt und Vorstand des Röntgeninstituts b. d. Chirurg. Univ.-Klinik München).

#### Bellagenbinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Adolf Klinge GmbH., München 23

UPHA GmbH., Hamburg 20

A. Nattermann & Cie., Köln-Braunsfeld

Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 65, über „Hormocorant“.

Zur Gastritis-Behandlung

# AZULON-HOMBURG-ROLLKUR

Antiphlogistisch • Antiallergisch • Säure-normalisierend  
O. P. Flasche zu 10 ccm DM 2,30 o. U

Chemiewerk HOMBURG Aktiengesellschaft  
Frankfurt/Main



# Vertigo-Heel

10 u. 30 ccm Liquid.  
50 TABLETTEN

## HERMANN STREHLE: „Mienen, Gesten und Gebärden“

**Analyse des Gebarens** 174 Seiten mit 534 Photos von Filmstreifen auf 23 Kunstdrucktafeln  
Kartiert DM 11.—, Leinen DM 13.—

Inhalt: I. Teil: Allgemeine Merkmale des mimischen Verhaltens    III. Teil: Der mimische Ausdruck des Körpers und der Gliedmaßen  
II. Teil: Die Mimik im engeren Sinn    IV. Teil: Persönlichkeitsanalysen auf Grund des beigelegten Bildmaterials

Verlangen Sie bitte ausführlichen Prospekt oder unverbindliche Ansichtssendung von

**CARL GABLER GMBH. Abt. Fachbuchhandlung München 2, Kaufingerstraße 10**

# JO-RHOEDAN

(RUTIN · JOD · RHODAN · KOMPLEX)

ZUR KAUSALBEHANDLUNG

von Hypertonie, Praesklerose, Arterio-  
sklerose und bei Apoplexiegefahr.

Liquid, Klein-P. 20 ccm = DM 1,55 o. U.

Tabl., Klein-P. 20 St. = DM 1,55 o. U.

DOLORGIET



BAD GODESBERG

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

FELIX SCHLAGINTWEIT

## Don Juans Hochzeitsreise

Vorurteilslos allem Schönen zugewandt und sinnenfroh, so stellt sich der bekannte Arzt und Schriftsteller auch mit seinem neuen Roman den Lesern vor. Das Thema ist die Geschichte einer etwas ungewöhnlichen Ehe, in deren Mittelpunkt die reizenden Bordabenteuer während einer Mittelmeerfahrt zu den klassischen Stätten des alten Hellas, des Dodekanes und Agyptens stehen. Ein Unterhaltungsroman, wie ihn die heutige Zeit liebt: spritzig, gewürzt, voller Laune und Lebensfreude, ein echter „Schlagintweit“.



250 Seiten mit reichem Bildschmuck, Leinen DM 12.—. Zu beziehen durch den Buchhandel oder über



**Richard Pflaum Verlag München**

# Aegrosan

*Ferrog-Calc. Sach.*

**Appetitlosigkeit  
Anaemien  
Skrofulose  
Rachitis  
Kachexie**

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



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# EUSEDON

Neurosedativum

## HEPATICUM-MEDICE

Bei Dysfunktionen der Leber und Galle

Literatur und Muster auf Wunsch

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



## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Jahresversammlung des Vereins Bayer. Psychiater

Der Verein Bayer. Psychiater hält am 25. und 26. Juni 1955 in Würzburg seine Jahresversammlung ab. Gegenstand der Tagung ist die Besprechung psychosomatischer und anthropologischer Fragen.

Anfragen sind zu richten an Prof. Dr. Scheller, Direktor der Universitäts-Nervenlinik u. Poliklinik, Würzburg, Fuchsleinstraße 15.

### 32. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung

am 15. und 16. Juli 1955 in Würzburg

Tagesordnung:

**Donnerstag, den 14. Juli 1955, ab 16 Uhr**

Demonstrationen und Krankenvorstellungen im Großen Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

**Freitag, den 15. Juli 1955, 9 s. t. bis 13 Uhr**

Eröffnung der Tagung durch den Vorsitzenden.

**1. Hauptthema: Die aktuellen Probleme der verschiedenen Formen des toxischen Kropfes.**

Martius (Würzburg): Die Wirkungsweise des Schilddrüsenhormons.

Franke (Würzburg): Die interne Behandlung und ihre Grenzen.

Schelcher (München): Die Komplikationen bei der chirurgischen Behandlung und ihre Überwindung.

Schmid (Rostock): Basedow, Thyreotoxikose und Schwangerschaft.

Gerlach (Würzburg): Erfahrungen mit der Resektion des Glomus caroticum.

Fuchs (Göppingen): Toxische Struma.

Schönbauer (Wien): Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen über Commotio cerebri.

Bues (Kiel): Bedeutung posttraumatischer Arachnitis nach Kopfverletzungen.

Carstensen (Würzburg): Nierenfunktionsstörungen nach Commotio cerebri.

Weber (München): Die Behandlung der Trigeminusneuralgie.

Zur Diskussion: Wanke (Kiel), Gerlach (Würzburg).

**Freitag, den 15. Juli 1955, 14.30 bis 17.00 Uhr**

Generalversammlung und Wahl des Vorsitzenden

**2. Hauptthema: Wandlungen in der Magen Chirurgie.**

Wepler (Kassel): Zur Frage der Metastasierung und radikalen Entfernung des Magencarcinoms.

Holle (Würzburg): Indikation, Funktion und Methodik.

Rüd (Günzburg): Häufigkeit und praktische Bedeutung der carcinomaösen Umwandlung von Magengeschwüren.

Schwabe (Erlangen): Postoperative Dauerergebnisse nach Magenresektionen mit antecolicer Anastomose.

Tauber (München): Über Oesophagitis und Ulcus oesophagi nach Eingriffen am Magen.

Hoffmann (Paris): Beschwerden nach Magenresektion und die Frage der Hiatusinsuffizienz.

Zur Diskussion: Herr Nissen (Basel).

**Samstag, den 16. Juli, 9 s. t. bis 13 Uhr**

**3. Hauptthema: Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose.**

Monod (Paris): Indikation und Technik der Lungensektionen bei Tuberkulose

Gaubatz (Heidelberg): Abgrenzung der Indikation zwischen Kollapstherapie und Resektionsmethoden bei der Lungentuberkulose.

Stürzbecher und Herzer (Hamburg): Zu den Grenzen der Resektionstherapie bei Lungentuberkulose.

Viereck (Würzburg): Die Bedeutung der Lungenfunktionsprüfung für die Indikationsstellung.

Kleeman (Gauting): Eine neue Technik der Thorakoplastik bei Spitzkavernen.

Kugel (München): Erfahrungen mit einem neuen Kunststoff zur Verwendung als Plombenmaterial in der Thoraxchirurgie.

Rügheimer (Erlangen): Erfahrungen mit der Bronchographie in endotrachealer Narkose.

