



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

MÜNCHEN, September 1955

10. Jahrgang

Um die Selbständigkeit der Gesundheitsämter

Von Medizinalrat Dr. Walter Bachmann

Wie aus der Tagespresse bekannt, werden derzeit vom Landkreisverband unter dem Motto „Verwaltungsvereinfachung“ heftige Versuche unternommen, die staatlichen Gesundheitsämter in Bayern zu Teilen der Landratsämter zu machen, ihnen also ihre Unabhängigkeit zu nehmen und den bisher eigenverantwortlichen Amtsarzt zu einer Hilfskraft des Landrates zu degradieren. Daß diese Versuche sachlich, insbesondere vom ärztlichen Standpunkt, strikte abzulehnen sind, darüber herrscht in Fachkreisen Einigkeit. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Stellungnahme des Herrn Präsidenten Dr. Sewerling vor dem Landtagsausschuß zur Einbringung von Vorschlägen für die Verwaltungsvereinfachung und das Gutachten des Obermedizinalaussehusses. Auch der Landesgesundheitsrat arbeitet an einem Gutachten zu der Frage. Befremdlicherweise werden diese eindeutigen Gutachten ebenso wie die scharfe Stellungnahme des Leiters der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Inneren, Ministerialrat Dr. Schmelz, zwar angehört, kaum aber beachtet. Dieser Umstand ist wohl als pathognomonisch für die Situation zu bezeichnen. Es heißt also fast Eulen nach Athen tragen, wenn nun hier aus dem Blickwinkel des im öffentlichen Gesundheitsdienst praktisch tätigen Arztes der Versuch unternommen wird, nochmals den Fragenkomplex zu erörtern und die gesamte Ärzteschaft dafür zu interessieren. Die Ausführungen sind aber trotzdem notwendig, da es sich nicht bloß um eine Umschichtung der Verwaltung handelt. Wäre das der Fall, so lohnte es sich nicht, hier auch nur eine Zeile zu schreiben. Es liegt aber ein zu dem für die freie Ärzteschaft unerträglichen Expansionsdrang der Versicherungsträger — über den an dieser Stelle oft und eindeutig diskutiert wurde — genau paralleler Fall vor. So wie dort der freie Arzt in ein unbedingtes Abhängigkeitsverhältnis hineingedrängt werden soll, soll jetzt der Medizinalbeamte seiner Funktion als Behördenleiter beraubt und aus dem Einfluß, den er sich durch jahrzehntelange Arbeit innerhalb der Verwaltung geschaffen hat, verdrängt werden, zugunsten einer seiner Bedeutung und Ausbildung unwürdigen Abhängigkeit. Die geplante Regelung stellt somit eine Maßnahme dar, die für den Ärztestand als solchen einschneidend und erniedrigend ist.

Die Gesundheitsämter stammen ab von den alten Bezirksärzten, die als ärztliche, dem Regierungspräsidenten unterstehende Beamte dem Bezirksamtmann beigeordnet waren. (Der ehemalige bayerische Bezirksamtmann war ein Berufsbeamter, während der heutige Landrat ein gewählter politischer Beamter ist.) Sie waren also weitgehend unabhängig, wenn sie auch noch keine Behördenleiter waren und kein eigenes Personal zur Verfügung hatten. Von einer Wiederherstellung früherer Zustände, wie sie von den Anhängern des Anschlusses an die Landratsämter immer wieder als Argument ins Feld geführt wird, kann also keine Rede sein. Große Städte hatten damals schon eigene kommunale Gesundheitsämter mit entsprechender Abhängigkeit von der Stadtverwaltung eingerichtet. Durch das Reichsgesetz über die

Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934 wurden dann allenthalben in Anlehnung an die untere Verwaltungsbehörde, aber unabhängig davon, staatliche Gesundheitsämter geschaffen. Diese sind also die einzigen, rein ärztlich geleiteten selbständigen Behörden. Sie sind mit einer großen Anzahl von Aufgaben, teils administrativer, teils ärztlicher Art betraut, von deren Vielfältigkeit sich der Außenstehende kaum eine Vorstellung machen kann. Von den Gegnern der Gesundheitsämter wird immer wieder ins Treffen geführt, daß dieses Gesetz ein Produkt des nationalsozialistischen Staates und schon deswegen abzulehnen sei. Dem muß energisch widersprochen werden. Der Referentenentwurf des Gesetzes lag bereits 1932 im damaligen Reichs- und Preussischen Ministerium des Inneren fertig vor, lediglich der inzwischen außer Vollzug gesetzte Abschnitt über Erb- und Rassenpflege wurde später eingefügt. Das Gesetz entstand also nicht aus Machtstreben, sondern aus der Notwendigkeit heraus, dem Arzt auch innerhalb der Verwaltung endlich die Stellung einzuräumen, die ihm zukam. Damit ging gleichzeitig eine Aktivierung des öffentlichen Gesundheitswesens einher. Angriffe gegen diese Regelung sind nichts Neues. Schon die nationalsozialistischen Machthaber versuchten, den Amtsarzt aus seiner unabhängigen Stellung wieder zu verdrängen. Nach Kriegsende wurden die staatlichen Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Hessen aus politischen Gründen kommunalisiert. Sie wurden also, um den Begriff zu erklären, ihres Charakters als Staatsbehörden überhaupt entkleidet und zu Kreisbehörden gemacht. Die praktischen Erfahrungen mit dieser Lösung sind so schlecht, daß das nicht bloß von den betreffenden Amtsärzten beklagt, sondern sogar von einigen der damals verantwortlichen Politiker zugegeben wird. Die Tatsache, daß kommunale Ämter in großen Städten (in Bayern: München-Stadt, Augsburg-Stadt und Nürnberg-Stadt) im ganzen befriedigend funktionieren, spricht nicht dagegen. Es ist eben ein großer Unterschied zwischen Großstadt, kreisfreier Stadt und Landkreis. Auch in Bayern waren damals solche Bestrebungen, glücklicherweise ohne Erfolg, im Gange. Daß die Gesundheitsämter in der sowjetischen Besatzungszone sofort ihrer Selbständigkeit beraubt wurden und der Bolschewisierung der Verwaltung anheimfielen, ist bei der Mentalität der dortigen Machthaber kaum verwunderlich.

Nun setzt, nachdem ein gleichgerichteter Angriff in Baden-Württemberg vor Jahresfrist an höherer Einsicht gescheitert, wie gesagt, auch bei uns eine neue Attacke gegen die Selbständigkeit der Gesundheitsämter ein. Man hat allerdings erkannt, daß eine Kommunalisierung im eigentlichen Sinne in Bayern gar nicht praktikabel ist. Die Mehrzahl der Landkreise wäre rein finanziell nicht in der Lage, ein auch nur einigermaßen den Forderungen der modernen Medizin entsprechendes Gesundheitsamt zu betreiben. Ja, manche von ihnen lehnen sogar die Einstellung eigener Fürsorgerinnen ab, obwohl der Staat für jede derartige Fürsorgerin einen Zuschuß

von 2000.— DM jährlich zahlt. So geht es also nicht. Man will jetzt die Gesundheitsämter als Abteilungen an den staatlichen Teil der Landratsämter anhängen. Dabei ist nicht klar, ob der Amtsarzt Abteilungsleiter sein oder die Verhältnisse denen bei der höheren Verwaltungsbehörde (s. u.) nachgebildet werden sollen. So wären die Gesundheitsämter den Landräten unterstellt, ohne daß die Kreise finanziell mehr als bisher belastet wären. Verwaltungstechnisch schwebt — und es ist nicht zu leugnen, daß auch einige führende Verwaltungsjuristen mit dieser Lösung sympathisieren — hier das Beispiel der höheren Verwaltungsbehörde vor: Der Medizinalreferent der Regierung ist nicht Abteilungsvorstand, sondern hat einen Juristen zwischen sich und dem Regierungspräsidenten. So denkt man sich die neue Stellung des Amtsarztes offenbar auch, ohne dabei zu bedenken, daß höhere und untere Verwaltungsbehörde auf medizinischem Gebiete nicht vergleichbar sind. Es fehlt bei der höheren Verwaltungsbehörde nämlich ein wesentliches Charakteristikum der ärztlichen Tätigkeit: der unmittelbare Kontakt zwischen Arzt und Patient. Auf der unteren Ebene dagegen macht er einen großen Teil der täglichen Arbeit des Amtsarztes aus.

Eingespart wird auf diese Weise übrigens nichts. Personal, Einrichtungen und dergleichen müssen ja weiterhin bezahlt und unterhalten werden. Auch eigene Baulichkeiten sind für die Gesundheitsämter mit Rücksicht auf die Art ihrer Tätigkeit meist nicht zu umgehen (Tbc-Fürsorge!). An einen Abbau von Personal und Einrichtungen kann wegen der Arbeitsüberlastung gar nicht gedacht werden. Lediglich das Rechnungswesen würde für die Gesundheitsämter wegfallen, was aber nur bedeuten würde, daß die entsprechenden Arbeiten dann eben den Landratsämtern zufallen. Ersparnisse sind also nicht in nennenswertem Umfang zu erzielen. Im Gegenteil: Wie würde es bei den kreisfreien Städten werden? Bisher hatten beispielsweise Stadt- und Landkreis Freising ein Gesundheitsamt, das, unabhängig von beiden, die gesundheitlichen Belange hier und dort bearbeitet. Sollte es in Zukunft etwa dem Stadtrat der kreisfreien Stadt recht sein, daß das Gesundheitswesen der Stadt von einem Beamten des Landratsamtes kontrolliert wird? Wohl kaum! Die Stadt würde mit Recht auf der Errichtung einer eigenen Dienststelle bestehen, was ja irgendwie auf Kosten des Bürgers erfolgen müßte. Das ist aber, da bereits fast ideale Verhältnisse bestehen, mit dem besten Willen nicht als Verwaltungsvereinfachung zu bezeichnen. Es gibt in Bayern 133 staatliche Gesundheitsämter mit sieben Nebenstellen, die auch für 49 kreisfreie Städte zuständig sind. Tatsächliche Vereinfachung erreicht man nicht dadurch, daß man bewährte Einrichtungen abschafft, sondern dadurch, daß man überalterte, starre und zu komplizierte Gesetze und Verordnungen außer Vollzug setzt und neue, der Zeit angepasste, einführt. Wir Ärzte behandeln ja eine Pneumonie auch nicht mehr nach den Methoden von 1900, sondern wenden die neuesten Forschungsergebnisse an. Mutatis mutandis sollte das auch für die Verwaltung gelten!

Wenden wir uns nun von der Verwaltung ab und den uns als Ärzte viel mehr Interessierenden rein ärztlichen Belangen zu! Gewiß, die Gesundheitsämter haben viele Aufgaben, die sie auch in Abhängigkeit von den Landratsämtern spielend erledigen könnten, z. B. die Überwachung der Medizinalpersonen und des Verkehrs mit Arzneimitteln. Schon bei der so wichtigen Seuchenbekämpfung hört es auf. Die notwendigen Maßnahmen werden hier von der Verwaltungsbehörde auf Vorschlag des Gesundheitsamtes angeordnet. Bei „Gefahr im Verzug“ hat der Amtsarzt das Recht, unmittelbarer einstweiliger Anordnungen. Da größere Maßnahmen (z. B. Chlorung des Trinkwassers, Verbot von Veranstaltungen u. dgl.) häufig von der Bevölkerung, aber auch den Behörden, nicht verstanden und als unnötige Belästigung, wenn nicht gar Schikane, empfunden werden, macht die Durchführung leicht Schwierigkeiten. Wenn die Verwaltungsbehörde dem Vorschlag des Amtsarztes nicht nachkam, konnte dieser bei der Regierung darüber Beschwerde führen. Wie soll das in Zukunft werden? Ein Beispiel, was so vorkommen kann, sei einer Arbeit Kibikais (Archiv für Hygiene und Bakteriologie Heft 5/1953) entnommen. Ein Kommentar erübrigt sich!

„Durch eine schwere Epidemie anderswo war ein Gesundheitsamt auf die Gefahr aufmerksam geworden. Maßgebende Gutachter hatten die Gefahr bestätigt und sofortige Chlorierung vorgeschlagen. Der Gegengutachter war ein Apotheker, der einwendete, daß die Chlorierung Fermente und Leitungshähne zerstöre. Gegen die Chlorierung wendete sich in einer eigens einberufenen Bürgerversammlung eine große Mehrheit. Der Landrat, der eine maßgebende Stimme gehabt hätte, schwieg. Denn in wenigen Tagen sollte seine Neuwahl stattfinden.“

Nun aber zu einem Punkte, der bisher noch wenig in die Debatte geworfen wurde, für uns Ärzte aber einer der wichtigsten ist:

Wie steht es mit der Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses?

Diese ist doch nicht gleichzusetzen mit der üblichen Amtsverschwiegenheit der Behörden, etwa dem Steuergeheimnis. Es ist immerhin ein Unterschied, ob ich beispielsweise von einem Menschen weiß, wieviel Einkommensteuer er zahlt, oder daß sein Vater in der Heil- und Pflegeanstalt gestorben ist, und er selbst an einer defektheilten Paralyse leidet. Wer sollte in Zukunft einen reinen Verwaltungsbeamten daran hindern, sich auch gegen den Willen des ihm unterstellten Amtsarztes Einblick in die Akten des Gesundheitsamtes zu verschaffen? Bisher konnte der Amtsarzt die Herausgabe solchen Materials einfach verweigern. Das ärztliche Berufsgeheimnis wird noch mehr gefährdet werden als bisher, und der Patient hat nicht mehr die Gewähr oder auch nur das Gefühl, daß seine Geheimnisse wirklich auf den Arzt und sein Hilfspersonal beschränkt bleiben. Die Akten der Gesundheitsämter sind Krankenpapiere und enthalten Aufzeichnungen über die intimsten Schicksale der Patienten. Wenn die Möglichkeit besteht, daß sie ohne einen anerkannten rechtlichen Grund von einem Laien, selbst wenn dieser sich auf eine allgemeine Amtsverschwiegenheit berufen kann, eingesehen werden, so ist das ein Bruch des ärztlichen Berufsgeheimnisses und damit ein Eingriff in die primitivsten menschlichen Grundrechte. Gleiche Verhältnisse herrschen beim täglichen Posteinlauf. Selbst wenn man eine solche Verletzung des Berufsgeheimnisses theoretisch durch entsprechende Verordnungen verhindern wollte, so würde doch die Gefahr immer fortbestehen und Mißbräuche sich nicht verhüten lassen. *Exempla docent!*

Ein weiterer beherzigenswerter Gesichtspunkt ist die amts- und vertrauensärztliche Tätigkeit der Gesundheitsämter. Bekanntlich werden neuerdings Forderungen laut, man solle die Vertrauensärzte der Versicherungsträger durch völlig unabhängige staatliche Gutachterstellen ersetzen, die in ihrem Zuständigkeitsbereich jede anfallende Begutachtung durchführen sollen. Bei den Gesundheitsämtern hat man das Gegenteil vor. Hier soll der Amtsarzt, der bisher in Fragen der Gewährung von Unterhaltshilfe und Fürsorgeunterstützung, aber auch bei der Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamten — um nur wenige Beispiele zu nennen — nur nach seinem ärztlichen Gewissen entschied, plötzlich in Abhängigkeit von der das Gutachten beantragenden Behörde gebracht werden. Welch ein Widersinn! Fast als Witz mutet auch die Feststellung an, daß man zur gleichen Zeit, da man versucht, den Stab über die Gesundheitsämter zu brechen, eine heftige Attacke gegen Staatsanwälte und Richter und die Weisungsgebundenheit der Erstgenannten reitet (Süddeutsche Zeitung vom 8. und 9. 7. 1955). Das Verhältnis Arzt—Patient will man trotz allen Einwänden der Fachleute weiterhin beeinträchtigen und die Stellung des Arztes in der Verwaltung unterhöheln, während man andererseits die Situation des Angeklagten im Strafprozeß bessern will und Krokodilstränen über dessen angebliche oder tatsächliche Benachteiligung vergießt.

Für den Arzt der freien Praxis und der Klinik ergibt sich aus der geplanten Neuregelung weiter die Folge, daß er nicht, wie bisher, verantwortlich mit einem Kollegen verhandeln kann, sondern bestenfalls mit einem Juristen. So wird indirekt durch die in Aussicht genommene Änderung der bestehenden Verhältnisse der Einfluß der Ärzteschaft auf die vorbeugende Medizin verringert.

Daß es außerdem kaum mehr möglich sein wird, unter diesen Umständen geeigneten Nachwuchs für die nun einmal nötige Amtsarztlaufbahn zu bekommen, sei nur noch erwähnt. Welcher wirklich qualifizierte Arzt wird sich denn in ein solches Abhängigkeitsverhältnis begeben

wollen, das seiner Ausbildung keineswegs entspricht? Bisher war die Aussicht, Leiter einer selbständigen Behörde werden zu können, ein Anreiz. In Zukunft werden Kollegen mit Neigung zur Verwaltungstätigkeit bei der Wehrmacht einen wesentlich günstigeren Wirkungskreis finden als beim öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zusammenfassung: Von schweren Sorgen um die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes erfüllt, sah sich der Verfasser veranlaßt, das Problem der Selbständigkeit der Gesundheitsämter vom Standpunkt des im öffentlichen Gesundheitsdienst praktisch tätigen Arztes zu behandeln. Es wurde festgestellt, daß die vom Landkreisverband unter dem Vorwand einer Verwaltungsvereinfachung vorgesehene Unterstellung der Ge-

sundheitsämter unter die Landräte keine einzige wirklich positive, dafür nur negative Seiten hat. Die geplante Maßnahme bringt keine tatsächliche Vereinfachung, sondern stellt einen schweren Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Bevölkerung dar und ist so nicht nur für die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern für die gesamte Ärzteschaft auf das entschiedenste abzulehnen. Ihre Durchführung wäre ein schwerer sachlicher Fehler. *Videant consules ne quid detrimenti capiat res publica!*

Anschrift des Verfassers: Medizinalrat Dr. Walter Bachmann, Staatliches Gesundheitsamt München-Land, München 8, Hochstr. 65.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte Deutschlands

zum „Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen“

Die steigenden Ansprüche, welche der Mensch der heutigen Zivilisation für seine gesundheitliche Betreuung an die Gesellschaft stellt, dehnen zwangsläufig unseren ärztlichen Aufgabenkreis auch auf das Gebiet einer fürsorgenden und vorsorgenden Behandlung aus. Welche Rolle bei der Lösung dieser Aufgabe den Organen der staatlichen Gesundheitsbehörden einerseits und der freien Ärzteschaft andererseits zufällt, hat für das Ressort der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern deren Leiter, Min.-Rat Dr. Schmelz, auf dem Bayer. Ärztetag in Passau in dankenswerter Klarheit dargelegt*).

Sehr im Gegensatz zu dieser, einem gemäßigten Landesklima entsprossenen Konzeption scheint man bei den Bundesbehörden in Bonn einer Lösung den Vorzug zu geben, die derartige Aufgaben weitgehend in Staatsregie übernehmen will. Jedenfalls weist der kürzlich vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf für ein „Krüppelfürsorgegesetz“ deutliche Sozialisierungstendenzen auf und würde mit der völlig unscharfen Abgrenzung seines Zuständigkeitsbereiches die willkürliche Auslegung und Ausdehnung geradezu herausfordern. Begreiflicherweise wurden gegen den Entwurf schwere Bedenken geltend gemacht, so vom Präsidenten des Deutschen Ärztetages, vom Berufsverband der Orthopäden, den fachärztlichen Berufsverbänden und nicht zuletzt von der Bundesarbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte. In deren Auftrag hat Dr. Karl Schmid, Zell-Baden, eine „Stellungnahme“ ausgearbeitet, die dem Bundesinnenminister zugeleitet wurde. Nach ihrer Veröffentlichung im „Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte Berlins“ geben wir sie nachstehend wieder.

Die Schriftleitung.

In der Sorge, daß eine neuartige staatliche Bevormundung der freien Ärzteschaft über dieses Gesetz droht, unterbreiten wir dazu folgende Darlegungen:

Im Rahmen unserer Gesetzesinflation hat es den Referenten der westdeutschen Ministerialbürokratie beliebt, einen besonders hintergründigen Gesetzesentwurf gegen die praktizierende Ärzteschaft vorzulegen!). Hierbei wurden die bisherigen Krüppelgesetze und Verordnungen auf Länderebene zu einem sich auf Bundesebene erstreckenden „Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen“ ausgebaut. Federführend war hierbei das Bundesministerium des Innern. Das Hintergründige daran ist an diesem sogenannten Fürsorgegesetz, daß einer Ausweitung vom rein fürsorglichen Gebiet auf den ärztlichen Bereich Tür und Tor geöffnet wird!).

Der Text dieses Entwurfs vom 3. Mai 1955 ist zur Regierungsvorlage geworden. Es wurde bereits vom Bundeskabinett verabschiedet und ist am 3. Juni 1955 mit unverändertem Text dem Bundesrat zugeleitet worden!). Eine Stellungnahme ist heute um so notwendiger, als in kürzester Frist die Verkündung dieses Gesetzes herbeigeführt werden soll, in dessen Text keine Begrenzungen vor mißbräuchlichen Handhabungen bedacht wurden.

Neuer Eingriff in das Arzt—Patient-Verhältnis

Man könnte denken, ein Bundesgesetz für Körperbehinderte kann uns als praktische Ärzte doch kaum tangieren. Auch ärztliche Laien mögen einwerfen: Ein Fürsorgegesetz für Körperbehinderte ist doch sicherlich

sowohl sozial als auch christlich. Will es nicht lediglich jenen armen kranken Brüdern und Schwestern in bester und würdigster Weise helfen? Dabei wird selbstverständlich angenommen, daß dieses Gesetz sich in einer „Fürsorge für Körperbehinderte“ erschöpft. Was man jedoch unter der Begründung einer „Befürsorgung auch der von einer Körperbehinderung bedrohten Personen“ in Szene zu setzen vermag, das muß uns als Ärzte im Interesse der später voraussichtlich von dem Gesetz „Betroffenen“ schon etwas beschäftigen. Über einen staatsbürgerlich keineswegs begründeten Zwang von Vertrauenspersonen aus der näheren Umgebung unserer Kranken zu einer Meldepflicht erfolgt erstmalig eine einleitende Beugung demokratischer Rechte. Wenn im ärztlichen Sektor solche „Nötigungen“ mit Einbau von Meldeaufträgen in den Kreis der Berufspflichten auf Laien gesetzlich erstreckt werden, dann will man bewußt und vorsätzlich störend in die Intim-Sphäre Arzt—Patient durch Dritte eingreifen lassen!). Nur ein Naiver kann dies abstreiten; wird doch bereits die Umgebung des von einer Körperbehinderung Bedrohten auf unserem Wege zum Wohlfahrtsstaat mit soliden staatlichen Meldeaufträgen verpflichtet. So werden diese im Zuge der evtl. einzuleitenden Befürsorgung mit „Nötigungen“, Vorladungen und Zwangsuntersuchungen zu einem Objekt staatsbürokratischer Maßnahmen!).

Überflüssiger Meldezwang

Eine möglichst umfassende Hilfe für Körperbehinderte, innerhalb und auch außerhalb der reinen Fürsorge, können wir als Ärzte nur bejahen. Der ausschließliche Weg hierzu über die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in einer wie hier vorgesehenen Form ist jedoch entschieden abzulehnen. Der Eingriff in die persönliche Freiheit des „Körperbehinderten“ oder des „von einer Körperbehinderung Bedrohten“, ist hier zu umfassend geworden!).

Dieser aus der sozialisierenden Tendenz bewußt herausentwickelte Gesetzesentwurf mit seinem vor allem in seiner Begründung schlicht zwischen die Zeilen verkleideten Gedanken fordert also eine generelle Meldepflicht. Eine Pflicht ist ein Zwang, zumal wenn eine solche Verpflichtung zur Meldung durch bundesstaatliche Gesetzgebung ausdrücklich festgelegt wird. Solch ein Meldezwang unterscheidet sich grundsätzlich von einem Melderecht, etwa im Interesse unserer Kranken, die der „Fürsorge für Körperbehinderte“ wirklich bedürfen oder diese wünschen! Solch ein undemokratischer und in sich unnötiger gesetzlicher Zwang erinnert in fataler Weise an andere gesundheitspolitische Zwangsmeldungen einer erst kurze Zeit zurückliegenden Epoche. Auch jene Pflicht-Meldungen (z. B. Sterilisationsgesetz) hatten damals durchaus ihre sozial auffrisiert herausgestellten Begründungen gefunden!).

Auch damals erachtete man es nicht als ausreichend, diese Meldepflicht auf Ärzte zu beschränken. So wird auch im — jetzt einer Ausweitung zustrebenden — Gesetz diese Meldepflicht, der doch zweifellos rein ärztliche Beurteilungen zugrunde liegen sollten, in den pflichtgemäßen Aufgabenkreis von Lehrpersonen, Ange-

*) Vgl. Bayer. Ärzteblatt Nr. 7 S. 122.

hörigen ärztlicher Hilfsberufe und sonstiger Krankenbehandler ohne Bestallung als Arzt eingebaut⁴). Die Mißachtung der Persönlichkeitsrechte des betroffenen Staatsbürgers im gesundheitlichen Sektor erleichtert damit einer späteren Entwicklung all jene Möglichkeiten, die eines wahrhaft demokratischen und sozialen Bundesstaates nicht würdig sein können⁵).

Ärztliche Laien dürfen nach diesem Gesetzentwurf jederzeit von sich aus amtliche medizinisch-bürokratische Eingriffe in die persönlichen Freiheitsrechte beliebiger Staatsbürger zur Auslösung bringen. Dies geschieht selbst dann, wenn durch die Verbundenheit des Amtsarztes mit dem freien Artztum dieser solch eine Ausweitung nicht fördern will. Was kann dabei ein einsichtiger Medizinalbeamter ändern, wenn durch den neu eingeführten und offenbar absichtlich nicht genau definierten Begriff einer „wesentlichen Körperbehinderung“ jene Meldevorschriften zur Berufs-Pflicht auch von nichtärztlichen Medizinalpersonen und Laien gemacht werden? Die Achtung vor einem Gesetz wird durch solche wesentlichen „Gummibegriffe“ nicht gefördert⁶). Unbestreitbar kann als Auftragsgeschäft die Erfüllung dieser „Pflicht“ völlig in das subjektive Ermessen des sich zur Meldung verpflichtet Fühlenden gestellt werden⁷).

Diese gesetzlich geforderten generellen Pflicht-Meldungen an öffentlichen Behörden werden verlangt — und das ist das Grundsätzliche: mit Verletzung von beruflichen Schweigeverpflichtungen —, obwohl weder eine Ansteckungsgefährdung der Umgebung noch sonst eine Seuchengefahr oder eine echte staatsbürgerliche Notwendigkeit besteht! Die hierfür herbeigezogenen Motivierungen halten weder einer sachlichen Kritik stand noch stimmen sie mit den statistischen Ergebnissen und Wirklichkeiten überein. Es stimmt nicht — wie in der Presse-Propaganda dargestellt —, daß die „Folgen der Rachitis“ bedeutungsvoller geworden wären, so daß damit eine zunehmende Gefährdung der Bevölkerung als drohendes Gespenst an die Wand gemalt werden dürfte⁸). Wäre diese Verfälschung richtig, müßte dies ein besonders schlechtes Licht gerade auf die öffentliche Mütterberatung und Säuglingsfürsorge werfen, welche sich vornehmlich der Rachitisbekämpfung, seit vielen Jahren auch vorbeugend mit großem Aufwand unter kostenloser Ausgabe von Vigantolpräparaten, befleißigt. — Auch in bezug auf die spinale Kinderlähmung mit ihren Folgen steht — trotz der diesjährigen Impfwiszenfälle in USA — nicht zu erwarten, entgegen jenen Darstellungen, wie sie in Funk, Bild und Presse in der letzten Zeit besonders zweckdienlich herausgestellt wurden, daß solche gesetzlichen Maßnahmen je notwendig sind. Da zudem die spinale Kinderlähmung eo ipso eine ansteckende Krankheit ist und bleiben wird, wird sie zweifellos in jedem Falle bereits jetzt — wie bisher — den Gesundheitsämtern lückenlos gemeldet! Eine begrüßenswerte Unterstützung der oft schwierigen und langwierigen Behandlung der Folgezustände nach Abklingen des akuten Erkrankungsstadiums ist jedem Arzt sehr willkommen, um seinen Kranken weitestgehend helfen zu können. Dies begründet jedoch keineswegs den Aufbau neuer Beratungsstellen an jedem Gesundheitsamt mit staatlichem Einbruch in die Sphäre der individuellen Behandlung von Kranken in der vorgesehenen Weise⁹).

„Übermut der Ämter“

Man stelle sich vor, wenn diese mit der Meldepflicht gesetzlich geforderte Reglementierung, die nicht nur praktisch fast das gesamte Krankengut der Orthopädie umfaßt, sondern sich auch auf die Allgemein- und andere Fachpraxen erstreckt, sich weiter auf die übrigen Disziplinen der Heilkunde hinaus ausdehnen würde! Als praktizierende Ärzte können wir so in Kürze vor der Frage stehen, ob man nicht auch für jeden Splitter — ähnlich wie bereits bei den Berufsgenossenschaften mit dem Vorwand der Ermittlung und Dokumentation — oder auch für jede Mücke, die in das Auge eines unserer Patienten fliegt, nicht eine gesetzliche Meldepflicht einführen möchte. Wenn man eine begründete „Krüppel“-Fürsorge zu einer „Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen“ derart gesetzlich auszu-

weiten versteht, könnte man in analoger Weise eine ausweitete „Blinden-Fürsorge“ sich derart auch auf eine fürsorgegesetzliche Kontrolle aller „Sehstörungen und von einer Sehstörung bedrohten Personen“ sich erstrecken lassen. Logischerweise könnte im Zuge einer strafferen Erfassung der „Gehör- und Sprachbehinderten“ auf der Grundlage einer „Taubstummen-Fürsorge“ der Gesunde mit einer augenblicklichen Beeinträchtigung seines Gehörs infolge eines Ohrschmalzpfropfes fürsorgerechtlich für ärztliche Laien meldepflichtig gemacht werden¹⁰).

Besonders erinnert wird man aber an das Hamletwort „vom Übermut der Ämter“, wenn man die Tendenzen zur Ausweitung in eine anonyme und kollektivistische Behandlung in diesem Gesetzentwurf vorbereitet findet¹¹).

Um die Gesamtbevölkerung in bezug auf drohende Körperbehinderungen in diesen „ärztlichen Beratungsstellen“ mit Erstellung von „bindenden Heilplänen“ durchzusetzen, bedarf es zunächst des dazu notwendigen organisatorischen Ausbaus an den Gesundheitsämtern¹²). Nur ein Unkundiger kann die Behauptung vertreten, daß solche „ärztlichen Beratungsstellen“ mit den Aufgaben der Ermittlung und der Aufstellung schriftlich zu fixierender Heilpläne und deren laufende Überwachung mit regelmäßigen Sprechtagen etwa nicht in die „Behandlung“ des anfallenden Krankengutes eingreifen. Wie kann aber eine staatliche Gesundheitsbehörde eine harmonische Zusammenarbeit mit dem frei tätigen Arztstand erwarten, wenn sie in einen konkurrierenden Wettstreit mit ihnen eintritt, mindestens aber eine so weitgehende Bevormundung ausübt? Fördert sie nicht hiermit jene allgemeine Tendenz der öffentlichen Hand gegen die freien Berufe? Sind alle Motivierungen wirklich so edel, daß sie, mit sozialem Pathos verbrämt, „lediglich als fürsorgerische Hilfe für den Körperbehinderten“ umfassend gekennzeichnet sind? Müssen wir als praktizierende Ärzte denn erwarten, daß wir für unsere doch zweifellos — wie kaum bei einem sonstigen Stande — der Öffentlichkeit dienenden Aufgaben nicht mehr generell einer verständnisvollen Förderung unserer Gesundheitsbehörden sicher sein können? Wer möchte denn ernstlich bestreiten, daß durch diesen Gesetzentwurf keine Beeinflussung der freien Arztwahl durch diese Amtsstellen erfolgt? Dies muß als unzulässig empfunden werden und widerspricht dem Grundrecht der freien Berufsentfaltung des Arztes. Es ist doch kein Zufall, daß dieser Gesetzentwurf, der für Körperbehinderte geschaffen sein soll, in seinem Gesetzestext nicht ein einziges Mal den an und für sich zuständigen Facharzt für Körperbehinderte, d. h. den Facharzt für Orthopädie, namentlich erwähnt? So stört dieses Gesetz die Zusammenarbeit zwischen dem praktischen Arzt und dem in Frage stehenden Facharzt sowohl bezüglich konsiliarer Tätigkeit als auch eventueller gemeinsamer Behandlung¹³).