Zur Diskussion: A. Brunner (Zürich), Voßschulte (Gießen).

Fuchs (Göppingen): Zur Behandlung des Milzbrandes.

Worzfeld (Würzburg): Unsere Erfahrungen in der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

**Samstag, den 16. Juli 1955, 14.30 bis 17.00 Uhr**

**4. Hauptthema: Grenzen morphologisch-histologischer und klinischer Diagnostik, dargestellt am Beispiel der Knochenpathologie.**

Müller (Erlangen): Vom Standpunkt des Pathologen.

Stincke (Würzburg): Vom Standpunkt des Chirurgen.

Makowsky (Würzburg): Zur Frage der echten bzw. potentiellen Malignität der Riesenzellgeschwülste.

Dressler (Erlangen): Klinische Besonderheiten bei Knochengeschwülsten des Schädels.

Niederecker (Würzburg): Schicksal der Judet-Plastik (mit Film).

Ritter (Regensburg): Indikationen und Grenzen der blutigen Spanndrahtumschlingung mit Kompression.

Alhart (Stetten): Behandlung gelenknaher Trümmerbrüche.

Weitnauer (Würzburg): Knochenfixation mit verschiedenem Nahtmaterial.

Fürmaier (München): Neues aus der orthopädischen Technik. Die prothetische Versorgung der Chopart-Stümpfe und neue Wege beim Bau von Kinderlähmungsapparaten.

Mitteilungen und Hinweise.

1. Anmeldungen zur Teilnahme werden an das Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, erbeten.

2. Die Tagung findet im Großen Hörsaal der Chirurgischen Klinik im Luitpoldkrankenhaus statt. Im Gelände des Luitpoldkrankenhauses sind ausreichende Parkmöglichkeiten vorhanden.

3. Das Tagungsbüro befindet sich in der Chirurgischen Klinik und ist ab Donnerstag, den 14. Juli 1955, 13 Uhr, geöffnet. Die Teilnehmer werden gebeten, sich möglichst bald in die aufliegenden Listen einzutragen.

4. Telefon. Die Tagungsteilnehmer sind während der Sitzung im Luitpoldkrankenhaus erreichbar unter der Ruf-Nr. 69 01!

5. Zur Vorführung von Diapositiven stehen Projektionsapparate 5x5 (Leica), 8,5x8,5, 8,5x10 und 9x12 zur Verfügung. Epidiaskopische Projektionen können zwar durchgeführt werden, es wird jedoch dazu geraten, Diapositive zu verwenden. Für die Vorführung von Schmalfilmen 16 mm steht ein Gerät ohne Ton zur Verfügung.

6. Die Jahresbeiträge belaufen sich für ordentliche Mitglieder auf DM 10.—, für außerordentliche Mitglieder auf DM 6.— (Postcheckkonto München 51 80 — Bayerische Chirurgenvereinigung München).

Es wird gebeten, die Mitgliedskarten mitzubringen, da sie zugleich als Tagungsausweis gelten.

In den Mittagspausen ist Gelegenheit zu einem kleinen Imbiß im Arztekasino des Luitpoldkrankenhauses gegeben.

Der gemeinsame Festabend findet am Freitag, den 15. Juli 1955, 19.30 Uhr, in den „Charlott-Terrassen“ statt.

Am Samstag, den 16. Juli 1955, um 18 Uhr für die Teilnehmer und ihre Damen Weinprobe im Hofkeller der Residenz.

Für die Damen.

Am Freitag, den 15. Juli 1955, ist vormittags eine fachkundige Führung durch die Residenz (Dauer 30 Minuten), Treffpunkt 10.30 Uhr vor der Residenz, und nachmittags durch das Mainfränkische Museum, gleicher Treffpunkt 15.30 Uhr, vorgesehen. Omnibus wird bereitgestellt. Auf der Festung Marionberg anschließend Nachmittagskaffee auf der Fürstenterrasse.

Am Samstag, den 16. Juli 1955, ist eine Dampferfahrt auf dem Main nach dem Weindorf Frickenhausen geplant, Treffpunkt 10.30 Uhr Mainkai am Alten Kranen. Gelegenheit zum Frühstück bzw. Mittagessen in den Fränkischen Weinlokalen Frickenhausens.

Der Vorsitzende: W. Wachsmuth.

Für die Damen.

Am Freitag, den 15. Juli 1955, ist vormittags eine fachkundige Führung durch die Residenz (Dauer 30 Minuten), Treffpunkt 10.30 Uhr vor der Residenz, und nachmittags durch das Mainfränkische Museum, gleicher Treffpunkt 15.30 Uhr, vorgesehen. Omnibus wird bereitgestellt. Auf der Festung Marionberg anschließend Nachmittagskaffee auf der Fürstenterrasse.

Am Samstag, den 16. Juli 1955, ist eine Dampferfahrt auf dem Main nach dem Weindorf Frickenhausen geplant, Treffpunkt 10.30 Uhr Mainkai am Alten Kranen. Gelegenheit zum Frühstück bzw. Mittagessen in den Fränkischen Weinlokalen Frickenhausens.

Der Vorsitzende: W. Wachsmuth.

Für die Damen.

Am Freitag, den 15. Juli 1955, ist vormittags eine fachkundige Führung durch die Residenz (Dauer 30 Minuten), Treffpunkt 10.30 Uhr vor der Residenz, und nachmittags durch das Mainfränkische Museum, gleicher Treffpunkt 15.30 Uhr, vorgesehen. Omnibus wird bereitgestellt. Auf der Festung Marionberg anschließend Nachmittagskaffee auf der Fürstenterrasse.

Am Samstag, den 16. Juli 1955, ist eine Dampferfahrt auf dem Main nach dem Weindorf Frickenhausen geplant, Treffpunkt 10.30 Uhr Mainkai am Alten Kranen. Gelegenheit zum Frühstück bzw. Mittagessen in den Fränkischen Weinlokalen Frickenhausens.

Der Vorsitzende: W. Wachsmuth.

Für die Damen.

### Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin

Am 16./17. Juli werden die Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin wieder abgehalten. Ein ausführliches Programm liegt dieser Nummer des BÄBl. bei.

### Ärztliche Seminare für Meeresheilkunde in Westerland/Sylt

Aus Anlaß des 100jährigen Jubiläums des Nordseebades Westerland/Sylt wird in der Zeit vom 18.—25. Juli und 5.—12. September 1955 in Westerland/Sylt je ein ärztliches Seminar für Meeresheilkunde abgehalten. Die wissenschaftliche Leitung der Seminare liegt in den Händen von Prof. Dr. med. H. Pfeleiderer, Direktor des Institutes für Bioklimatologie und Meeresheilkunde der Universität Kiel in Westerland/Sylt.

Das Programm sieht neben Vorträgen über meeresheilkundliche Fragen Besichtigungen von Kuranlagen, Sana-

torien und Inselkurorten vor und bietet darüber hinaus Gelegenheit und Zeit zur praktischen Anwendung der Kurmittel.

Nähere Auskunft durch die Kurverwaltung des Nordseeheilbades Westerland/Sylt.

### Sportärztekongreß 1955 in Augsburg

In der Zeit vom 2.—4. September 1955 findet im Vortragsaal der National-Registrierkassen in Augsburg, Ulmer Straße, der diesjährige Sportärztekongreß des Arbeitskreises Schwäbischer Sportärzte statt. Thema: Präventive Medizin und Leibesübungen der Jugend.

Im Rahmen des Kongresses spricht in einem öffentlichen Vortrag am 2. September, abends, Professor Dr. Hochrein über „Managerkrankheit und Leibesübungen“.

Daneben erfolgt ein Empfang der Teilnehmer durch die Stadt Augsburg, sportliche Wettkämpfe (Leichtathletik, Tennis, Faustball und Fußball), ein Autogeschicklichkeitsfahren sowie eine Sternfahrt nach Augsburg. Außerdem sind für die Damen der Teilnehmer Ausflüge in die Umgebung und Vorträge über Abrechnungs- und Steuerfragen geplant.

Auskunft: Sekretariat Chefarzt Dr. Goßner, St.-Albert-Krankenhaus, Haunstetten b. Augsburg.

## KONGRESSKALENDER

### INLAND

#### Juni 1955

25.—26. in Würzburg: Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater. Auskunft: Prof. Dr. Scheller, Universitäts-Nerven- und Poliklinik, Würzburg, Fuchsleinstr. 15.

#### Juli 1955

- 2.—3. in München: Arbeitstagung der Bayer. Röntgenvereinig. im großen Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik, Maistraße. Auskunft: Dr. med. Keim, Schriftführer, München 8, Ismaninger Straße 22.
- 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, Schälzlerstraße 19.
- 18.—25. in Westerland/Sylt: Äztl. Seminar für Meeresbeilkunde. Auskunft: Kurverwaltung des Nordseeheilbades Westerland/Sylt.
- 22.—25. in Tübingen: 4. Kongreß der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenlinik.
- 25.—27. in Düsseldorf: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Böbmer, 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, Molkestraße 18.
31. in Karlsruhe: Tagung der Wissenschaftlichen Vereinigung für Ultraschallforschung e. V. Auskunft: Dozent Dr. Kh. Woerber, Bonn, Univ.-Hautklinik.

#### September 1955

- 2.—4. in Augsburg: Sportärztekongreß 1955. Auskunft: Sekretariat, Chefarzt Dr. Goßner, St.-Albert-Krankenhaus, Haunstetten b. Augsburg.
- 2.—6. in Hamburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. med. Tschirnisch, Iserlohn, Hochstraße.
4. in Stuttgart: Kongreß der Internationalen Homöopathen-Vereinigung. Auskunft: Dr. Metzger, Stuttgart, Hausmannstraße 20.
- 4.—18. auf Langoog: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Kongreßbüro, Köln, Brabanter Straße 15.
- 5.—12. auf Westerland/Sylt: Äztl. Seminar für Meeresbeilkunde. Auskunft: Kurverwaltung des Nordseeheilbades Westerland/Sylt.

- 10.—11. in Bad Brückenau: 3. Bad Brückenauer Fortbildungswochenende. Auskunft: Dr. Halblas-Ney, Bad Brückenau.
- 11.—14. in Freiburg (Breisgau): 55. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiaderheilkunde. Auskunft: Prof. Keller, Freiburg (Breisgau), Universitäts-Kiaderklinik, Mathildenstraße 1.
- 14.—17. in Hamburg: Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Mau, Hamburg-Eppendorf.
- 19.—22. in Hamburg: Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater. Auskunft: Prof. Dr. H. Pette, Hamburg-Eppendorf, Neurolog. Universitätsklinik.
- 20.—24. in Freiburg (Breisgau): 5. Internationaler Kongreß der Europäischen Hämatologengesellschaft. Auskunft: Dozent Dr. H. Begemana, Freiburg (Breisgau), Medizinische Universitätsklinik.
24. in Bad Ems: 2. Heimkehrer-Ärztekongreß, veranstaltet vom Ärztlich-Wissenschaftlichen Beirat im Verband der Heimkehrer, Kriegsgefangenen- und Vermissten-Angehörigen Deutschlands. Auskunft: Facharzt Dr. Wolf von Nathusius, Bensberg b. Köln, Overather Straße 66.
- 24.—25. in München: 39. Tagung der südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Dr. H. Naumana, Würzburg, Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Luitpoldkrankenhaus.
- 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 Bonn, Bonn a. Rh.
- 29.—1. Okt. in Meßlem: Ärztagung der Bundesschule des Deutschen Rotea Kreuzes.
- 27.—2. Oktober in Baden-Baden: 58. Deutscher Ärztag.
- 29.—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<sup>1/2</sup>.
- 3.—5. in Bad Homburg: 48. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Prof. Henning, Erlangen, Med.-Univ.-Klinik.
- 7.—9. in Bad Herzburg: 3. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung und -therapie e. V. Auskunft: Dr. E. Meyer, Camberg/Taunus.
- 16.—20. in Freudenstadt/Schwarzw.: 51. Deutscher Bädertag. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt i. Schwarzwald.
- 17.—19. in München: Deutscher Röntgenkongreß. Auskunft: Prof. Dr. A. Kohler, München 45, Bavarlarang 49.
- 19.—22. in Münster: 2. Aerosol-Kongreß, veranstaltet vom Deutschen Kuratorium für Aerosol-Forschung. Auskunft: Dr. H. Nüchel, Hindelang-Bad Oberdorf 428<sup>1/2</sup>/Allgäu.
- 27.—29. in München: Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- 27.—2. Oktober in Baden-Baden: Fortbildungstagung. Leiter: Prof. Dr. Schretzenmayr. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 15.

### AUSLAND

#### Juni 1955

- 21.—25. London: 4. Commonwealth Health and Tuberculosis Conference. Anfrage an Generalsekretär Harley Williams, London WC 1, Tavistock House North, Tavistock-Square.
- 27.—28. in Paris: 2. Internationales Treffen der Geburtshelfer und Gynäkologen. Auskunft: Gea.-Sekr. Dr. J. Courtot, 1. Rue Racine, Saint-Germain en Laye (et O.).