Freitägige Ärzteschaft — Erfüllungsgehilfe der Behörden

Warum soll die freipraktizierende Ärzteschaft Erfüllungsgehilfe von Behandlungsvorschriften des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei nicht seuchenhaften Erkrankungen werden? Sträuben wir uns als praktische Ärzte nicht mit Recht, nachdem zuständige Ärzte sowohl für Orthopädie, für Kinderkrankheiten oder Nervenkrankungen mit guter Fachausbildung dem freien Arztstand in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen? Warum sollen gegen die freiberuflichen Ärzte wieder in einem neuen gesundheitlichen Sektor gesetzliche Regelungen eingeführt werden, die eine weitere systematische Unterbrechung natürlicher Bindungen der Bevölkerung zu den in ihren Familien tätigen Ärzten so offensichtlich begünstigt? Soll gar die Aufstellung von Behandlungsplänen und ihre laufende Überwachung durch Medizinalbeamte oft ohne entsprechende Fachausbildung einer sich abzeichnenden ministerialbürokratischen Tendenz Vorschub leisten, daß der Amtsarzt den Facharzt ersetzen soll? Das kann doch gewiß nicht generell dem Wohle aller der Bedürftigen oder der von einer körperlichen Behinderung Bedrohten dienen!

Oder bezweckt das „Fürsorgegesetz für Körperbehinderte“, den öffentlichen Gesundheitsdienst vor allem dafür einzuspannen, um eine wirtschaftliche Vorsorge für orthopädische Anstalten aufzuziehen? Zweifellos garantiert heute nur eine ständige Vollbelegung eine Wirt-

schaftlichkeit derselben. Man könnte sich denken, daß die zur Verfügung stehenden 10 000 Betten dieser 80 Heil- und Erziehungsanstalten durch ein auf diese Weise fürsorglich organisiertes Krankengut wirtschaftlich besser zu erhalten sind als lediglich durch nur mäßige Steuer-senkungen, welche zukünftig unbesetzte Betten allein nicht füllen. Spricht aber nicht gerade die in diesem Entwurf zutage tretende Sorge um eine allmähliche Unterbelegung mancher Heime für Körperbehinderte für die viel wahrhaftigere Wirksamkeit unserer ärztlichen Arbeit, trotz der vergangenen Katastrophen?

Erscheint es dem Fiskus ökonomischer, wenn man versucht, die vielfältigen und tiefen ärztlichen Kranken- und Milieukennnisse der frei praktizierenden Ärzteschaft auch in bezug auf die wirkliche vorbeugende, heilende und nachgehende fürsorgliche Bedürftigkeit derart zu umgehen? Eine wenigstens anfängliche Hospitalisierung der zu Befürsorgenden als Voraussetzung zu einer auch ambulanten Kostenübernahme hat doch vor allem dann einen Sinn, wenn man die praktizierende Ärzteschaft an den geplanten fürsorglichen Betreuungsmaßnahmen höchstens nur am Rande beteiligen möchte. Gibt es aber auch nicht gar manche Schädigungen, vor allem der Psyche und des Zusammenhalts in den Familien durch zu langwierig ausgedehnte und zu sehr gehäufte Hospitalisierungen?

So stimmt es doch die Bundesarbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte Deutschlands sehr nachdenklich, wenn dergleichen verfälschende Darstellungen und oberflächliche Begründungen in einem — trotz der langen Zeit — ungenügend vorbereiteten Gesetzentwurf dafür erhalten müssen, um — wie es anmutet — aus einem für die Öffentlichkeit scheinbar rein sozialfürsorglichen Gesetz für Körperbehinderte, vor allem einen Gesetzestext für Gesundheitsbehörden und evtl. auch für orthopädische Anstalten zu schaffen.

Zell im Wiesental/Baden

Dr. Schmid

¹⁾ Wenn in Zukunft die frei praktizierende Ärzteschaft das notwendige Vertrauen zu den Referententwürfen von Ministerien oder Fürsorgausschüssen haben soll, dann wäre zunächst wünschenswert, daß eine ganz klare Abgrenzung zwischen den Aufgaben der staatlichen Medizin und jenen der freipraktizierenden Ärzteschaft von den Spitzenvertretern unserer ministeriellen Gesundheitsbehörden zugelassen wird; 2. nicht die Überzeugung immer wieder neue Nahrung findet, es werde innerhalb eines Ministeriums eine andere Meinung vertreten, als sie nach draußen eine Begründung erfährt. Auch durch ein lediglich platonisches Gehörtwerden ohne willentliches Eingehen auf die Wünsche der Ständevertretungen ist einer gesunden demokratischen Entwicklung nicht gedient. Bei diesem Gesetzentwurf ist die bisherige Überspielung der ärztlichen Körperschaften und der freien ärztlichen Verbände ein nicht zu bestreitender Tatbestand.

²⁾ „Der vorgelegte Entwurf berührt umfangreiche und komplizierte Fragenbereiche, die teils auf medizinischem, teils auf sozialrechtlichem Gebiete liegen.“ (Auszug aus A. Vorbemerkungen einer Begründung zum Entwurf vom 3. Mai 1955.) „Zusammenfassend ist zu sagen, daß das Gesetz hinsichtlich der medizinischen, ärztlichen Belange eine Ausweitung erfahren hat, die abgelehnt werden muß. Diese Ausweitung verändert den Charakter des Gesetzes als echtes Fürsorgengesetz.“ (Wörtlicher Auszug aus einer Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände vom 27. Mai 1955.)

³⁾ BR.-Drucks. Nr. 148/55; Bonn, den 5. Juni 1955. Eingegangen beim Bundesrat am 3. Juni 1955. Fristablauf am 24. Juni 1955.

⁴⁾ Gesetzestext: § 3 (Meldepflicht). 1. Personen mit Schädigungen im Sinne des § 1 Abs. 1 und 2 sind dem Gesundheitsamt zu melden. 2. Zur Meldung sind verpflichtet: a) Ärzte und Hebammen als Geburtshelfer nach pflichtgemäßer Untersuchung des mit ihrer Hilfe geborenen Kindes sowie sonstige Ärzte, wenn sie in Ausübung ihres Berufes, b) Medizinalpersonen und Fürsorgpersonen, wenn sie gelegentlich ihrer Berufsausübung, c) Lehrpersonen, wenn sie bei den ihrer Erziehung und Obhut anvertrauten Jugendlichen eine vorhandene Körperbehinderung oder die drohende Gefahr einer solchen wahrnehmen. Im Entwurf der Begründung wird hierzu wörtlich erläutert (S. 16): „In bezug auf den Kreis der meldepflichtigen Personen bringt der vorliegende Entwurf insofern eine Erweiterung, als er neben den Ärzten und den Hebammen auch die sonstigen Medizinalpersonen zur Meldung verpflichtet. Dazu gehören also unter anderem Krankenpflegepersonen, Wochenpflegerinnen, Säuglings- und Kleinkinderschwester, Masseure und Krankengymnasten sowie die nicht besonders aufgeführten Zahnärzte und sonstige nicht approbierte Personen, die sich nach ihrer Berufsangabe mit der Behandlung Kranker befassen. Besonders benannt sind außerdem die nicht zu den Medizinalpersonen gebörenden Fürsorgpersonen. Hiernach sind nicht nur die amtlichen Fürsorgpersonen meldepflichtig, sondern auch diejenigen, die in der freien Wohlfahrtspflege tätig sind.“

⁵⁾ Mit 14 Tagen Haft wurde vor kurzem eine Patientin verurteilt, weil sie der wiederholten Aufforderung des Gesundheitsamtes zur Vorstellung in deren Thc-Fürsorge-Sprechstunde nicht nachkam. Bemerkenswert dabei ist, daß dies geschah, obwohl der Behandlungsnachweis durch einen Facharzt und dessen Bericht vorlagen. Man sieht hieraus, wie weit mittels Stützung auf den § 63 der 3. DV des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1954 die Staatsmedizin die Einkreisung ihrer Bürger heute schon vorzüglich betreiben kann. Es muß an die Worte erinnert werden, die in

ähnlichem Zusammenhang anlässlich der Verabschiedung des Kassenarztesgesetzes am 25. Mai 1955 im Bundestag gesprochen wurden. „Dieser Fluch, daß die Macht als Folge des Wohlstands immer weiter in unsere privaten Bereiche einbricht, muß gesehen werden, und er muß einmal von dem deutschen Volk genommen werden.“ (Dr. med. Hammer, M. d. B.)

⁶⁾ Gesetzestext: § 1 (Begriffsbestimmung). (2). „Von einer Körperbehinderung bedroht im Sinne dieses Gesetzes sind Personen mit einem angeborenen oder erworbenen Leiden des Stütz- und Bewegungssystems, das voraussichtlich zu einer dauernden Fehlform oder Fehlfunktion führt und die Erwerbsfähigkeit auf die Dauer wesentlich zu beeinträchtigen droht.“

⁷⁾ Die Zahl der Körperbehinderten oder von einer Körperbehinderung bedrohten Personen läßt sich nach Willkür der Auffassungen örtlicher Ausführungsbehörden auf die der jeweiligen Initiative und den personellen Ansprüchen gemäße Höhe steigern. „Wesentlich“ ist dann mit klaren Worten, was man will. „Wesentlich“ ist z. B. der Anstieg der Körperbehinderten von 60 000 im Jahre 1906 auf 523 000 im heutigen Bundesgebiet, durch das Verlassen des Begriffes „Krüppel“ und die durch die letzte Volkszählung geschaffene Einführung des subjektiven Begriffes des „Körperbehinderten“. Während wir heute noch wissen, was ein „Krüppel“ ist, ist ein „Körperbehinderter“ unserer Zukunft allen Ernstes ein mit Senkfuß Bedrohter, womit die Grenzen der Betroffenen, welche durch das Gesetz erfaßt werden sollen, nur angedeutet sind. Diese Tendenz paßt wenig zum erstrebten Ziel einer Sozialreform mit Forderung einer unternehmenden Eigenverantwortlichkeit sowohl des Kranken als auch seiner Umgebung, einschließlich seiner Ärzte. Es ist kein Zufall, daß wiederholt auch in dem Entwurf einer Begründung dieses Gesetzes für Körperbehinderte gerade in der Motivierung der Neuregelung seines ärztlichen Teils das noch heute gültige „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, das sich das Dritte Reich für seine Erb- und Rassenpflege geschaffen hat, angezogen wird.

⁸⁾ „Nach vierjähriger Vorbereitung hat das Bundeskabinett nun einen Gesetzentwurf über die Fürsorge für Körperbehinderte (Krüppelfürsorgengesetz) verabschiedet. Dem Gesetz wird große Bedeutung beigemessen, weil die Zahl der Körperbehinderten von 60 000 im Jahre 1906 auf 523 000 im heutigen Bundesgebiet angewachsen ist, wobei die Kriegsbeschädigten nicht mitgezählt sind. Als besondere Ursache dieses Anwachsens werden genannt: die Rachitis, die infolge der Hungerjahre bei vielen Kindern festzustellen ist, ferner Folgen von Kinderlähmung, aber auch von Verkehrsunfällen.“ Frankfurter Zeitung vom 22. April 1955, Nr. 95: „Ein Krüppelfürsorgengesetz.“ hi. Bonn, 21. April (eigener Drahtbericht).

⁹⁾ Gesetzestext § 4 (Organisation). (2) „Bei den Gesundheitsämtern sind ärztliche Beratungsstellen für Körperbehinderte einzurichten.“ (Wörtliche Auszüge aus der bundesministeriellen Begründung des § 4 des Entwurfs): Zu § 4: „Die Vorschrift stellt eine Rahmenvorschrift dar, die gegebenenfalls noch durch Bestimmungen der Länder ausgestaltet (? Der Verf.) werden kann.“ „Absatz 2 bringt keine neue Vorschrift, sondern greift die Bestimmungen des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1954 (Reichsgesetzbl. I S. 531), insbesondere § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe f und der dazu ergangenen Durchführungsverordnungen auf (1. DV vom 6. 2. 1955, Reichsgesetzbl. I S. 177, § 4 Abs. 13, und 3. DV vom 30. 3. 1955, RMBl. S. 327 § 65).“

¹⁰⁾ „Die frei praktizierende Ärzteschaft lehnt den vorgenannten Gesetzentwurf des Innenministeriums auch nach Kenntnisnahme der Begründung ab. Die Ausführungen in der Begründung sind ohne gesetzliche Verankerung bedeutungslos.“ (Wörtlicher Auszug aus einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte Deutschlands mit der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände.) Die sachliche Richtigkeit obiger Feststellung wird unterstrichen durch die an dem tatsächlichen Gesetzestext elegant vorbereiteten Formulierungen in dem ministeriellen Entwurf einer Begründung S. 11. Es heißt hier einschließend: „Die von medizinischer Seite häufig geäußerten Bedenken, die Einführung des neuen Begriffes (Körperbehinderter. Der Verf.) habe eine Ausweitung der erstrebten fürsorglichen Betreuung auch in bezug auf andere Personen als diejenigen zur Folge, die früher üblicherweise als „Krüppel“ bezeichnet wurden, werden nicht geteilt. Die besonderen Körperbehinderungen, die sich früher als Krüppelleiden darstellten, sind in § 1 des Entwurfs (siehe die folgenden Bemerkungen) eindeutig festgelegt. Es darf allerdings nicht übersehen werden, daß gesetzestechnisch nunmehr mehrere Gruppen von Körperbehinderungen vorhanden sind, und zwar Körperbehinderungen im engeren Sinne, d. h. die obengenannten besonderen „Krüppelleiden“, und Körperbehinderungen im weiteren Sinne, womit alle sonstigen Körperbehinderungen gemeint sind.“

¹¹⁾ Gesetzestext: § 5 (Aufgaben der ärztlichen Stellen). (2) Aufgaben der ärztlichen Beratungsstellen für Körperbehinderte sind: a) Einleitung der ärztlichen Maßnahmen für die in § 1 Abs. 1 und 2 genannten Personen auf Grund der eingegangenen Meldungen sowie auf Grund eigener Feststellungen, b) regelmäßige Veranstaltung von Sprechtagen, c) Führung einer Liste für Körperbehinderte, d) Benachrichtigung des Fürsorgeverbandes zur Einleitung fürsorglicher Maßnahmen, auch wenn ärztliche Maßnahmen nicht vorgesehen sind, e) Aufstellung eines Heilplanes einschließlich der Festlegung der erforderlichen Maßnahmen zur Versorgung mit orthopädischen Beifellen und Ersatzgliedern im Einvernehmen mit dem Landesarzt, wobei der Fürsorgeverband und im Hinblick auf die spätere berufliche Eingliederung in das Erwerbsleben die zuständige Dienststelle der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zu beteiligen sind, f) ärztliche Überwachung der Durchführung des Heilplanes einschließlich der erforderlichen Nachuntersuchungen der betreuten Personen. (Wörtlicher Auszug aus der Begründung des Entwurfs zu § 5 [S. 18]: „Die Vorschriften des Absatzes 2 entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen über die Tätigkeit der Gesundheitsämter, wie sie sich aus § 4 Abs. 10 der 1. DV zum Vereinheitlichungsgesetz ergeben. Da nach dieser Gesetzentwurf heute auf dem sog. Vereinheitlichungsgesetz des Dritten Reiches basiert, das damals weder von einer demokratischen Mehrheit beschlossen noch nach Kriegsende für ungültig erklärt wurde, muß unbedingt die Forderung vertreten werden, daß es höchste Zeit wird, solch ein aus autoritärem Geiste geformtes und entwickeltes Gesetz für ungültig zu erklären oder dieses abzuwandeln, damit es durch eine demokratische Mehrheit in eine Form gebracht wird, die eigen-

willing regierende Referenten der Ministerialbürokratie nicht mehr in der im „Körperbehindertengesetz“ erwiesenen Weise zu undemokratischen gesetzlichen Reglementierungsversuchen ermuntern kann.“

¹²⁾ Nach § 16 BO (Berufsordnung) haben sich die in der Gesundheitsfürsorge tätigen Ärzte im Rahmen ihrer Tätigkeit, abgesehen von Nottfällen, jeder Behandlung zu enthalten. Sie dürfen die von ihnen versorgten Personen ihrem Hausarzt nicht entfremden. Den für die Gesundheitsfürsorge bestellten Ärzten wird schon bei der Bestellung das Behandlungsverbot regelmäßig auferlegt. Als Bestandteil des Anstellungsvertrages ist eine solche Anstellung rechtlich zulässig.“ (Vgl. § 61 Abs. 5 DV zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. 3. 1935 RMBl. S. 327) (Auszug aus der Zeitschrift für das gesamte Arztrecht 1. Jahrgang Heft 1 und 2 S. 46 f.); Gesetzestext: § 61 Abs. 5 a. a. O. besagt: „Die Untersuchung und Beratung in den Tuberkulosefürsorgestellen erfolgt unentgeltlich. Eine ärztliche Behandlung ist ihnen grundsätzlich untersagt; Ausnahmen sind nur mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit der ärztlichen Landesorganisation zulässig.“

¹³⁾ „Um so mehr muß es befremden, daß für ambulante Behandlungen generell Fürsorgemittel verweigert werden und somit der Ärzteschaft allgemein nicht zur Verfügung stehen, sondern nur den Anstalten für die stationären und damit im Zusammenhang stehenden ambulanten Leistungen. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß dieses Gesetz nicht für den Körperbehinderten und als Hilfe für den ihn betreuenden Arzt geschaffen wurde, sondern für die Anstal-

ten, die an einer Erfassung des gesamten Krankengutes, an einer Lenkung der Behandlung in ihre Anstalten und an einer Sicherstellung der Kosten für die Anstalten interessiert sind.“ (Wörtlicher Auszug aus einer Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände vom 27. Mai 1955.)