#### Juli 1955

- 4.—8. in Cambridge: 2. Internat. Diabetes-Kongreß. Auskunft: Second International Congress of the Fédération Internationale du Diabète, 192, Harley Street, London W 1.
- 18.—23. in London: 12. Kongreß der Internationalen Vereinigung für vergleichende Psychologie. Auskunft: Dr. C. B. Frisby, National Institute of Industrial Psychology, 14 Welbeck St., London W 1.
- 24.—28. in Genf: 19. Internationaler Psychoanalyse-Kongreß. Auskunft: Dr. Raymond des Saussure, 2 Tertasse, Genf.
- 24.—31. in Kopenhagen: 16. Kongreß d. Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp, Bochnm, Berufsgenossenschafll. Krankenanstalten „Bergmanasbeil“.
- 25.—30. in Paris: Internationaler Kongreß für Anatomie. Auskunft: Generalsekretariat des Kongresses, Paris VI e, 45, Rue de Saint Pierre.

28.—29. in Kopenhagen: Tagung der Europäischen Vereinigung für Herz- und Gefäßchirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Künke, Rektor d. Med. Akademie, Düsseldorf.

## August 1955

1.—4. in Stockholm/Uppsala: 1. Internationaler Kongress für Plastische Chirurgie. Auskunft und Kongressunterlagen: Tord Skoog, M. D., Uppsala/Schweden.

1.—6. in Brüssel: 3. Internationaler Kongress für Biochemie. Auskunft: Generalsekretariat 17, Place Delcour, Liège, Belgien.

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 Brà.

2. in Frelburg/Schweiz: Internationaler Kongress für Angiologie und Histopathologie. Auskunft: Dr. Gerson, Sekr. d. Internat. Comités, 4 rue Pasquier, Paris 8.

2.—4. in Evian-Frankr.: Kongress über die Pathogenese und Therapie des Nierensteins. Auskunft: Prof. Claude Laroche 16, Rue Christophe-Colomb, Paris 8.

4.—7. in Graz: Tagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft.

5.—8. in Venedig: 3. Internationaler Kongress über Vitamin E. Auskunft: Prof. E. Baverdino, Milano, Via Pietro Verri 4.

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, Augshurg, Schälzerstr. 19.

10.—18. in Pörschach: Internationaler Herbstkurs für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Saller, Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., München, Richard-Wagner-Str. 10/I.

11.—19. in London: 3. Internationaler Kongress für Kriminologie. Auskunft: Sekretariat des 3. Internat. Kongresses für Kriminologie, 28, Weymouth Street, London W 1.

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. Petré, Karolinska-Institut, Stockholm.

20.—26. in Wien: Jahrestagung des Weltärztebundes.

## RUNDSCHAU

Die europäischen Sozialversicherungs-Ausgaben („Deutsche Ztg. u. Wirtschaftsztg.“, Stuttgart, 18. 5. 1955): Die Sozialversicherung ist in den einzelnen europäischen Ländern verschieden aufgebaut; nicht jedes Land hat eine Arbeitslosenversicherung oder Familienfürsorge, während es fast überall die Kranken-, Alters- und Unfallversicherung gibt. Diese Unterschiede werden in den Vergleichszahlen deutlich, die das Deutsche Industrieinstitut nach Veröffentlichungen der ILO errechnet hat. Für 1952 betragen danach die Sozialversicherungs-Ausgaben je Kopf der Bevölkerung in DM:

Belgien . . . . .	719	Norwegen . . . . .	280
Westdeutschland . . . . .	535	Italien . . . . .	218
Schweden . . . . .	521	Finnland . . . . .	169
Großbritannien . . . . .	494	Jugoslawien . . . . .	151
Frankreich . . . . .	476	Irland . . . . .	75
Österreich . . . . .	359	Spanien . . . . .	38
Schweiz . . . . .	328	Portugal . . . . .	36
Niederlande . . . . .	323	Türkei . . . . .	3
Dänemark . . . . .	319		

An der Spitze der Tabelle würde mit 1691 DM das Saarland liegen, doch besteht hier keine Vergleichsmöglichkeit mit anderen Ländern, weil die saarländische Bevölkerung zu einem großen Teil knappschäftlich versichert ist und bei diesem Vers.-Zweig besonders hohe Ausgaben entstehen. Für Westdeutschland kommen zu den Ausgaben für die Sozialversicherung fast ebenso hohe Kriegsfolgelasten hinzu. Damit liegt die Bundesrepublik in der gesamten Höhe des Sozialaufwandes weitaus an der Spitze der europäischen Staaten.

(DZA/C/40)

Sozialreform soll in Gang kommen. — Thesen der FDP als Arbeitsunterlage. (Industriekurier, Düsseldorf, v. 19. 3. 1955): Die Fraktion der FDP hat Thesen für die Sozialreform ausgearbeitet, die den zuständigen Gremien als Arbeitsunterlage dienen sollen. Die Initiativvorschläge gehen dahin, den Staatsbürger mehr als bisher zu befähigen, aus eigener Kraft gegenüber den Wechselfällen des Lebens vorzusorgen.

In der Krankenvers. lehnt die FDP jede Einheitsvers. ab. An Stelle gesetzlicher Monopole wird ein allgemeiner Wettbewerb zwischen den verschiedenen zuständigen Kassen befürwortet. In bezug auf die ärztliche Tätigkeit wird die Honorierung nach Einzelleistungen angestrebt. Um das Interesse der Versicherten an der Leistungsfähigkeit seiner Kasse zu wecken, schlägt die FDP die Selbstbeteiligung des Versicherten an den Kosten der Krankenhilfe vor. Soweit wirtschaftlich zumutbar, sollte der Grundsatz der Sachleistung bei der Krankenhilfe durch den Erstattungsgrundsatz abgelöst werden. (DZA/C/23)

Sozialreform auf der langen Bank. Ein Regierungssprecher mußte am 25. 4. vor der Presse in Bonn zugeben, daß ein Termin für die Behandlung des von Minister Storch ausgearbeiteten Memorandums zur Sozialreform im Kabinett „im Moment noch nicht feststeht“. . . . Inzwischen scheint sich hinter den Kulissen der Gegensatz zwischen der Auffassung des Arbeitsministers und des Bundesfinanzministers in diesem Punkt zu verstellen. Die Bestrebungen zur Zurückdrängung des Prinzips des Rechtsanspruchs zugunsten des Bedürftigkeitsprinzips und der Methode der „gezielten Reformen“ scheinen sich wieder zu verstärken. Man nimmt an, daß es im Kabinett über diese Grundsatzfragen zu Auseinandersetzungen kommen wird. (DZA/C/34)

(„Schlesw.-Holst. Volksztg.“, Kiel, 26. 4. 55.)

Schutzbedürftigkeit. Seitdem die gesetzliche Versicherung aufgehört hat, eine Selbsthilfeeinrichtung derer zu sein, die unfähig oder unwillens wären, auf natürliche Weise gemäß dem Gesetz eines echten Ausgleichs von Leistung und Gegenleistung Schutz zu suchen, hat sie das Fundament der sozialen Gerechtigkeit verlassen. Die Verfallerscheinungen, die so laut und teilweise so leidenschaftlich beklagt werden, sind nichts anderes als die natürliche Folge. Sollen sie durch die kommende Sozialreform aufgehoben werden, so nur durch Beendigung des ständigen Zurückweichens vor dem Begriff der Schutzbedürftigkeit und nur durch die Erhebung des Begriffs der sozialen Gerechtigkeit zum Leitmotiv der geplanten neuen Ordnung. Das ganze System der sozialen Sicherung wird vom Gedanken der sozialen Gerechtigkeit her überprüft, neu durchdacht und, soweit nötig, von Grund auf neu aufgebaut werden müssen. (DZA/C/39)

(Dr. G. Gassert, Köln, in „Arbeit und Sozialpolitik“, vom 15. 5. 55 — kl. Auszug).

Nicht ohne eigene Vorsorge. Bei der kommenden Sozialreform müsse die Eigenpersönlichkeit des einzelnen Versicherten weitgehend gewahrt und diesem das Bewußtsein vermittelt werden, daß er zwar die Hilfe der Gemeinschaft genieße, jedoch nicht auf eigene Vorsorge verzichten könne. Das erklärte der Leiter der Abt. Sozialversicherung im Bundesarbeitsministerium, Ministerialdirektor Dr. Jantz, auf der Vertreterversammlung der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, die am 13./14. Mal in Berlin stattfand. Der Vereinigung gehört auch die KVA-Berlin an. Jantz betonte weiter, der Charakter der deutschen Sozialversicherung mit dem Wesensmerkmal der Solidarität dürfe jedoch keineswegs verwischt werden. (DZA/C/40)

(„Telegraf“, Berlin, 15. 5. 55)

Frühinvalidität bei Frauen bedrohlich. Rund 83% aller sozialversicherten Frauen werden gegenwärtig vor Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze berufsunfähig. Den Hauptanteil an den die vorzeitige Invalidität verursachenden Gesundheitsschäden haben Herz- und Kreislaufschäden. Zu dieser Feststellung kommt das „Forschungsinstitut für Arbeitspsychologie und Personalwesen“ in Braunschweig. — Das Institut führt die Gründe dieser Entwicklung im wesentlichen darauf zurück, daß die Frauen an der äußersten Grenze ihres Leistungsvermögens arbeiten. „Einige Zahlen erregen Besorgnis, da sie über ihre rein wirtschaftlichen Konsequenzen hinaus von eminenten Bedeutung sind für die Lebenskraft unseres Volkes“, heißt es

zu der Angabe, daß zur Zeit von 100 Beschäftigten 32 Frauen sind und die Zahl der weiblichen Arbeitskräfte seit 1948 jährlich um 200 000 bis 300 000 angestiegen sei. (DZA/C/39)

(„Westdeutsche Allgemeine“, Essen, 13. 5. 55)

**Gesundheitsvorsorge und Naturschutz.** Aus den Erholungs- und Wandergebieten Europas löst eine alarmierende Nachricht die andere ab.

Während sich Ärzte und Versicherungen immer mehr darum bemühen, zur Durchführung wirksamer Vorbeugungsmaßnahmen gegen Herz- und Kreislaufkrankungen und Überlastungsschäden durch unsere moderne Zivilisation entlegene, ruhige Kur- und Erholungsorte für die immer nervöser werdende Menschheit zu suchen, werden die traditionellen Erholungs- und Wandergebiete systematisch ihrem eigentlichen Zweck entfremdet. Kraftfahrstraßen und Seilbahnen sollen die schönen Gegenden erschließen, und durch Industrieverlegungen in die Urlaubsgebiete werden die ruhwünschten Ferienreisenden bald um den letzten Rest einer beschaulichen und entspannenden Urlaubsfreude gebracht sein.

Eine wirtschafts- und gesundheitspolitische Fehlplanung größter Ausmaße beginnt sich abzuzeichnen. Die wertvollen Kräfte der Naturschutzvereine werden auf die Dauer nicht ausreichen, dieser Fehlplanung standzuhalten. Es wird die Zeit nicht mehr fern sein, in der die letzten jetzt noch wenig berührten Erholungsgebiete der Motorisierung und Industrialisierung zum Opfer gefallen sind und unser Volk wertvolle Möglichkeiten zur Erhaltung seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit gedankenlos vertan hat.

Dies bezieht sich nicht allein auf die ausgesprochenen Urlaubsgebieten, sondern ebenso, ja fast noch mehr, auf die Erholungsgebiete in der Nähe großer Städte. Die Naturschutzverbände leisten hier gegenüber manchen Wirtschaftsinteressen einen geradezu verzweifelten Abwehrkampf, und es dürfte eine der dringlichsten gesundheitspolitischen Notwendigkeiten sein, diesen Kampf von ärztlicher Seite aus zu unterstützen. Die Erhaltung unserer Erholungsgebiete sollte eine unserer wichtigsten Aufgaben sein! (DMI-KOMM.)

**Zahnersatz auf Kredit.** Erstmals im Bundesgebiet hat die Kreisstelle Wiesbaden des Bundesverbandes deutscher Zahnärzte mit einem Kreditinstitut einen Vertrag abgeschlossen, der dem Patienten eine Ratenzahlung bei Zahnersatz ermöglicht. In der Vereinbarung ist vorgesehen, daß jeder Patient die für Kronen, Stützähne, Brücken und herausnehmbare Prothesen erforderlichen Eigenmittel, die auch bei jedem Kassenpatienten aufgebracht werden müssen, mit einem Kredit von der WKV bezahlen kann.

(M. M. Nr. 91 16/17. 4. 1955)

**Bevölkerungszunahme in Westdeutschland.** Die Zahl der Einwohner der Bundesrepublik hat im Laufe des vergangenen Jahres fast 50 Millionen erreicht. Wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden am Wochenende bekanntgab, hat die Bevölkerungszahl 1954 um 485 500 Menschen zugenommen, und zwar durch einen Geburtenüberschuß von 264 400 und einen Zuwanderungsüberschuß — fast ausschließlich Sowjetzonenflüchtlinge — von 221 100 Personen.