Auf vorstehende Eingabe ist dem Sekretariat der Bundesarbeitsgemeinschaft vom Herrn Bundesminister des Innern ein Zwischenbescheid folgenden Wortlauts mit Datum vom 23. Juni 1955 zugegangen:

„Von Ihrer Stellungnahme zum Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte habe ich Kenntnis genommen. Der Entwurf durchläuft soeben den Bundesrat und wird in Kürze dem Bundestag zugeleitet werden, bei dessen Beratungen die von Ihnen vorgebrachten Argumente in Erwägung gezogen werden könnten. Die Regierung selbst ist an die Vorlage gebunden.“

Hochachtungsvoll

Im Auftrag
(gez.) Unterschrift.“

Arzt und privatversicherter Patient

Für jeden einsichtsvollen Arzt ist erkennbar, daß die private Krankenversicherung (PKV), die heute über 9 Millionen Personen versichert, eine wesentliche Stütze der Privatklientel ist. Im Interesse der Ärzteschaft liegt es daher, die PKV leistungsfähig zu erhalten und den privatversicherten Patienten zufriedenzustellen. Zu diesem Zwecke kamen Ärzteschaft und PKV überein, in einer paritätisch zusammengesetzten Zentralen Kommission alle möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten in verständnisvoller Zusammenarbeit zu besprechen, Zweifelsfragen zu klären und diese einer Lösung zuzuführen.

So hat diese Kommission in einer ganzen Reihe von Fällen grundsätzliche Regelungen getroffen, die sowohl den Interessen der Ärzte als auch dem Personenkreis der privatversicherten Patienten dienen.

Der Verband der PKV verurteilt alles, was das Verhältnis zwischen Patient und Arzt trüben könnte. Die Vertreter der PKV sind verpflichtet, den Versicherten wahre Angaben, insbesondere über den Umfang des Versicherungsschutzes, zu machen, dies um so mehr, wenn der Patient es häufig versäumt, sich mit den allgemeinen und speziellen Versicherungsbedingungen eingehend vertraut zu machen.

Den Vertretern und Angestellten der PKV ist es nicht gestattet, Umfang oder Höhe des ärztlichen Honorars, womöglich mit der Bemerkung, der Arzt hätte nur die Erstattungssätze der Versicherung berechnen dürfen, zu kritisieren. Der Verband der PKV ist jederzeit bereit, etwaige Vorkommnisse dieser Art aufzugreifen und für Abstellung zu sorgen.

In gleicher Weise, wie die Honorarbemessung eine Angelegenheit zwischen Arzt und Patient ist, ist die Erstattung der Arztkosten ausschließlich eine Angelegenheit zwischen Patient und Versicherung. Hier hat sich der Arzt der Kritik zu enthalten, vor allem deshalb, weil mancher wohl situierte und anspruchsvolle Patient glaubt, durch den kleinsten Tarif die Rechnung des Arztes für dessen verantwortungsvolle Tätigkeit in voller Höhe ersetzt zu bekommen. Nichts wäre falscher, als in einem solchen Falle sich mit dem Erstattungsbetrag der Versicherung zu begnügen und damit auf eine Selbstbeteiligung des privatversicherten Patienten freiwillig zu verzichten, die die Ärzteschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung bisher, wenn auch leider erfolglos, gefordert hat. Vielmehr soll der Arzt bei der Bemessung seines Honorars entsprechend den Bestimmungen der Berufsordnung nach der Schwierigkeit und dem Umfang seiner Leistungen, nach der wirtschaftlichen Lage des Kranken, den örtlichen Verhältnissen und den allgemein üblichen Grundsätzen verfahren. Die Tatsache der Versicherung und die Höhe der Erstattung darf dabei keine Rolle spielen.

Notwendige Rückfragen der Versicherungsunternehmen bei den Ärzten wegen der Höhe einer Honorarforderung oder zur Erlangung einer näheren Rechnungsspezifikation

sind nur über die betreffenden Versicherten zu halten. Zur Beantwortung von Anfragen allgemeiner Natur wurde inzwischen ein vereinfachtes kurzes Formular vereinbart.

Nun ist es eine bekannte Tatsache, daß gerade privatversicherte Patienten — im Hinblick auf die zu erwartende Erstattung — häufig besondere Ansprüche bezüglich ärztlicher Leistungen oder Arzneimittel stellen. Wenn es auch nicht immer leicht sein wird, solchen Wünschen nachzugeben, so soll schließlich der Arzt sich sein Handeln ja nicht vom Patienten vorschreiben lassen, denn nur der Arzt kann den Umfang der Behandlung und die Art der Behandlungsmethode bestimmen. Und wenn der Arzt besonders übermäßige oder gar nutzlose Arzneiforderungen ablehnt, so liegt das im Interesse des Patienten, abgesehen davon, daß unnötiger Arzneimittelverbrauch auch die PKV sinnlos belastet und die im allseitigen Interesse notwendige Leistungsfähigkeit der PKV schwächt. Der von wissenschaftlichen Grundsätzen geleitete Arzt wird dabei unbillige oder unnütze Sonderwünsche des Patienten, die oft nur durch Presseveröffentlichungen oder Reklame erweckt wurden, gegebenenfalls gerade im Interesse des Patienten ablehnen, wenn er nicht in Gewissenskonflikte gebracht werden soll.

Um Unannehmlichkeiten für alle Teile zu vermeiden und sich vor Schaden zu schützen, soll der Arzt grundsätzlich eine Quittungsleistung auf unbezahlte Rechnungen ablehnen. Der Arzt darf eine Rechnung nur dann oder insoweit quittieren, als er tatsächlich entweder den gesamten Rechnungsbetrag oder einen Teilbetrag erhalten hat.

Die Versicherungsbedingungen der PKV schreiben vor, innerhalb welcher Zeit (meist 3 Monate) der Patient die Rechnung einzureichen hat. Daher liegt es im beiderseitigen Interesse, daß die Ärzte sich bemühen, ihre Honorarforderung rechtzeitig, d. h. bald nach Beendigung der Behandlung, zuzustellen, ggf. bei über längere Zeit sich hinziehenden Behandlungen Zwischenrechnungen auszustellen.

Der Ausstellung von Duplikatrechnungen stehen grundsätzliche Bedenken nicht entgegen. Es ist jedoch unbedingt erforderlich, jede Zweitschrift — auch von Rezepten — als solche kenntlich zu machen, und zwar mit dem deutlichen Vermerk „Zweitschrift“ oder „Duplikat“. Auf diese Weise wird eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Versicherungsunternehmen vermieden.

Wir wissen wohl, welche Anstrengungen heute die Kollegen machen müssen, um bei der schweren wirtschaftlichen Lage ihre Privatpraxis zu erhalten. Die Ärzteschaft käme aber in die unangenehmste Situation, wenn Privatversicherungen den Beweis führen könnten, daß Ärzte bei der Behandlung und der Rechnungsstellung sich unlauterer Mittel bedienen. Deshalb können die Kollegen nicht dringend genug gewarnt werden, entweder zu ihrem Vorteil oder aus falsch verstandenem Eingehen auf die

Wünsche der privatversicherten Patienten sich Methoden zu bedienen, die sie mit dem Gesetz und der Berufsordnung in Konflikt bringen könnten. Die Ärzteschaft wird jeden Kollegen in seinen berechtigten Honorarforderungen unterstützen und seine Interessen überall vertreten. Ebenso ist es aber auch die Aufgabe der Ärzteschaft, die korrekt arbeitenden Kollegen gegen solche Ärzte zu schützen, welche glauben, auf unkollegiale Weise zum Schaden der anderen ihre Praxis forcieren zu können; sie wird deshalb gezwungen sein, solchen Ärzten ihren Schutz und ihre Hilfe in jeder Form zu versagen, nicht zuletzt deshalb, weil selbst Einzelfälle bei der bekannten Vorliebe zur Verfallgemeinerung geeignet sind, die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit für Fehler einzelner verantwortlich zu machen.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß es zwischen den Privatversicherten und dem behandelnden Arzt anläßlich der Rechnungsstellung zu Differenzen kommen kann. Es

wurde deshalb in Erwägung gezogen, ein Merkblatt den Ärzten zur Verfügung zu stellen, das den Patienten bei Beginn der Behandlung nach eigenem Ermessen übergeben werden kann. Darin soll die rechtliche Lage des privatversicherten Patienten zu seinem Arzt erläutert werden. Durch dieses „Merkblatt“ wäre die Gewähr dafür gegeben, daß kein privatversicherter Patient sich später darauf berufen könnte, nicht genügend unterrichtet gewesen zu sein.

Ärzteschaft und private Krankenversicherung sind auf eine Zusammenarbeit angewiesen. Mißverständnisse können im gegenseitigen Verständigungswillen geklärt werden. Diesem Zweck dienen die seit Jahren in den einzelnen Ländern eingesetzten Gemischten Kommissionen in denen regionale Unstimmigkeiten geklärt werden können. Darüber hinausgehend besteht die Möglichkeit, in grundsätzlichen Fragen die Zentrale Kommission anzurufen.

MITTEILUNGEN

Kreisverband Oberbayern

Für den bisherigen 1. Vorsitzenden des Kreisverbandes Oberbayern, den nunmehrigen Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Hans Joachim Sewering, wurde von den Vertretern der ärztlichen Bezirksvereine Oberbayerns in einer Neuwahl

als 1. Vorsitzender Dr. Josef Seidl, prakt. Arzt in Scheuern, Landkreis Pfaffenhofen/Ilm, und

als 2. Vorsitzender Dr. Joachim Peckert, prakt. Arzt in Grafing, Landkreis Ebersberg, gewählt.

Eine allgemeine Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium

erscheint nach einer von Kultusminister August Ruker dem Abg. Dr. Rudolf Soanning auf seine Anfrage erteilten Antwort im Hinblick auf Art. 128 der Bayer. Verfassung und mit dem in Art. 12 des Grundgesetzes festgelegten Grundsatz der freien Berufswahl unvereinbar. Eine Beschränkung der Zulassung zum Medizinstudium an den einzelnen Landesuniversitäten könnte nur wegen des Aufnahmevermögens der Ausbildungsstätten und der gegebenen Ausbildungsmöglichkeiten erfolgen. Durch den fortschreitenden Wiederaufbau der Universitäten, Kliniken und Institute entfällt jedoch für die Landesuniversitäten ein Grund zur Beschränkung. Die Landesuniversitäten sind seit mehreren Semestern in der Lage, alle Studierenden zum Studium anzunehmen.

Die Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953, die u. a. im Benehmen mit den ärztlichen Landesorganisationen erstellt wurde, hat neben der Verlängerung des Studiums um ein Semester eine Verschär-

fung der Prüfungsbestimmungen (z. B. Wegfall der Möglichkeit von Wiederholungsprüfungen) gebracht. Den Wünschen der Ärzteschaft nach einer qualifizierten Ausbildung wurde dadurch weitgehend entsprochen.

Die Frage der Einschränkung des Medizinstudiums dürfte auch nicht allein unter dem Blickwinkel der ärztlichen Berufsausübung gesehen werden, da die Hochschulen nicht ausschließlich Ausbildungsstätten für praktische Berufe sind. Gemessen an den Verhältnissen der ersten Nachkriegsjahre ist in den vergangenen Jahren in Bayern eine leicht rückläufige Tendenz des Medizinstudiums festzustellen. Maßnahmen der akademischen Studien- und Berufsberatung werden wohl im Sinne einer Verstärkung dieser Tendenz wirken. (Landtagsdienst 226/55.)

Baufragen der Universität München

Der Rektor Magnificus der Universität München, Prof. Dr. Marchionini, hielt am Ende seiner Amtsperiode am 1. 8. eine Pressekonferenz mit dem Thema: Baufragen — Lebensfragen der Universität. Von allen Fakultäten hat die Medizinische am schwersten unter den Zerstörungen des Krieges gelitten, weil im Gegensatz zu den Geisteswissenschaften ihr Lehrbetrieb am meisten an große Institute und Krankenhäuser gebunden ist. Nachdem durch die zögernde Haltung der Stadtverwaltung im Jahre 1946 die damals noch gegebene Möglichkeit eines Wiederaufbaus auf dem Trümmergelände des Stadtzentrums versäumt worden war, bleibt nach dem übereinstimmenden Urteil sowohl des Preisgerichts für den Aufbauplan wie der Medizinischen Fakultät, des Akademischen Senats und des Kultusministeriums nur die Lösung durch einen Neubau der Kliniken und Institute am Stadt-

**Variköser
Symptomen-
Komplex**



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

PERIVAR

**Salbe
Dragees**

rand. Nur die Platzfrage ist heute noch nicht endgültig geklärt.

Die Berichte der zahlreich anwesenden Klinikchefs und Institutsvorstände unterstrichen die Notwendigkeit von Neubauten, da die großenteils über 100 Jahre alten schwerbeschädigten Bauten nur sehr schwer derartig restauriert werden könnten, daß sie den Anforderungen eines modernen Krankenhaus- bzw. Institutsbetriebes genügen würden.

Daß aber als vordringlichste Aufgabe die sofortige Schaffung provisorischer Abhilfsmaßnahmen an den noch in Betrieb befindlichen Gebäuden notwendig seien, ergab sich aus den nüchternen Schilderungen der derzeitigen Zustände an den einzelnen Anstalten. Die Berichte darüber enthüllten ein Bild eines für Patienten wie Ärzte gleich unwürdigen Zustandes und von Arbeitsbedingungen, welche die ordnungsgemäße Versorgung der Kranken ernstlich gefährden und dem Lehrzweck in keiner Weise mehr gerecht werden. Bei Fortdauer des Zustandes bestehe, wie Prof. Marchionini sagte, Gefahr, daß München auf die Stufe einer drittrangigen Universität herabsinke.

Rektorenkonferenz in Münster

Während ihrer zweitägigen Beratungen befaßten sich die Rektoren und Prorektoren zuerst mit den Problemen, die nach der Zweiteilung Deutschlands im akademischen Raum entstanden sind bzw. im Falle der Wiedervereinigung entstehen werden. Nach den Worten ihres Präsidenten, Prof. Dr. Heimpel, will die Konferenz nicht unvorbereitet sein beim Zusammenstoß unseres Hochschulsystems in der Bundesrepublik mit dem radikal umgestalteten System in der sowjetischen Besatzungszone: Eine ständige Beobachtung des Hochschulwesens der Zone ist deshalb notwendig. Die zu diesem Zwecke schon vor längerer Zeit von der Rektorenkonferenz eingesetzte Kommission für mitteldeutsche Hochschulfragen, die bereits für die vorletzte Konferenz in Freiburg zwei Aktenbände zusammengetragen hatte, konnte jetzt eine wesentlich ergänzte Dokumentation vorlegen. Eine inzwischen ausgearbeitete Denkschrift soll zusammen mit dem Tatsachenmaterial demnächst veröffentlicht werden.