Von den 49 763 400 Bewohnern der Bundesrepublik sind 23 406 500 Männer und 26 356 900 Frauen. Damit kommen auf tausend Männer 1126 Frauen. Die Zahl der Einwohner je Quadratkilometer beträgt damit 203 im Vergleich zu 148 vor dem zweiten Weltkrieg. Von der Gesamtzahl sind 8 576 000 Vertriebene und 2 378 000 Zugewanderte. („Mü. Merkur“)

Der Wasserverbrauch steigt mit zunehmender Verbesserung der Lebensbedingungen und fortschreitender Technisierung an. In einer Stadt von 50 000 Einwohnern beträgt

der tägliche Wasserverbrauch pro Person 300 Liter. Diese zunächst unglaublich hoch erscheinende Zahl findet sofort ihre Erklärung, wenn man erfährt, daß die Industrie zur Herstellung eines Liters Benzin 10 Liter Wasser benötigt. Für ein Kilogramm Papier werden 182 Liter Wasser gebraucht, für ein Kilogramm Wolle 530 Liter, für eine Tonne Zement 3000 Liter und für eine Tonne feinen Stahls 250 000 Liter Wasser. Parallel mit dieser Entwicklung geht eine zunehmende Verschmutzung der Wasserläufer, deren Bedeutung für die Gesundheit von Mensch und Tier nicht unbeachtet bleiben darf. Die Weltgesundheitsorganisation hat sich schon eingehend mit diesem Problem befaßt. Daß der Weltgesundheitstag 1955 unter dem Motto „Wasser, Spiegel der Gesundheit“ stand, weist ebenfalls auf die Wichtigkeit dieser Fragen hin. (M. M. Wo. 21/55.)

Nach dem vorliegenden Geschäftsbericht für 1954 der **Hochster Farbwerke** betragen deren Aufwendungen für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten 60 Millionen DM nebst weiteren erheblichen Ausgaben für Erweiterung und Modernisierung der Forschungsstätten. Das Unternehmen beschäftigte 1954 rund 32 500 Mitarbeiter, darunter 1200 Chemiker, Physiker, Ingenieure, Ärzte und Apotheker.

**Streik der Medizinstudenten in Greifswald.** (SED wollte die Fakultät geschlossen in die Volkspolizei überführen.) Mit einem Vorlesungsstreik beantworteten die Studierenden der medizinischen Fakultät an der Universität Greifswald die Aufforderung, sich noch während des Studiums für die Laufbahn eines Militärarztes bei der kasernierten Volkspolizei zu entscheiden. Ein Teil der medizinischen Fakultät soll in eine Militärakademie umgewandelt werden; darüber hinaus wurde allen Medizinstudenten in Greifswald, ebenso wie auf den anderen sowjetzonalen Universitäten, nahegelegt, ihr Studium für ein Jahr zu unterbrechen und in dieser Zeit bei den Sanitätsabteilungen der KVP ihren „Ehrendienst“ abzuleisten. Der Protest der Greifswalder Studenten gegen diese Maßnahme führte zu einem Aufstand, bei dem 250 Studierende verhaftet wurden.

Erst jetzt, fast zwei Wochen nach der Studentenrevolte, liegen genaue Berichte vor, da sich zwei junge Mediziner aus Greifswald als Flüchtlinge nach West-Berlin abgesetzt haben. Am 24. März erhielten die Medizinstudenten die Aufforderung, sich „freiwillig“ zur Ausbildung als Polizeiarzte zu melden. Darauf erregte Beratungen und Diskussionen in allen Studentenbuden. Am Montag darauf trafen sich die am meisten betroffenen achten Semester zu einem Ausspracheabend, bei dem sie beschlossen, von Mittwoch an den Vorlesungen fernzubleiben. Die jüngeren Semester machten mit, und die Dozenten saßen vor leeren Bänken. 700 Medizinstudenten streikten. Um 19 Uhr traten die Professoren zusammen. Während sie noch tagten, wurden die Medizinstudenten zu einer Versammlung in der Universitätsaula aufgerufen. Ans Rednerpult trat ein SED-Funktionär. Da stand einer der Studenten auf und erklärte: „Diese Versammlung ist nicht vom Dekan, sondern von der FDJ einberufen worden.“ Im gleichen Augenblick wandten sich die Medizinstudenten zum Gehen. Einige kamen noch hinaus, dann wurde die Aula verriegelt. Darauf fuhren Vopo-Kommandos vor, trieben die 250 in der Aula eingeschlossenen Studenten auf Lastwagen und fuhren sie in das nahegelegene Gefängnis. (SZ 9. 4. 55)

**Fortschreitende Verstaatlichung des sowjetzonalen Gesundheitswesens.** Die Zahl der Polikliniken mit wenigstens fünf Fachabteilungen ist in der sowjetischen Besatzungszone von 162 im Jahre 1948 auf 268 gestiegen. Im gleichen Zeitraum wurden 258 Landambulatorien errichtet. Während das Betriebsgesundheitswesen 1948 über 24 Polikliniken und Ambulatorien verfügte, sind es 1954 67 Polikliniken und 151 Ambu-

# Vegedyston

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



latorien. Wieviel niedergelassene Ärzte ihre Praxis schließen mußten, wird in dieser offiziellen Mitteilung des „Neuen Deutschland“ nicht gesagt. (Dtsch. Med. J. 23/24/54)

**Afrikanische Medizinmänner impfen gegen Pocken.** (Aus einem Artikel von Dr. Read: Wundersame Heilmittel in Afrika.) . . . Zweifellos erklärt sich der Nimbus der Medizinmänner nicht nur aus ihren suggestiven Kräften. Viele von ihnen haben große medizinische Kenntnisse. So sind z. B. die Dschens aus Nigeria für eine bestimmte Pockenart sehr anfällig. Diese Krankheit bekämpft der Medizinmann seit einigen hundert Jahren durch Impfungen.

Etwa neun Zentimeter oberhalb des Handgelenks macht er einen kleinen Schnitt, entnimmt der Pockenpustel eines erkrankten Kindes mit einem Halm etwas Serum, reibt es in die Wunde und schließt sie mit Honig. Der größte Teil aller Geimpften reagiert positiv auf diese Methode, und auch Todesfälle sind selten. In anderen Teilen des Landes dagegen starben Tausende an der Pockenkrankheit, weil sie nicht behandelt worden waren. („Welt am Sonntag“ v. 27. 2. 55, Ärztl. Presse-Rundschau 2/55)

**Verteuerung des britischen Gesundheitsdienstes.** Nach den kürzlich im Unterhaus geführten Verhandlungen sind die Kosten für den Gesundheitsdienst im laufenden Etatjahr um weitere etwa 100 Mill. DM gestiegen. Die zusätzliche Belastung ist zurückzuführen auf eine weit größere Beanspruchung der Krankenhäuser, des Zahngesundheitsdienstes, der Augenbehandlung und besonders der Heilmittelverschreibung. Die Kosten belaufen sich je Kopf der Bevölkerung auf 2,55 DM, während der Staat eine Senkung auf 2,38 DM für notwendig gehalten hatte. (Berl. Ärztl. Forum 4/55)

**Krise der staatlichen Krankenhäuser in England?** Nach all dem vielen Lob, das die staatliche Krankenversorgung in England in der Öffentlichkeit erfahren hat, muß uns die folgende Nachricht aus dem Daily Telegraph doch überraschen:

„Der staatliche Krankenhausdienst in Großbritannien steht vor der Gefahr eines Zusammenbruchs. Diese nüchterne Einschätzung der Lage haben sich viele gut informierte Verwaltungsbeamte und Ärzte zu eigen gemacht. Im Grunde geht es um den Mangel an Mitteln — an Geld, Menschen und Gebäuden. Über 250 Millionen Pfund Erhaltungsaufwand im Jahr erweisen sich als ungenügend. 18 000 Betten können nicht benutzt werden, weil es an Ärzten und Krankenschwestern fehlt. Investitionen von rund 9 Millionen Pfund jährlich haben sich als völlig unzureichend für den Bau neuer Anlagen erwiesen. Seit 1939 ist kein großes Krankenhaus mehr gebaut worden. Obwohl die Ausgaben seit der Einführung des staatlichen Krankenhausdienstes im Jahre 1948 ständig gestiegen sind, reichen sie auf vielen Gebieten nicht zur Finanzierung der normalen Unterhaltung aus. Das bedeutet, daß für die Zukunft noch weit höhere Rechnungen auflaufen.“ (Schweiz. Äbl. 19/55)

**England trinkt weniger Alkohol und isst mehr Fleisch.** Der schon vorher abgesunkene Bierkonsum ist in Großbritannien im ersten Vierteljahr 1954 um weitere 8% zurückgegangen, ebenfalls der Verbrauch an Whisky und Wein. Die Engländer trinken nur noch halb soviel Whisky wie vor dem Kriege und nur  $\frac{1}{2}$  der Mengen an Wein, die sie 1939 verbrauchten. Dagegen ist der Verbrauch an Lebensmitteln — vor allem Fleisch, Fett und Zucker — um 1,5% gestiegen. AE/DMI

Der britische Sozialversicherungsfonds schließt für das Jahr 1954 mit einem Defizit von 216 Mill. DM ab. Dieses Defizit wird sich bis 1967 auf jährlich 3,2 Milliarden und bis 1977 auf über 4 Milliarden DM erhöhen, wie Lord Beveridge im britischen Rundfunk ausführte. Auf zehn Arbeitsfähige habe man vor 50 Jahren einen 65jährigen rechnen können, heute

sei das Verhältnis 5:1. In 25 Jahren werde sich das Verhältnis auf 3:1 verschlechtert haben. (Bln. Äbl. 2/55)

**Der Zug zur Mittelstandsgewerkschaft.** (Handelsbl., Düsseldorf, v. 23. 3. 1955): . . . (England). Die Zahnärzte, die für den Nationalen Gesundheitsdienst arbeiten, erlitten einen schweren Verdienstrückgang seit der Konjunktur, die der Einführung des Gesundheitsdienstes folgte. Von der willkürlichen Kürzung der Kopfpauschale, die im Mai 1950 erfolgte, zu einer Zeit als ihr Verdienst seinen Höhepunkt erreicht hatte, konnten sie sich nie mehr erholen. Denjenigen, die im Kommunaldienst standen, ging es am schlechtesten. Die Zahnärzte konnten ihre Forderungen nur mit geringem Erfolg vertreten, und so denken sie jetzt daran, als letzten Ausweg die Entziehung ihrer Dienstleistungen zu erwägen. (Manchester Guardian — DZA/C/24)

**Die Altersgrenze . . .** Nach Angaben, die allerdings für uns schwer überprüfbar sind, soll es in Frankreich heute acht Millionen Menschen mit Staatspensionen und vier Millionen anderer Pensionäre geben; das sind 60% des erwerbstätigen Teiles der Bevölkerung oder 28% der Gesamtbevölkerung. Über 65 Jahre alt sind in Frankreich jedoch nur 12% der Bevölkerung, so daß aus diesen Zahlen zu schließen ist, daß die Ruhestandszeit auch heute noch ziemlich früh anfängt. Alle Franzosen über 45 Jahre ergeben erst 36% der Gesamtbevölkerung. . .

In der Bundesrepublik Deutschland ist das Pensionsalter für die Bundesrichter 70 Jahre, während gerade das Bundesgericht starr an der 65-Jahr-Grenze festhält. Prof. Klose, der Direktor des Hygienischen Instituts der Kieler Universität, machte kürzlich in einem Vortrag „Das Alter als sozialhygienisches Problem“ den Vorschlag, die Altersgrenze zug um Zug auf etwa 70 Jahre hinaufzusetzen. Im 65. Lebensjahr soll eine ärztliche Untersuchung eingebaut werden, denn es gibt „greise Jünglinge und jugendliche Greise“. Einen biologischen Alterstest gäbe es nicht, so daß eine Rechtfertigung für eine starre Gesetzgebung bezüglich der Altersgrenze nicht mehr gegeben sei.

Diese Ansicht erhärtete Prof. Klose, indem er darauf hinwies, daß heute ein Viertel aller 65jährigen noch im vollen Erwerbsleben stehe und daß die durchschnittliche Lebensdauer des Menschen seit 1870 (35,5 Jahre) auf 68,4 Jahre gestiegen sei. 10% der deutschen Bevölkerung sind heute über 65 Jahre alt, doppelt so viel wie im Jahre 1910. Diese verlängerte Lebensphase bedeute — richtig genutzt — nicht nur Last, sondern auch Gewinn für den einzelnen wie für das ganze Volk.

Die deutsche Mentalität ist anders als die französische. Bei vielen deutschen Pensionären wirkt die Erreichung des Pensionsalters (dessen gesetzliche Regelung auf einer fast nur hälftigen Lebenserwartung basiert) mehr als Strafe, denn als Idealzustand. (Kö. / Dtsch. Versi.-Zeitschr. 4/55)

**Milchverbrauch in Frankreich.** Das will schon etwas heißen! Das Französische National-Institut für Hygiene mußte kürzlich mit großer Besorgnis feststellen: Die französischen Kinder trinken seit 1950 im Durchschnitt eine geringere Menge Milch, als ihnen während der deutschen Besatzungszeit auf Lebensmittellkarten zustand! Kreise, die sich für die Gesundheit ihres Volkes verantwortlich fühlen, haben darum wenig Verständnis für die Spötleien, denen Frankreichs erster Milchtrinker, Mendès-France, oft begegnet. Dr. Z.

(Verein z. Förderung d. Milchverbrauchs, Zeltungsdienst Nr. 49/55.)

**Die Unabhängigkeit der amerikanischen Ärzteschaft.** In der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ macht Dr. A. Sonnenberg, San Francisco, interessante Ausführungen über die unabhängige Stellung der amerikanischen Ärzteschaft im öffentlichen Leben. Danach steht der Arzt heute in fast allen

Bei  
Herzbeschwerden  
auf nervöser  
Grundlage  
(Föhn-Wetterlage)

# Cor-Vasogen

CRATAEGUS · VALERIANA  
MELISSA · ARNICA  
OL. SINAPIS · MENTHOL  
CAMPHER · CHLOROFORM  
VASOGEN

20g O.P. DM. 1.30  
30g O.P. DM. 1.50

PEARSON · CO. AG. UETERSEN/HOLSTEIN · GEGR. HAMBURG 1883

Ländern in einem Kampf, um die Ideale seines Berufes gegenüber Einschränkungen der Behörden zu wahren. Nur dort, wo der Arzt seinen Beruf frei ausüben kann — getragen von dem Vertrauen seiner Patienten, verpflichtet durch den hippokratischen Eid und sein eigenes Gewissen, überwacht von seinen Standesgenossen —, ist es möglich, dem Ideal der ärztlichen Berufsausübung nahezukommen.