Hinsichtlich des Ostzonen-Abiturs befaßte sich die Rektorenkonferenz mit den Fragen, wieweit man dieses anerkennen, wieweit man eine Nachschulung verlangen und wieweit man ein bereits begonnenes Studium als Ersatz für eine Nachschulung ansehen solle. Zu letzterer Frage wurde der Beschluß gefaßt, daß ein mindestens zweisemestriges Studium an bestimmten Hochschulen, die noch einigermaßen unseren traditionellen Vorstellungen und Auffassungen von wissenschaftlichen Hochschulen entsprechen, als Ersatz für ein Zusatzabitur angesehen werden könne. Danach können also geflüchtete Studierende, die ein Studium an der Humboldt-Universität in Ostberlin sowie an den Universitäten Leipzig, Halle, Jena, Rostock, an der Technischen Hochschule Dresden und der Bergakademie Freiberg nachweisen, ihr Studium in Westdeutschland sofort fortsetzen, in dessen Verlauf sie in einem Kolloquium Breite und Vollständigkeit ihres Wissens nachweisen sollen.

Zur Frage der studentischen Wohnheime, deren Zahl zur Zeit 260 beträgt, wurde festgestellt, daß die Wohnheimbewegung jetzt an einem Wendepunkt stehe, da die Bauperiode im wesentlichen beendet sei, wenn auch noch mehr Heime gebraucht würden. Jetzt gehe es um die Frage des geistigen Inhalts der Wohnheime als eine Form neuartigen Zusammenlebens von Studenten und Dozenten und ein Element praktischer Hochschulreform. In diesem Zusammenhang beschäftigte sich die Konferenz auch mit der Fortführung des Tutoren-Programms. Die studentische Gesundheitsfürsorge sowie die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Gebührenordnung waren ebenfalls Gegenstand der Beratungen. Mit der Wehrdienstfrage hat sich die Konferenz nicht befaßt; hier wurde jedoch Professor Flegler, der derzeitige Rektor der Technischen Hochschule Aachen, zum Vertreter der Rektorenkonferenz in Wehrdienstfragen bestellt. (HD VIII/15)

Sozialversicherung in der Schweiz

Bekanntlich erfreut sich die Schweiz einer besonders freiheitlichen Form der gesetzlichen sozialen Kranken-

versicherung. Eine allgemein gültige Versicherungspflicht besteht nicht, sondern es ist den Kantonen bzw. Gemeinden überlassen, für einzelne Berufsgruppen eine solche einzuführen. Nachdem nun in den letzten Jahren Stimmen laut wurden, die auch für die Schweiz eine Ausdehnung der Pflichtversicherung forderten, hat das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement eine Sachverständigenkommission eingesetzt, um einen Entwurf für ein „Bundesgesetz für die Kranken- und Mutterschaftsversicherung“ auszuarbeiten.

In der „Schweizerischen Ärztezeitung“ veröffentlicht der Zentralvorstand der Verbindung der Schweizer Ärzte seine Stellungnahme zu diesem Entwurf, aus dem besonders eine Stelle aufschlußreich erscheint, da sie zeigt, daß das heute allenthalben vorhandene Bedürfnis nach Sicherheit auch anders und besser befriedigt werden kann als durch staatliche Zwangsorganisationen. Nachfolgend ein Auszug aus dem Text der „Stellungnahme“:

„Wie aus dem Bericht der Expertenkommission hervorgeht, hat trotz Fehlens eines eidgenössischen Obligatoriums die Zahl der Kassenmitglieder ständig und stark zugenommen. Heute sind ungefähr 70% der Bevölkerung in anerkannten Krankenkassen für Krankenpflege bzw. für ein tägliches Krankengeld versichert. Davon gehört nur etwas mehr als ein Viertel den Kassen, gestützt auf ein Kantons- oder Gemeindeobligatorium, an. Alle anderen sind freiwillig versichert. Im Bericht der Expertenkommission werden zwingende Gründe erwähnt, die gegen die Einführung eines eidgenössischen Krankenversicherungsobligatoriums (Teil- oder Totalobligatorium) sprechen. Sie sind noch durch folgende Erwägungen zu ergänzen:

Es ist eine Besonderheit der schweizerischen Krankenversicherung, daß sie nur in kleinem Umfang von Staats- und Gemeindekrankenkassen betrieben wird. Zum weitaus größten Teil sind die Krankenkassen privatrechtliche Gebilde, das heißt als Genossenschaften, Vereine oder Stiftungen organisiert. Von den 1159 zur Zeit anerkannten Krankenkassen sind nur 227 öffentliche Kassen. Über 83% aller Kassenmitglieder gehören privatrechtlich organisierten Kassen an.“

Ein eidgenössisches Krankenversicherungsobligatorium würde diesen Zustand ändern. Es würde die Schaffung öffentlicher Kassen auf Kosten der privaten Krankenkassen, der eigentlichen ‚Mutualité‘, und damit die Verstaatlichung des Versicherungsträgers entscheidend fördern. Der zwangsmäßig und daher oft widerwillig Versicherte, besonders wenn er nicht mitspracheberechtigtes Mitglied einer privaten Kasse, sondern als Angehöriger einer öffentlichen Kasse vornehmlich Objekt behördlicher Erlasse ist, sucht erfahrungsgemäß häufig aus der Versicherung das Äußerste herauszuholen. Er beansprucht sie nicht nur als Krankenversicherung, sondern auch zur Finanzierung eines persönlichen Gesundheitsdienstes, dessen Ausmaß er selber bestimmt. Ständig steigende Kosten und damit steigende Beanspruchung der öffentlichen Mittel sind die Folgen bis zum Augenblick, wo sich der Staat schon aus rein finanziellen Erwägungen gezwungen sieht, das Versicherungsprinzip aufzugeben und einen „Gesundheitsdienst“ in eigener Regie einzurichten. Daß dies keine leeren Behauptungen sind, beweist ein Blick auf die Verhältnisse in einer Reihe europäischer und außereuropäischer Staaten, wo dieser Prozeß zum Teil schon weit fortgeschritten ist. Bewegt sich die Gesetzgebung einmal in diesen Bahnen, so ist die vorerwähnte Entwicklung nicht mehr aufzuhalten.“

Staatssekretär Weishäupl zur Sozialreform

Staatssekretär Weishäupl übte vor dem sozialpolitischen Arbeitskreis der SPD, Südbayern, erhebliche Kritik an den Bonner Plänen für die Sozialreform. Als besonders bedenklich bezeichnete Weishäupl das wissenschaftliche Gutachten, das die Bundesregierung eingeholt hat. Nach Ansicht des Staatssekretärs betont die Denkschrift den Grundsatz der Eigenverantwortung des einzelnen allzu stark. Er wandte sich ferner gegen den Versuch, Prin-

*) Sperrung nicht im Original.

zipien, wie sie in der öffentlichen Fürsorge für den Anspruch auf Leistungen gelten, in die Versicherung hineinzutragen. 50% des Arbeitseinkommens als Altersrente böten auf keinen Fall eine ausreichende Existenzsicherung. Karl Weishäupl forderte u. a. eine Verstaatlichung des Vertrauensärztlichen Dienstes (Anm.: Im Organ des Deutschen Gewerkschaftsbundes „Welt der Arbeit“ vom 5. 8. 1955 wird gegen die Verstaatlichung der Vertrauensärzte Stellung genommen, da derartige „Bundesstabsärzte“, „sei es wehr- oder arbeitsmarktpolitisch, allgemein politisch oder wie auch immer, „mißbraucht“ werden könnten), eine Garantie dafür, daß ein Rechtsanspruch auf eine stabile und auskömmliche Rente besteht und eine Erweiterung des versicherten Personenkreises, vor allem für die Angehörigen freier Berufe. (Bayer. Rundfunk, 4. August 1955, 7 Uhr früh). (I. D. 12/55)

Krankheiten kosten Geld

In einem medizinischen Bericht der Universität Chicago wurde vor kurzem ausgeführt, daß die Bevölkerung der Vereinigten Staaten im letzten Jahr 10 200 000 000 Dollar für die Krankenpflege und die ärztliche Untersuchung ausgegeben hat. Der Bericht stellt fest, 8 Mill. Familien oder 16% der amerikanischen Bevölkerung seien gegenüber Spitälern, Ärzten, Zahnärzten und Kreditbanken in Schulden geraten. Die geschuldeten Beträge beliefen sich insgesamt auf 1 000 000 000 Dollar. 89 500 000 Personen oder 58% der Bevölkerung seien privaten Krankenkassen angeschlossen. Von diesen Krankenkassen wurden 15% der gesamten Krankheitskosten gedeckt; gemeinnützige Gesellschaften hätten zudem noch 1 800 000 000 Dollar Beiträge an Arzt- und Zahnarztkosten geleistet. DMI

Krebsuntersuchungen auf Veranlassung von Krankenkassen

In der Vertreterversammlung des Landesverbandes der Badischen Betriebskrankenkassen berichtete der Landesgeschäftsführer, daß auf Veranlassung der Betriebs- und Ortskrankenkassen in den letzten zwei Jahren 3300 Frauen in der Univ.-Frauenklinik in Freiburg auf Krebserkrankungen untersucht wurden. Nur bei 39 Frauen (1,18 v. H.) sei Krebs festgestellt worden. (Inf.D. 10/55)

Bayern erhält fünf eiserne Lungen

Der Haushaltsausschuß des Landtags bewilligte 60 000 DM zur Anschaffung von eisernen Lungen, die demnächst angeschafft werden sollen. Bisher standen in Bayern 14 eiserne Lungen zur Verfügung zur Behandlung von Atemlähmungen bei Polomyelitis. 30/55

Leibeserziehung wird vernachlässigt

Schulärztliche Untersuchungen in mehreren Teilen Deutschlands ergaben nach Mitteilung der „Ärztlichen Praxis“, daß über 50% der Jugendlichen, die zu Ostern d. J. aus der Schule entlassen wurden, körperlich zurückgeblieben und nur bedingt in der Lage sind, einen Beruf zu ergreifen.

„Wir sind auf dem Weg, ein Volk von Kranken zu werden!“ Diese Erklärung gab vor kurzem Dr. Berno Wischmann, Sportlehrer der Universität Mainz, ab, als im Landtag die Einrichtung eines Institutes für Leibesübungen an der Universität Mainz abgelehnt wurde. Man braucht kein Prophet zu sein, um diese Voraussage zu machen. Aus der täglichen Erfahrung vieler Ärzte würde ihre Richtigkeit bestätigt. Wie soll beispielsweise die ominöse Managerkrankheit, die man ja zum großen Teil auf mangelndes Training zurückführt, wirkungsvoll bekämpft

werden, wenn nicht einmal Jugendliche eine genügende Leibeserziehung genießen. Während in den Vereinigten Staaten Amerikas 100% aller Schüler vom Schulsport erfaßt werden, sind es in der Bundesrepublik während der ersten 3 Schuljahre nur 2%, im 2. Schuljahr 4% und während des 5.—8. Schuljahres 10%. Nachdenklicher stimmt die von der „Arbeitsgemeinschaft für Leibesübungen an berufsbildenden Schulen“ bekanntgegebene Tatsache, daß 90% der Schüler nach dem 8. Schuljahr die Schule verlassen und während dieser labilen Entwicklungsphase zwischen 14 und 18 Jahren jeglicher Leibeserziehung entbehren. M.M./DMI

Fünf Jahre Stifterverband (1949—1954)

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft hat zu seiner 4. Ordentlichen Mitgliederversammlung, die am 24. Juni in Baden-Baden stattfand, einen ausführlichen Tätigkeitsbericht über seine Arbeit in den ersten fünf Jahren seit der Wiederbegründung im September 1949 vorgelegt. Dieser Bericht ist eine erfreuliche Bilanz über die Steigerung der Mittel, welche die deutsche gewerbliche Wirtschaft auf freiwilliger Basis für die Wissenschaftsförderung aufbrachte. 10,5 Millionen DM wurden von 1949 bis 1954 an Beiträgen und freien Spenden registriert; rund 12,5 Millionen DM an zweckgebundenen Spenden verwaltet und weitergeleitet. Neben der allgemeinen Wissenschaftsförderung sieht der Stifterverband eine seiner Hauptaufgaben in der Förderung des akademischen Nachwuchses, für die er 2,5 Millionen DM beigetragen hat. (H. D. VIII/13)

Gesundheitswesen im zivilen Luftschutz

Während der Monate Mai und Juni wurden durch die Bundesanstalt für zivilen Luftschutz mehrere Arbeitstagen durchgeführt, wobei insbesondere die Fragen eines Schutzes der menschlichen Gesundheit vor atomaren Gefahren eingehend behandelt wurden. Schon heute sind mehr als 50 000 Personen in der Bundesrepublik tätig, die täglich mit energiereichen Strahlen zu arbeiten haben. Diese Zahl wird ständig steigen, je mehr sich die Verwendung künstlicher radioaktiver Substanzen in Physik, Chemie, Pharmazie, Biologie, Medizin, in Wirtschaft und Technik ausbreitet. So ist erstmalig in größerem Kreise ein neu sich entwickelnder Fragenkomplex angeschnitten worden, der in Zukunft in gleicher Weise für den Arbeitsschutz, die Gesundheitsförderung und die ärztliche Behandlung bedeutungsvoll werden dürfte. Es ist geplant, die bei diesen Tagungen gehaltenen Vorträge mit ihren neuartigen Erkenntnissen in einer Broschüre zusammenzufassen, um sie auf diese Weise der Ärzteschaft und allen am Gesundheitswesen interessierten Kreisen zugänglich zu machen. (I. D. 12/56)

Die Durchführung einer Straßenverkehrs-unfallstatistik

wird auf Grund einer Verordnung der Bundesregierung vom 8. August 1955 angeordnet, um Unterlagen für Maßnahmen zur Hebung der Verkehrssicherheit zu gewinnen. Straßenverkehrsunfälle im Sinne dieser Verordnung sind Unfälle, bei denen infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen und Plätzen Personen verletzt oder getötet oder Sachschäden verursacht worden sind.

Zur Frage der Ermessensausübung im Auswahlverfahren des Kassenarztrechts

1. Hat der Zulassungsausschuß die Kassenfähigkeit eines Bewerbers trotz gewisser in der Vergangenheit zutage getretener Unzulänglichkeiten (Vorstrafen) eines Bewerbers bejaht, die Voraussetzungen des § 16 des



LEISTUNGSSTARKE TARIFE

mit
Beitragsrück-
vergütung.

(für 1952 wurden
6 Monatsbeiträge
mit DM 600,000
zurückbezahlt.)

MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherungsanstalt a.G. München
München 15, Pettenkoflerstraße 19

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

- Bayer. Zulassungsgesetzes also nicht für gegeben erachtet, so dürfen solche charakterliche und moralische Fehler bei der im Rahmen des § 18 Zulassungsgesetz (ZG) in der Regel nach ganz anderen Gesichtspunkten stattfindenden Auswahl von einem Mitbewerber nicht vorgebracht werden, um seine behauptete persönliche Untadeligkeit gegenüber der angeblichen Unzulänglichkeit des zugelassenen Arztes darzutun.
2. Eine Ermessensüberschreitung durch den Zulassungsausschuß liegt nicht vor, wenn er neben gewichtigen anderen in § 18 ZG genannten Gründen (Lebensalter, Zeitpunkt der Approbation) die außergewöhnliche wirtschaftliche Notlage eines Arztes berücksichtigt und diesen zur Kassenpraxis zuläßt. (Urteil des I. Senats des Bayer. Landessozialgerichts vom 22. 7. 1954.) (Inf. D. 14/55.)

AUS DER FAKULTÄT

Frau Dr. med. Susanne von Berlin (wiss. Assistentin an der Univ.-Kinderklinik München) wurde mit ME. Nr. V 50 314 vom 27. 7. 1955 zur Privatdozentin für „Kinderheilkunde“ in der Med. Fakultät der Universität München ernannt.

Herr Dr. med. Kurt Meinicke (wiss. Assistent der Dermatolog. Univ.-Klinik München), wurde mit ME. Nr. V 60 101 vom 10. 8. 1955 zum Privatdozenten für „Dermatologie und Venerologie“ in der Med. Fakultät der Universität München ernannt.

München. Der Privatdozent für Pharmakologie in der Med. Fakultät München, Dr. Robert von Werz, wurde mit ME. Nr. V 56 504 vom 5. 8. 1955 zum apl. Professor ernannt.

Oberarzt Dr. Robert Wernsdorfer erhielt die Venia legendi für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Strahlenheilkunde und wurde zum Privatdozenten der Universität Erlangen ernannt.

PERSONALIA

Der apl. Prof. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Herr Dr. Otto Brakemann, München, beging am 26. 8. 1955 seinen 65. Geburtstag.

Der Direktor der Universitäts-Hautklinik Erlangen, Prof. Dr. Carl M. Hasselmann, ist in die Gesundheitskommission der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen berufen worden.

Dem langjährigen Vorstand des Hygienischen Instituts der Universität München, Prof. Dr. Karl Kibkalt, ist das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen worden.

Dr. med. Ernst Koschel, Tegernsee, der Begründer der deutschen Luftfahrtmedizin, feierte am 21. 5. 1955 seinen 80. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Der langjährige Direktor der Chirurgischen Klinik und emeritierte Ordinarius der Chirurgie an der Universität Erlangen, Prof. Dr. Otto Goetze, ist am 19. 7. 1955 im 70. Lebensjahr verstorben.

Der emeritierte planmäßige Extra-Ordinarius für Zahnheilkunde in München, Herr Prof. Dr. med. dent. Dr. rer. nat. h. c. Karl Falck, ist am 1. 8. 1955 im 72. Lebensjahre nach kurzer Krankheit gestorben.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Fortbildungstagung in Baden-Baden

Anläßlich des 58. Deutschen Ärztetages in Baden-Baden vom 27. September bis 2. Oktober findet am 27. und 28. September im großen Bühnensaal des Kurhauses eine

Fortbildungstagung

unter Leitung von Professor Dr. Schretzenmayer, Augsburg, statt mit dem Hauptthema:

Rheumatische Erkrankungen.

Programm:

Dienstag, 27. September 1955, von 9 bis 13 Uhr

1. Prof. Dr. Chlari, Vorstand des Pathologisch-Anatomischen Institutes der Universität Wien: „Zur Pathologie der rheumatischen Erkrankungen“.
2. Prof. Dr. Schoen, Direktor der Med. Univ.-Klinik, Göttingen: „Die Therapie des praktischen Arztes beim akuten Gelenkrheumatismus“.
3. Prof. Dr. Fellingner, Vorstand der II. Medizinischen Universitätsklinik Wien: „Fragen zur Therapie der chronischen Polyarthritiden“.
4. Prof. Dr. Coste, Direktor der Clinique Rheumatologique der Universität Paris: „Cortison und ACTH-Behandlung des Rheumatismus“.

Mittwoch, 28. September 1955, von 9 bis 13 Uhr

5. Dozent Dr. Schölmerich, Medizinische Universitätsklinik Marburg: „Die rheumatischen Herzerkrankungen“.
6. Prof. Dr. Böni, Direktor der Universitäts-Rheumaklinik und Institut für Physikalische Therapie, Kantonsspital Zürich: „Klinik und Behandlung des Morbus Bechterew“.
7. Dr. Zinn, Institut für Physiotherapie, Bürgerspital Basel: „Behandlung der degenerativen Gelenkerkrankungen“.

Klinische Visiten, Demonstrationen und Besichtigungen:

Dienstag, 27. September, und Mittwoch, 28. September, jeweils 16 Uhr, Staatliches Landeskrankenhaus „Landesbad“ Baden-Baden:

Prof. Dr. Fähndrich: Klinische Demonstrationen und Besichtigungen des staatlichen Rheumakrankenhauses „Landesbad“.

Dienstag, 27. September, und Mittwoch, 28. September, jeweils 16 Uhr, Sanatorium Quisisana, Bismarckstraße 19–21:

Dr. Hedinger und Dr. Junkersdorf: Demonstrationen und Fragen der Herzbehandlung im Sanatorium.

Dienstag, 27. September, 16 Uhr, Städtisches Krankenhaus Baden-Baden:

Prof. Dr. Delius und Chefarzt Dr. Weber: Demonstrationen zum Thema „Rheumatismus“.

Mittwoch: 28. September, 16 Uhr, Städtisches Krankenhaus Baden-Baden:

Prof. Dr. Delius, Chefarzt Dr. Sigmann, Chefarzt Dr. Weber, Chefarzt Dr. Spranger: Demonstrationen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin (innere Medizin, Chirurgie, Röntgenologie, Pädiatrie) in einzelnen Diskussionsgruppen.

Teilnehmerkarten zu DM 10.— durch Kongreßbüro der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brabanter Straße 13, Postscheckkonto Köln 108 33 oder Girokonto 4800 der Städtischen Sparkasse Köln.

Das „Regensburger Kollegium für ärztl. Fortbildung“

veranstaltet im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer vom 14. bis 16. Oktober 1955 den 15. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg.

Leiter: Prof. Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg.

Donnerstag, 13. Oktober 1955:

Festvortrag im Reichssaal: Prof. Dr. Schelsky, Hamburg: Zukunftsaspekte der industriellen Gesellschaft.

Freitag, 14. Oktober 1955:

Hauptthema: Sozialmedizin.
 Mancke, Hannover: Säuglings- und Kleinkinderfürsorge.
 Peiper, Leipzig: Versorgung frühgeborener Kinder.
 Hoevens, Frankfurt: Rachitisprophylaxe.
 Graser, Frankfurt: Schulkinderfürsorge.
 Bren, Ludwigsburg: Fürsorgemaßnahmen der Tuberkulosebekämpfung.
 Vivell, Freiburg: Eine neue Schutzimpfung: Die aktive Immunisierung gegen Kinderlähmung.
 Schultz, Hamburg: Schwangerenfürsorge und Prophylaxe fataler Krankheiten.
 Villingen, Marburg: Aufgaben der Jugendpsychiatrie.
 Bürger-Prinz, Hamburg: Fürsorgemaßnahmen der Sexualpsychologie.

Samstag, 15. Oktober 1955:

Hauptthema:
 Cerebrale Durchblutungsstörungen.
 Schneider, Köln: Die Physiologie der Gehirndurchblutung.
 Meyer, München: Zur Pathologischen Anatomie der Durchblutungsstörungen des Zentralnervensystems.
 Decker, München: Ergebnisse der Hirnangiographie.
 Bodechtel, München: Klinik und Therapie der cerebralen Durchblutungsstörungen.
 Scholz, München: Morphologie der Krampfschäden.
 Tönnis, Köln/Rhein: Neurochirurgische Erfahrungen bei cerebralen Durchblutungsstörungen.
 Ewald, Göttingen: Das psychiatrische Bild der cerebralen Durchblutungsstörungen.
 Scheller, Würzburg: Das Krampfproblem im Rahmen der cerebralen Durchblutungsstörungen.
 Betke, Freiburg: Inlektionskrämpfe des Kleinkindes.
 Gädecke, Freiburg: Film „Experimentelle Grundlagen der Behandlung cerebraler Krampfszustände“.

Hostacyclin^{WZ}

Tetracyclin »HOECHST«

**Breitspektrumantibioticum
mit
hervorragender Verträglichkeit**

Große Stabilität

Hohe Konzentrationen in Blut und Liquor

Handelsformen:

Zur intramuskulären Injektion

Flasche mit 100 mg DM 5.80 a.U.

(mit Lösungsmittelampulle)

Anstaltspackungen mit 25 und 100 Flaschen
(mit Lösungsmittelampullen)

Zur intravenösen Injektion

Flasche mit 250 mg DM 11.10 o.U.

Flasche mit 500 mg DM 18.15 a.U.

Anstaltspackung mit 25 Flaschen zu 500 mg

Kapseln mit je 250 mg

Packung mit 8 Stück DM 17.50 a.U.

Packung mit 16 Stück DM 30.70 a.U.

Anstaltspackungen mit 100 und 500 Kapseln

Kapseln mit je 50 mg

Packung mit 25 Stück DM 12.65 o.U.

Anstaltspackung mit 100 Kapseln

Dragees zu 250 mg

Packung mit 8 Stück DM 17.50 a.U.

Packung mit 16 Stück DM 30.70 a.U.

Anstaltspackung mit 100 Stück



FARBWERKE

HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst

NEU!

SULFA-KOHLE-COMPRETEN

Gegen infektiöse Darmerkrankungen

FÜR DIE RATIONELLE THERAPIE**IN DER TÄGLICHEN PRAXIS**

Formo-Sulfathiozol 0,125

Corbo medicinalis 0,150

Optimal verträgliches Kombinationspräparat
mit additiv gesteigerter Wirkung

20 Compretten DM 1.60 o. U.

50 Compretten DM 3.75 a. U.



E. MERCK, AG., DARMSTADT · C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GMBH., MANNHEIM · KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN A. RH.

Bei
grippalen
Infekten
akuter
und
chronischer
Bronchitis

*Felsol-
ehinin*



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

Sonntag, 16. Oktober 1955:

- Hauptthema: Autointoxikation.
 Rohn, Frankfurt: Die Biochemie der Autointoxikation mit besonderer Berücksichtigung klinisch wichtiger Intoxikationen durch Stoffwechselfvorgänge.
 Ammon, Homburg: Enzymopathien als Ursache von Erkrankungen.
 Hangerland, Gießen: Toxikose des Säuglings.
 Mellinghoff, Kirchheim-Teck: Das diabetische Coma und seine Behandlung.
 Landa, Wien: Toxische Einflüsse durch Lebererkrankungen.
 Kuhlmann, Essen-Werden: Enterogene Autointoxikation.
 Baumgärtel, Gräfelfing bei München: Die Bekämpfung der enteralen Dysbakterie.
 Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.
 Anmeldungen und Anfragen werden an das Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a, Telefon-Nr. 38 51/431, erbeten.

Einführung in die wichtigsten Tropenkrankheiten

Der diesjährige Kurs (für Ärzte, Tierärzte und Studierende) des Instituts für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München findet bei genügender Beteiligung in der Zeit von Montag, den 24. 10., bis Samstag, den 29. 10. 1955, statt. Kursgebühr DM 40.—, Studierende DM 20.—, Anmeldung bis spätestens 15. 10. 1955 erbeten an Prof. Dr. A. Herrlich, Institut für Infektions- und Tropenmedizin, München 9, Am Neudeck 1 (Tel. 2 18 17). Das Kursprogramm geht den Teilnehmern Mitte Oktober zu.

Fortbildungskurs in Erlangen

Die Medizinische Fakultät der Universität Erlangen veranstaltet vom 28.—30. Oktober 1955 einen Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit aktuellen Themen aus verschiedenen Disziplinen. Auskunft erteilt das Dekanat der Medizinischen Fakultät (Fortbildungskurs) Erlangen, Kollegienhaus.

Diabetes-Fragen

Auf Anregung des wissenschaftlichen Beirates des Deutschen Diabetikerbundes findet am 6. Oktober 1955 in Bad Homburg im Anschluß an den Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten ein Rundgespräch über Behandlung der Zuckerkrankheit statt. Prof. Katsch, Greifswald, hat sich bereit erklärt, den Vorsitz zu übernehmen. Anmeldungen für kurze Beiträge und Fragen sowie Anregungen betr. zu behandelnde Themen sind zu richten an Prof. Jacobi, Hamburg, Marienkrankenhaus. Projektionen sind nicht zugelassen. Interessenten wollen baldmöglichst Namen und Anschrift an Prof. Jacobi mitteilen. Unkostenbeitrag DM 5.—. Quartier besorgt sich jeder Teilnehmer selbst beim Verkehrsamt Bad Homburg (Taunus) durch Anmeldung bis spätestens 20. Sept. 1955.

KONGRESSKALENDER

INLAND

September 1955

- 19.—22. in Hamburg: Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater. Auskunft: Prof. Dr. H. Petto, Hamburg-Eppendorf, Neurolog. Universitätsklinik.
 20.—24. in Freiburg (Breisgau): 5. Internationaler Kongreß der Europäischen Hämatologengesellschaft. Auskunft: Dozent Dr. H. Begemann, Freiburg (Breisgau), Medizinische Universitätsklinik.
 24. in Bad Ems: 2. Heimkehrer-Ärztetagekongreß, veranstaltet vom Ärztlich-Wissenschaftlichen Beirat im Verband der Heimkehrer, Kriegsgefangenen- und Vermissten-Angehörigen Deutschlands. Auskunft: Facharzt Dr. Wolf von Nathusius, Bensberg h. Köln, Overather Straße 66.

24.—25. in München: 39. Tagung der südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Dr. H. Naumann, Würzburg, Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Luitpoldkrankenhaus.

24./25. in Bad Wildungen: Fortbildungswochenende für praktische Medizin, veranstaltet von der Kurverwaltung und Urologisch-Balneologischen Forschungsstelle des Staatsbades Wildungen. Hauptthema: „Erkrankungen der unteren Harnwege und der Genitalorgane.“

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.

26.—29. in Berlin (Auditorium maximum der Freien Universität): Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Auskunft: Dr. Franz Baumeyer, Berlin-Nikolassee, v.-Luck-Str. 30.

27.—2. Oktober in Baden-Baden: 58. Deutscher Ärztetag.
 27.—28. in Baden-Baden: Fortbildungstagung. Leiter Prof. Dr. Schretzenmayr. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Köln, Brahanter Straße 13.

29.—1. Okt. in Mehlme: Ärztetagung der Bundesschule des Deutschen Roten Kreuzes.

29.—4. Oktober in Bad Reichenhall: 4. Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin. Auskunft: Kurverwaltung Bad Reichenhall.

30.—2. Oktober in Bad Nauheim: XXI. Fortbildungskurs der Vereinigung Bad Nauheimer Ärzte im W. G. Kerckhoff-Institut. Auskunft: Verkehrsamt d. Hessischen Staatsbades Bad Nauheim.

30.—2. Oktober in Berlin (Auditorium maximum der Freien Univers.): Jahrestagung d. Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (im Zusammenhang m. d. Deutschen Ges. f. Psychologie). Auskunft: Dr. Franz Baumeyer, Berlin-Nikolassee, v.-Luckstr. 30.

30. 9.—2. 10. in Bad Nauheim: XXI. Fortbildungslehrgang der Bad Nauheimer Ärzte. Auskunft: Verkehrsamt der Kurverwaltung Bad Nauheim.

Oktober 1955

1.—2. in Bad Wiessee: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Dr. Erwin Schlagintweit, Bad Wiessee, Neureuthstr. 33/a.

3.—5. in Bad Homburg: 18. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Prof. Henning, Erlangen, Med.-Univ.-Klinik.

5.—7. in Münster: 2. Aerosol-Kongreß, veranstaltet vom Deutschen Kuratorium für Aerosol-Forschung. Auskunft: Dr. H. Nüchel, Hindelang-Bad Oberdorf 429/a (Allgäu).

7.—9. in Bad Harzburg: 3. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung und -therapie e. V. Auskunft: Dr. E. Meyer, Camberg/Taunus.

7.—9. in Essen: 11. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie. Thema: „Schöpferische Individualität im Betrieb.“ Auskunft: Geschäftsstelle Nürnberg, Tristanstr. 5.

14.—16. in Regensburg: 15. Fortbildungskurs für Ärzte, veranstaltet vom „Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung“ (Prof. Dr. Jahn), Auskunft Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.

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 15, Bavariaring 19.

20.—23. in Freudenstadt und Lugann: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Prof. Zörkendörfer, Bad Salzungen, Balneologisches Institut.