Die Stellung des Arztes in den Vereinigten Staaten ist einzigartig, weil Nordamerika wohl das einzige Land mit einer großen Bevölkerung ist, in dem der Arztberuf noch frei ausgeübt werden kann. Natürlich hat es nicht an Bestrebungen gefehlt, diese Freiheit einzuschränken. Aber die vorzügliche Organisation der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft (American Medical Association) hat das bislang verhindern können. Die gleiche Organisation hat auch in hervorragender Weise dafür gesorgt, die Ausbildung der Mediziner zu überwachen und zu verbessern, so daß man heute wohl sagen kann, sie können sich mit den Ärzten jedes Landes messen. . . .

... Um den Forderungen der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft nach einer gründlichen medizinischen Ausbildung gerecht zu werden, haben die medizinischen Fakultäten die Zulassung zum Medizinstudium beschränkt. . . .

... Wie die Ausbildung und Fortbildung des Arztes der Überwachung durch die Amerikanische Medizinische Gesellschaft unterstehen, so auch die Hospitäler. Es gibt Hospitäler, die von der Medizinischen Gesellschaft zur Ausbildung von Medizinalpraktikanten und Assistenten, die spezialärztlich ausgebildet werden wollen, anerkannt sind, und andere, denen diese Anerkennung versagt ist. Die anerkannten Hospitäler müssen einer Reihe von Mindestforderungen nachkommen. Alljährlich wird jedes Hospital von einer Sonderkommission untersucht. Wie wichtig es für die Hospitäler ist, von der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft anerkannt zu werden, kann man daraus ersehen, daß es unmöglich ist, ohne diese Anerkennung Medizinalpraktikanten und Assistenten zu bekommen.

In dieser Weise wacht die ärztliche Organisation über die Ausbildung und Fortbildung ihrer Ärzte und ist immer darauf bedacht, das Niveau des Bildungsganges zu heben. Gleichzeitig wacht die Amerikanische Medizinische Gesellschaft darüber, daß der Staat sich nicht in die organisatorische medizinische Tätigkeit der Universitäten einmischte. Um nur ein Beispiel zu nennen: Als vor kurzem Bestrebungen im Gange waren, von der Bundesregierung aus einzelne Universitäten finanziell zu unterstützen, um mehr Ärzte auszubilden zu können, lehnte die Amerikanische Medizinische Gesellschaft diese Unterstützung ab und erklärte sich bereit, von sich aus heftig einzugreifen. Man sagt sich mit Recht, wenn der Staat finanzielle Hilfe leistet, nimmt er auch das Recht in Anspruch, bei der Organisation dieser medizinischen Fakultäten mitzureden, und gleichzeitig wird er seinen politischen Einfluß geltend machen, um sozialisierende Tendenzen in der Medizin, denen eine große Zahl einflußreicher Politiker zuneigt, zu fördern. Bisher ist es gelungen, durch eigene Aufwendungen der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft und durch private Unterstützungen die nötigen Gelder aufzubringen und die Einmischung des Staates zu verhindern.

Aber nicht allein auf die Erziehung und Fortbildung des Arztes und die immerwährende Beaufsichtigung der Hospitäler beschränkt sich die Arbeit der Amerikanischen Medizinischen Gesellschaft, sondern sie nimmt auch auf die Arbeit Einfluß, die notwendig ist, um wirtschaftlich schwachen Bevölkerungsgruppen zu helfen, damit einer Sozialisierung des ärztlichen Berufes vorgebeugt wird. . . .

... Die Amerikanische Medizinische Gesellschaft ist also immer bestrebt, eine zwangsmäßige Regelung der ärztlichen Versorgung breiterer Bevölkerungsschichten durch den Staat zu verhindern, dafür aber freiwillige Versicherungen zu fördern und zu unterstützen. . . .

## AMTLICHES

### Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

Bei dem Staatl. Gesundheitsamt Aschaffenburg ist eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerbungen können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. August 1955 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Verg.-Gr. III der TOA.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

### Warnung vor dem rauschgiftsüchtigen Otto Unzner

Der rauschgiftsüchtige Otto Unzner, geb. 3. 8. 1900 in München, ist zur Verordnung und zum Bezug von Betäubungsmitteln gesperrt, weil bei ihm die Anwendung derselben ärztlich nicht begründet ist. Trotzdem hat er sich in letzter Zeit in zahlreichen Fällen unter Angabe falscher Namen und unter Vortäuschen von Gallenschmerzen von Ärzten Dilaudid/Atropin-Injektionen verabreichen lassen und sich außerdem noch Rezepte für Dilaudid/Atropin oder Eukodal erschwandelt. In mehreren Fällen veranlaßte er die Ärzte unter einem Vorwand, das Sprechzimmer zu verlassen, um deren Abwesenheit zum Diebstahl von Rezeptvordrucken auszunutzen. Die Ärzte wurden in der Regel um die Behandlungs- und Arzneimittelkosten geschädigt. In einigen Fällen ist er mit seiner minderjährigen Tochter, Doris Unzner, aufgetreten. Unzner wechselt häufig seinen Wohnsitz, er ist als Kraftfahrzeughändler viel unterwegs und ist bisher an den verschiedensten Orten und Städten in ganz Oberbayern aufgetreten.

### Personalbeschreibung:

150—160 cm groß, schlank, bageres, eingefallenes Gesicht, gelbbrauner Teint, dunkeiblond-graugemischte nach hinten gekämmte Haare, blaugraue Augen, gerade Nase, große Ohren, lückenhafte Zähne, trägt Brille. Allgemeine körperliche Konstitution schwächlich, krank aussehend. Spricht hochdeutsch mit bayerischem Einschlag. Techn. Kaufmann (Kfz.-Händler), derzeit wohnhaft in Siegsdorf/Obb.

I. A. gez. Hopfner, Ministerialrat

### Rücknahme der Untersagung der ärztlichen Berufsausübung

Die mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 8. 8. 1951 verfügte Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch Dr. Hans Bachhuber, München 12, Bergmannstraße 33, wurde am 9. 5. 1955 durch die Regierung von Oberbayern zurückgenommen.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 85/III, Tel. 3 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 25/27, Telefon 2 51 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, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 86 86. Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.



# Strophoperm

zur perliagonalen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

PERMICUTAN-GESELLSCHAFT · MBH · MUNCHEN 13