O. P. mit 30 und 100 Dragées

Bei schwerer körperlicher Arbeit entstehen Vitamin- und Mineralsalz-Verluste

Daher vorbeugen mit

Combionta

Literatur und Musternabgabe:
 E. MERCK AG · Abteilung München
 MÜNCHEN 2 · Altonastraße 1/1 · Fernruf: 61292

Bei RHEUMA Thermulsion

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

- 20./23. in Freudenstadt: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Therapie.
21.—23. in Erlangen: Ärztlicher Fortbildungskurs „Elektrokardiographie“. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Poliklinik der Universität Erlangen.
27.—29. in München: Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
28.—29. in Gießen: Vortragszyklus „Die Strahlenbehandlung der Genitalcarcinome der Frau“. Auskunft: Prof. Herzog, Pathologisches Institut, Gießen.
28.—30. in Erlangen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte, veranstaltet von der Med. Fakultät der Universität Erlangen. Auskunft und Anmeldung: Dekanat der Med. Fakultät Erlangen.
31. in Würzburg: Symposion über Methodik und forensische Bewertung der Blutalkoholbestimmung, veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. Dr. Fred Ruppert, Würzburg, Domstr. 21/23.

November 1955

- 7.—11. in Frankfurt a. M.: Fortbildungstagung Bund Deutscher Medizinalbeamter. Thema: Schulärztliche Fragen. Auskunft: Med.-Dir. Dozent Dr. Schmith, Frankfurt a. M., Stadtgesundheitsamt.
11.—13. in Nürnberg auf der Burg (Kaiserstallung): 6. wissenschaftliche Ärztagung. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstr. 17.
13.—19. in Gießen: Fortbildungskurs für Fachärzte der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Teilnehmerzahl beschränkt). Auskunft: Prof. Herzog, Patholog. Institut, Gießen.
24.—26. in Gießen: Arbeitstagung der Fachärzte für Chirurgie. Auskunft siehe oben.

AUSLAND

September 1955

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

Oktober 1955

- 13.—17. in Genua: IV. Kongreß der Internationalen Akademie für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. med. Laves, Institut für gerichtl. Medizin d. Universität, München 15, Frauenlobstr. 7.
14.—16. in Aix-en-Provence: 3. Internationale Tage über Phlebologie. Auskunft: Clinique Dermatologique, Hotel Dieu, Marseille.
21.—22. in Paris: 2. Kongreß der Internationalen Vereinigung der Medizinischen Fach- und Standespresse. Auskunft: Generalsekretär J. Miguon, 37 rue Bellefond, Paris 9

RUNDSCHAU

Die Alten, das Problem menschlich und politisch — dargestellt an dem gegenwärtigen System der Altersversorgung in England. Das „Altenteil“ des Agrarstaates hat im modernen Industriestaat kein Gegenstück. Der natürliche Ausgleich von Geben und Nehmen zwischen der alten Generation und der jungen funktioniert nur noch in wenigen Familien. Ersparnisse und private Versicherungen sind durch Krieg und Inflationen so oft zunichte geworden, daß die für ihr Fortbestehen notwendige Grundlage unbedingten Vertrauens schwankt. — Es war einmal eine Zeit, da teilte ein treuer Hausvater sein Einkommen in drei Teile: zum Lebensunterhalt — für die Kinder — zur Altersversorgung...

Viele Staaten haben heute die Aufgaben des Hausvaters übernommen und diese Entwicklung hat in der Form des sogenannten Wohlfahrtsstaates ein Stadium erreicht, das nüchternen, verantwortungsbewußten Volkswirtschaftlern und Soziologen bedenklich erscheint.

In der 1. Juni-Nummer veröffentlichte die linksradikale englische Wochenzeitung „New Statesman“ den Bericht eines Mannes, der Klage darüber führt, wieviel Mühe es ihn gekostet habe, seine 84jährige Mutter auf Staatskosten in einem Altersheim unterzubringen und ihre Wohlfahrtsbezüge sicherzustellen. Der offensichtlich ganz gutsituierte Schreiber berührt nicht mit einem Wort die Möglichkeit, daß er vielleicht auch etwas zum Lebensunterhalt seiner alten Mutter beitragen könnte. Seine Haltung ist heute schon erschreckend typisch für viele Bürger des britischen Wohlfahrtsstaates. Aber kein Politiker kann es wagen, offen dagegen Stellung zu nehmen.

Zwei Tage vor den letzten britischen Parlamentswahlen lagten in Blackpool die Vertreter der Altersrentnerverbände. Dabei wurde der Antrag gestellt: Wenn die Regierung sich nicht bereit erklärt, jedem Altersrentner wöchentlich 30 DM zu zahlen, werden unsere 4 Mill. Mitglieder geschlossen gegen sie stimmen. — Ein so klarer Erpressungsversuch wurde von der Mehrheit der Delegierten zwar abgelehnt, zeigt aber doch deutlich, wie klein der Schritt sein kann von menschlichen Nöten zu partypolitischen Erwägungen und innerpolitischen Aktionen. Zum vorletzten Male wurden die Renten 1951 erhöht, zum letzten Male 1955 — die vorletzten Wahlen fanden 1951 statt, die letzten 1955, jedesmal kurz nach Erhöhung der Altersrenten.

Es herrscht heute völliges Einverständnis darüber, daß der Staat ebenso wie für etwa die Ausbildung der Jugend eine Verantwortung trägt für den Lebensabend der Alten. Nur darüber gibt es Meinungsverschiedenheiten, welche gesetzgeberischen Maßnahmen am geeignetesten sind, einer solchen Verantwortung gerecht zu werden: Drei Forderungen wären zu stellen: eine staatliche Altersrente muß 1. ausreichend sein, 2. nationalökonomisch tragbar, 3. notwendig.

Jeder Engländer hat heute im Alter von 65, jede Engländerin von 60 Jahren Anspruch auf eine Rente von wöchentlich 24 DM. Für jemanden, der ganz darauf angewiesen ist, reicht das nicht aus. Aber auch wer ein paar Hunderttausend auf der Bank hat, bekommt jede Woche seine 24 DM. Wenn sich ein praktisch gangbarer Weg fände, diesen Unfug einzustellen, könnte man dort großzügiger sein, wo Hilfe dringend ist.

Die staatliche Altersversorgung war von ihrem Urheber Lord Beveridge als Versicherung geplant. Aber das konnte sie von Anfang an nur dem Namen nach sein (National Insurance). Zu 95% wird sie seitdem und noch heute aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert, da die Versicherungsbeiträge einfach nicht ausreichen. Bis jetzt ist das gutgegangen, denn die wenigen, die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes (1946) pensionsberechtigt geworden sind, konnten von den vielen anderen leben, die vorläufig nur Beiträge zahlen. Aber die Lage spitzt sich immer mehr zu, je mehr Beitragszahler versorgungsberechtigt werden. In diesem Jahr wird zum erstenmal das Debet überwiegen; bis 1960 rechnet man mit einem Defizit von fast 4 Milliarden DM im günstigsten Falle, falls nämlich die Renten nicht weiter erhöht werden.



Cefatropin

Tropf.-Tabl.-Amp.

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

HOMBURG

Zur Behandlung aller Formen des Kreislaufversagens

Peripherin-Homburg

Theophyllin — Ephedrin + Oxyethyltheophyllin

Physiologisch wirkendes Kreislaufstimulans und Analepticum

Tropfen — Tabletten — Ampullen

Optimale Wirkung mit 2-3 mal täglich 3-5 Tropfen

Chemiewerk **HOMBURG** Aktiengesellschaft
Frankfurt/Main



Alle Formen
Pertussis

Bronchitis

**Mona-
pax**

(Name geschützt)

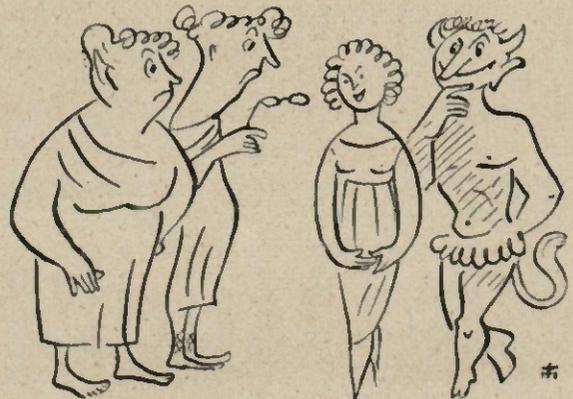
Ohne Codein und Antibiotica
Prompt wirksam, gut verträglich

Muster und Literatur bereitwillig durch



APOTHEKER MÜLLER GMBH
ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Aus unserem Almanach



Der Mann, dem eine Maid gefällt,
wird oft von gitterfüllten Dornen
Als unmoralisch hingestellt,
Nur, weil — sie keinen Mann bekamen.

Bongartz

Mit **Febenol** die Ruhe selbst!
FEBENA-SEDATIVUM

frei von Brom und Barbitursäure

Liquid. u. Dragées · Rezeptpflichtig



FEBENA · KÖLN

Asgoviscum

mit Rufinon, Viscum, Crataegus und Allium

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

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · Pharm. Abt. · HEIDELBERG

Die Gesellschaft für akadem. Reisen München e. V.

(ohne geschäftliche Gewinnabsicht)

Vorstand Dr. med. Walter Stromeyer

veranstaltet für ihre Mitglieder Reisen unter wissenschaftlicher Führung von mit den jeweiligen Gebieten besonders vertrauten Experten (meistens Universitätsprofessoren) nach

Spanien, Italien, Frankreich, England, Irland, Skandinavien, Spitzbergen, Griechenland, Türkei, Ägypten, Kleinasien, Liban, Mesopotamien, Ostafrika, Indien, Ceylon, Japan, Südamerika, Nordamerika sowie Hochseejachtfahrten.

Prospekte und Einzelheiten durch

Gesellschaft für akademische Reisen München e. V. Sekretariat: Dr. Engelhardt, München 2, Kaufingerstraße 33/II; werktags: 16—18 Uhr; Ruf: 221 40.

CHELIDOPHYT

Dr. HETTERICH

zur Weiterbehandlung von Cholezystitis, Cholelithiasis, Icterus nach Kupierung des Anfalls.

Z.: Plenocitol, Chelidon. cp.

Bitte fordern Sie Literatur bei uns!



Galenika

Dr. HETTERICH
FÜRTH/BAYERN G. M. B. H.

Zur Trocken- Behandlung: Aktiv-Puder

Oswald Bumke

ERINNERUNGEN UND BETRACHTUNGEN

Der Weg eines deutschen Psychiaters
2. Auflage, 232 S., 3 Tafeln, DM 11.70

 RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

„Ich habe sehr viele Ärzte-Autobiographien gelesen. Keine von ihnen hat mich so tief ergriffen, ja aufgewühlt, wie dieses Bekenntnis des Synaptikers, dem wir hier Begleitung durch sein Leben (1877 bis 1950) geben dürfen . . .“

Ars Medici, Liestal/Schweiz



Asthmo-Kranit

-Tabl.
-Pulv.

Branchial-Antispasmodicum
Asthmoanfalle u.
asthmatische Zustände
KREWEL WERKE, Liestal, Kabin

SOEBEN ERSCHIENEN:

Karl Heymann,

Infantilismus

mit 206 Seiten u. 5 Fig.
DM 20.80

Prospekte und Ansichtssendungen bereitwilligst

Heymann will ermöglichen, einmal diejenigen Formen des Infantilismus zu erfassen, welche unregelmäßig durch Konstitution, Entwicklungshemmung in den biologischen und psychologischen Funktionen und durch psychische Besonderheiten erklärt werden können.

Zu beziehen durch **CARL GABLER GMBH.** Arbeitsgebiet Fachbuchhandlung München 2, Kaufingerstr. 10 · Tel. 28686

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

Antacid-
Helfenberg

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A. G. VORM. EUGEN DIETRICH 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!

Wahrscheinlich wäre es möglich, die Altersversorgung sowohl ausreichend wie auch nationalökonomisch tragbar zu machen, wenn es gelänge, sie auf die notwendigen Fälle zu beschränken. Aber gerade diese Forderung rüttelt an den Grundfesten des Wohlfahrtsstaates. Die Leute wollen „keine Almosen“, sie wollen „ihr Recht“. Haben sie nicht Versicherungsbeiträge bezahlt? Sollen sie etwa über ihre intimsten Angelegenheiten Rede und Antwort stehen?

Das psychologische Klima in England wird stark umschlagen müssen, ehe der durch geschickte Handhabung in Verurteilung geratene Bedürftigkeitsnachweis (mean test) wieder eingeführt werden kann. Und doch wird er in irgendeiner Form kommen müssen: damit logische Absurditäten verschwinden wie die, daß ein Millionär wöchentlich 24 DM Altersrente bezieht; damit menschliche Absurditäten verschwinden wie die, daß Eltern Verantwortung für ihre Kinder, Kinder die Verantwortung für ihre Eltern dem Staat überlassen, ohne auch nur den Versuch gemacht zu haben, selbst eine Lösung zu finden. Er wird auch kommen müssen, damit nicht alle schönen Pläne in einem finanziellen Fiasko enden.

Noch von einer anderen Seite ist dem Problem beizukommen. Wer ist eigentlich alt? Die Statistiken bestimmen den Anteil der „Alten“ an der Bevölkerung Großbritanniens als: 1901 = 4,7%, 1955 = 14%, 1979 voraussichtlich 18%. Bei all den Betrachtungen, die einer Überalterung der Bevölkerung gewidmet werden, tut man gerne so, als ob „alt“ eine in Zahlen definierbare Eigenschaft sei. Das widerspricht allen biologischen und medizinischen Erkenntnissen.

Wenn es gelänge, den Übergang vom Berufsleben ins Ruhealter nicht sklavisch vom Geburtsschein abhängig zu machen, sondern ihn von Fall zu Fall zu entscheiden, dann wäre damit nicht nur eine gesündere Basis für die Altersversorgung gefunden, sondern ein neuer Blickpunkt für die vielen menschlichen und sozialen Probleme des Altwerdens. Aber das ist ein weites Feld. (DZA/C/55/1955)

Altersarbeit müßte lohnend werden. Die heute geltende Altersgrenze ist in einer Zeit festgelegt worden, in der die Lebenserwartung wesentlich ungünstiger war. Was liegt näher, als daß diese Altersgrenze nach der starken Wandlung der Dinge entsprechend heraufgesetzt wird. Von der Seite der physischen und geistigen Leistungsfähigkeit her dürften die Voraussetzungen dafür durchaus gegeben sein. Nach angestellten Ermittlungen sind heute mehr als ein Drittel der Leiter industrieller Unternehmen über 60 Jahre alt. Die geistig sicher intensiv arbeitenden Angehörigen höchster Gerichte im Bundesgebiet haben eine Altersgrenze bis zum vollendeten 68. Lebensjahr. Hier wird ein erster Schritt sichtbar.

Bei einer Heraufsetzung der Altersgrenze würde sich durch das Hinzutreten weiterer Altersklassen die tragende erwerbstätige Schicht erheblich verbreitern, selbst wenn man damit rechnet, daß nur etwa 50 bis 75 v. H. der das 65. Lebensjahr Vollendenden weiterarbeiten würden, und der renzusammenschumpfen. Die Verhältnisse würden so in natürlicher Weise der Bevölkerungsentwicklung entsprechend wieder zurechtgerückt. Die Kranken müssen ausscheiden dürfen; Weiterarbeit muß mit lohnenden Anreizen ausgestattet werden. (DZA/C/59/55)

Vorerst keine Impfungen gegen Kinderlähmung. Vorläufig werden in der Bundesrepublik keine Impfungen gegen Kinderlähmung vorgenommen, obwohl sich bei Schutzimpfungen von 50 000 Kindern mit dem deutschen Impfstoff der Behring-Werke keinerlei Zwischenfälle ereigneten. Bundesinnenminister Schröder beauftragte das international bekannte Robert-Koch-Institut in Berlin, ein Gutachten über die Gestaltung und Verstärkung der Sicherheitsteste bei der Herstellung und Abgabe des Kinderlähmungsimpfstoffes

auszuarbeiten. Der Leiter des Instituts, Prof. Henneberg, wies darauf hin, daß in den USA jährlich 30 000 bis 40 000 Fälle von Kinderlähmung gegenüber etwa 2000 bis 5000 in Deutschland auftreten. (Die Welt v. 4. 7. 1955)

Lossprechung ärztlicher Sprechstundenhelferinnen. Die Frage des ärztlichen Hilfspersonals bei der freipraktizierenden Ärzteschaft hat in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung gewonnen. Bei Zahnärzten ist das Problem durch eine Rechtsverordnung des Bundesarbeitsministers längst geregelt. Im Bereich der Ärztekammer Nordrhein hat sich die Ärztekammer seit einiger Zeit besonders um die Ausbildung des Nachwuchses bemüht. So gelang es 1954 in Verhandlungen mit der kaufmännischen Berufsschule in Köln zu vereinbaren, daß in dieser Schule erstmals eine Fachklasse für ärztliche Sprechstundenhelferinnen eingerichtet wurde. Die erste Lossprechung in der Bundesrepublik erfolgte in diesen Tagen im Ärztehaus in Lindenthal. Der Präsident der Ärztekammer von Nordrhein, Dr. Weise, sagte u. a., daß die Ärztekammer Nordrhein einen eigenen Ausschuß für ärztliche Sprechstundenhelferinnen eingerichtet habe, der unter dem Vorsitz von Dr. Roos einheitliche Richtlinien für den gesamten Kammerbereich aufgestellt habe. (Kölnische Rundschau v. 3. 7. 1955)

Grausige Tatsachen. Für die Wiedereinführung der Geschwindigkeitsbegrenzungen in geschlossenen Ortschaften setzte sich die „Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsschutz“ ein, deren Jahrestagung in Goslar stattfand. Der neugewählte Präsident der Gesellschaft, der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg, Prof. Dr. K. H. Bauer, begründete diese Forderung damit, daß sich im vergangenen Jahre 84% aller Verkehrsunfälle im Bundesgebiet in geschlossenen Ortschaften ereignet hätten. Die Motorradfahrer sind an den Unfällen am stärksten beteiligt. Im Jahre 1953 waren 44% aller Toten und ebenfalls 44% aller Schwerverletzten bei Verkehrsunfällen Motorradfahrer. Jeden Tag werden im Bundesgebiet etwa 300 Schwerverletzte in die Krankenhäuser und über 40 Tote in die Leichenhäuser eingeliefert. „Diese grausigen Tatsachen“, so wurde in Goslar betont, „sollten jeden Verkehrsteilnehmer mehr zur Vorsicht mahnen, als es alle Verkehrsschilder tun können.“ (Hannov. Allgemeine v. 4./5. 6. 1955)

Geburtenüberschuß im Bundesgebiet. Für das Jahr 1954 ist im Bundesgebiet ein Geburtenüberschuß von rund 264 000 zu verzeichnen. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, wurden im Vorjahre 779 800 lebendgeborene Kinder registriert. Die Zahl der Todesfälle belief sich auf 515 400. Die Säuglingssterblichkeit ging weiter zurück. Im Vorjahre wurden 427 000 neue Ehen geschlossen. Das bedeutet gegenüber den Vorjahren einen weiteren Rückgang. (Kieler Nachrichten v. 21./22. 5. 1955)

Groteske Diskrepanz. Groteske Zustände hat das heutige Krankenversicherungssystem in Deutschland hervorgerufen, erklärte der Vorsitzende der Bad Nauheimer Ärzte-Vereinigung, Dr. Hahndorff, bei einer Aussprache über die Zukunft des Bades, die zwischen dem hessischen Finanzminister Troeger, der hessischen Staatsbäderverwaltung und der Bürgerschaft geführt wurde. So habe er z. B. in diesen Tagen ein Ehepaar verabschiedet, das in Bad Nauheim zur Kur weilte und bei ihm vier Wochen in Behandlung war. Während dieser vier Wochen wohnte das Ehepaar in einem erstklassigen Hotel, das Zimmer pro Tag für 35 Mark. Beim Abschied übergab es dem Arzt je einen Krankenschein statt Honorar, für den ihm die Versicherung je 25 DM zahlt. (DZA/C/56/1955)

Vertigo-Heel 10 u. 30 oom Liquid
50 TABLETTEN

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

Helfenberger Bandwurmmittel



„Farnotän“ 16 Kapseln für Erwachsene
12 Kapseln für Kinder

„Tritol“ flüssig, hocharomatisiert
in drei Stärken

Älteste und seit Jahrzehnten
bewährte Bandwurmmittel

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

Kassenpatienten sollen dazuzahlen. Als erste Maßnahme zur Besserstellung des Mittelstandes hat Bundesminister Dr. Schäfer eine Vorlage ausgearbeitet, die den Krankenschwestern höhere Bezahlung, bessere Unterkunft und eine humanere Arbeitszeit sichern soll. Die Mehrkosten sollen durch Änderung der Pflegesatzkosten und Beteiligung der versicherten Patienten an den Krankenhauskosten aufgebracht werden. Es sei unmöglich, daß eine leitende Operationsschwester gehaltsmäßig gerade einer von der Schule kommenden Stenotypistin, gleichgestellt ist.

(DZA/C/56/1955)

Bezahlter Urlaub. Das Stichwort „Bezahlter Urlaub“ ist im Tarifkampf der Arbeitnehmer nicht mehr aktuell. Es ist zu einer historischen Reminiszenz geworden. Erholung ist nicht nur Privatvergnügen, sondern betriebswirtschaftliche Notwendigkeit. Die Urlaubsstunden am Strand und in den Bergen werden daher mit gutem Grund den Arbeitern, den Angestellten und den Beamten bezahlt. Fortschrittliche Unternehmen zahlen sogar zusätzliche Urlaubsgelder: Investitionen für den Produktionsfaktor Arbeit, die zudem das Steuerbudget des Unternehmens entlasten.

Auch der Unternehmer braucht Urlaub, wenn er frisch, tatkräftig und arbeitsfähig bleiben will. Seiner größeren Verantwortung entsprechend löst er sich sorgenvoller vom Betrieb, aber die Maschinen arbeiten weiter und der Betrieb läuft auch vier Wochen ohne ihn, sein Kapital rentiert sich weiter, und der Urlaub kostet ihn nicht mehr, als er in Spanien, Frankreich oder Oberbayern an barem Gelde ausgibt.

Anders bei den Selbständigen ohne oder mit nur zwei, drei Angestellten! Anders also vor allem bei den Angehörigen der freien Berufe: Ihr „Betrieb“ läuft nur, wenn die persönliche Arbeitsleistung des Arztes, des Architekten, des Anwalts, Schriftstellers, Wirtschaftsprüfers usw. Tag für Tag und Stunde um Stunde „im Einsatz“ ist. Der notwendige Erholungsurlaub zur Regeneration der Arbeitskraft, zur Überholung und „Reparatur“ ihres geistigen Kapitals kostet doppelt: Urlaubsgeld und Verdienstausschlag.

Gehört das wirklich zu den unabänderlichen Eigentümlichkeiten des freien Berufes? Oder gibt es Möglichkeiten, hier einen gerechten Ausgleich wenigstens anzustreben? Wenn schon kein Äquivalent für den Verdienstausschlag geschaffen werden kann, dann sollte eine sozialgerechte Steuergesetzgebung den Angehörigen der freien Berufe wenigstens gestatten, die Urlaubskosten als „betriebsnotwendige Ausgaben“ zu verbuchen und abzusetzen.

(Das geist. Kapital 2/55)

„Dauerregen“ der Verordnungen. Der aufgeblähte Verwaltungsapparat ist die Folge der „Flut mangelhaft vorbereiteter und nicht ausgefeilter Gesetze“, die das Parlament laufend verabschiedet, stellte der Vorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen des Bundes deutscher Steuerbeamten, Regierungsrat Haß, fest. Innerhalb von vier Jahren seien auf die öffentliche Verwaltung Rechtsvorschriften in einem Umfang von 6063 Druckseiten „als Dauerregen“ niedergegangen. „Hamburger Anzeiger“ v. 25. 7. 1955

Isotope in der Hand des Arztes, Genf (dpa). Bei der weiteren Erschließung der Anwendungsmöglichkeiten radioaktiver Isotope wird es nicht ausbleiben, daß auch der Haus-

arzt die Strahlenanwendung in den Dienst seiner Patienten stellt. Einer der prominentesten Angehörigen der amerikanischen Delegation in Genf, Dr. Libby von der Atomenergie-Kommission der Vereinigten Staaten, sagte voraus, daß radioaktive Pillen ein wertvolles Hilfsmittel bei den ärztlichen Diagnosen späterer Jahre sein würden. Wegen der winzigen Mengen, die für diesen Zweck in Frage kommen, ist eine Schädigung des Patienten nicht zu befürchten. Voraussetzung für die Anwendung der strahlenden Isotope auf diesem oder anderen Gebieten ist aber die Entwicklung empfindlichster und dabei billiger Instrumente für die Messung dieser Strahlen, damit der Arzt den Weg und die etwaige Wirkung der Isotope im Körper genau verfolgen und messen kann. Vorläufig stehen solche Instrumente noch nicht zur Verfügung. Die weitgehende Anwendung radioaktiver Isotope wird, wie Libby hervorhob, auch in Ländern möglich sein, die keine eigenen Atomreaktoren haben. Die USA wollen ihr Ausführungsprogramm für derartige Isotope noch wesentlich steigern. Begrenzt werden die Möglichkeiten für die Isotopen-Verwendung in Ländern ohne eigenen Reaktor allerdings dadurch, daß viele der wirksamsten Isotope nur eine kurze Lebensdauer haben, so daß sie einen längeren Transport nicht überstehen. („Stuttg. Ztg.“ 19. 8. 55)

AMTLICHES

Verlust von Urkunden, Wiedererteilung der Bestallung

(Auszug aus Entschl. des Bayer. St.-Min. des Innern vom 4. August 1955 Nr. III 2 b — 5035b 30)

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

Ärzte:

Dr. med. Buth Maria Theresia Sacher, geb. 16. 1. 1911 in Breslau, Geltungsdatum der Bestallung 1. 9. 1939.

Dr. med. Otto Rudolf Maierhöfer, geb. 24. 5. 1925 in Viehbach, Geltungsdatum der Bestallung 14. 12. 1951, Zweitschrift ausgestellt 4. 6. 1955.

Dr. Vinzenz von Sigriz, geb. 4. 6. 1926 in München, Geltungsdatum der Bestallung 16. 1. 1952, Zweitschrift ausgestellt 22. 4. 1955.

Dr. med. Hans Bachhuber, geb. 11. 8. 1912 in Passau, Geltungsdatum der Bestallung 23. 10. 1944, Ersatzurkunde ausgestellt 19. 1. 1955.

Dr. med. Horst Meier, geb. 1. 12. 1908 in Königsberg/Pr., Geltungsdatum der Bestallung 1935, Ersatzurkunde ausgestellt 27. 6. 1955.

Mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 9. 5. 1955 Nr. II/11 — 5003 cc 81 wurde die mit Bescheid dieser Regierung vom 8. 8. 1951 Nr. II/11 — 5003 cc 176 verfügte Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch Dr. med. Hans Bachhuber, geb. 11. 8. 1912 in Passau, zurückgenommen.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor
(StAnz. Nr. 34/1955)

Rhinitis
Angina
Grippe-
Schutz

Rhino-Vasogen

enthält
Kamillen-
Extrakt

O.P. 15g DM 1.40
m. Tropfpipette

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



ING. LUDWIG BRUNNER

München 15 · Schwannthalerstr. 10a · Telefon 522 25

Generalvertretung für Südbayern der Firma
FRITZ HOFMANN G.M.B.H.
RÜNTGENWERK-ERLANGEN

Besuchen Sie uns bitte am Ausstellungsstand
anläßlich des Deutschen Röntgen-Kongresses
vom 17. bis 19. 10. auf der Theresienhöhe in
HALLE I, Stand 10

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge v. 18. Juli 1955 Nr. I/1881/486/55 über Gebühren für ärztliche Sachverständige der Sozialgerichte

Das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge erläßt im Einvernehmen mit den Staatsministerien des Innern und der Finanzen auf Grund des Artikels 5 des Kostengesetzes mit Wirkung vom 1. Juli 1955 nachstehende Gebührenordnung für ärztliche Sachverständige der Sozialgerichte.

Die ärztlichen Sachverständigen der Sozialgerichte erhalten:

1. a) Für die Teilnehmer an einer Sitzung einschließlich des Aktenstudiums, der erforderlichen körperlichen Untersuchung und der Erstattung eines Gutachtens ohne Rücksicht auf die Zahl der verhandelten Sachen
für die erste Stunde 13.50 DM;
für jede angefangene weitere Stunde 9.— DM;
- b) Für ein ausführliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten, d. h. ein auf Grund der Vorgeschichte, der Angaben und des Befundes durch wissenschaftliche Äußerungen gestütztes und zugleich die wissenschaftlichen Erwägungen erläuterndes Gutachten einschließlich Aktendurchsicht ohne Rücksicht darauf, ob eine Untersuchung stattgefunden hat oder nicht, 15.— DM;

In besonderen Ausnahmefällen für ein Gutachten, das infolge besonders schwieriger wissenschaftlicher Untersuchungen eine außergewöhnliche Mühewaltung erfordert, kann die Gebühr bis zum Höchstbetrage von 35.— DM erhöht werden.

- c) Für eine kurze schriftliche gutachtliche Äußerung (z. B. eine Auskunft, ob eine Sache vom ärztlichen Standpunkt aus geklärt ist) 3.50 DM;
Für ein Befundattest mit näherer gutachtlicher Äußerung mit oder ohne Untersuchung 5.— DM.
2. Sind in den Fällen nach Ziffern 1b und c Besuche erforderlich, so erhalten die ärztlichen Sachverständigen neben der Gebühr Reisekostenvergütung (Tage- und Übernachtungsgelder, Fahrkostenentschädigung und Nebenkostenersatz) in Höhe der Sätze der Stufe II für Beamte sowie 3.50 DM für jede angefangene halbe Stunde als Entschädigung für Zeitaufwand (dabei ist die Zeit für die Untersuchung nicht zu berücksichtigen) und den Ersatz besonderer Auslagen.
3. Diese Gebührenordnung gilt als Taxvorschrift im Sinne des § 16 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1878 (RGBl. S. 173).
4. Mit dem Inkrafttreten dieser Gebührenordnung treten die gemeinsame Entschließung der Staatsministerien des Äußern, des Innern und für Landwirtschaft und Arbeit (Abt. Arbeit) vom 14. März 1932 Nr. 1134 i 3 sowie die Entschließung des Bayer. Staatsministe-

riums für Arbeit und soziale Fürsorge vom 30. Juli 1952 Nr. IV 4515 — 12 b/41/52 außer Kraft.

gez. Stain, Staatsminister.

(StAnz. Nr. 35/1955)

BUCHBESPRECHUNGEN

Die Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der Frau mit Hilfe der Körpertemperatur. Von Doz. Dr. G. Döring. Tübingen. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. W. Bickenbach, Tübingen. 1954. 20 Seiten, 3 Abbildungen, kartoniert DM 1.90.

Einer Anregung von Prof. Bickenbach folgend, bringt der Verfasser eine übersichtliche, gemeinverständliche Anleitung zur Bestimmung der Basaltemperatur im Genitaleyclus und ihrer Auswertung für die befruchtungsgünstigen und -ungünstigen Tage. In klarer Übersicht werden die Grundlagen der Konzeptionsforschung gebracht und wird auf die bis jetzt bekannten Fehlerquellen hingewiesen. Instruktive Tabellen erleichtern dem Laien die Beurteilung der Temperaturmessungen. Die Bestimmung des Follikelsprunges zur modernen Sterilitätsbehandlung bleibt den Ärzten als den „Hütern des Lebens“ vorbehalten. Es ist sehr erfreulich, daß nun der Laie selbst die unfruchtbaren Tage bestimmen kann und der Arzt nicht als „Verhüter“ des Lebens auftreten muß. Es bleiben ihm dann die Vorwürfe der Patienten bei eingetretener Schwangerschaft erspart.

An Stelle von zeitraubenden Aufklärungen in der Sprechstunde kann nun das Büchlein den Patienten empfohlen werden. Auch der Geistliche und die Hebamme werden an Stelle von anderen, von Laien verfaßten Broschüren die Abhandlung von Döring empfehlen.

Prof. von Khreninger-Guggenberger, Regensburg.

Kneippkur richtig durchgeführt. Von Cbr. Fey. Neubearbeitung 1955. Ehrenwirth-Verlag München. 104 S., 30 Abb., kartoniert DM 3.80.

In der Schriftenreihe des Verlages für ärztliche Fortbildung erscheint dieses Heft bereits in der zweiten Auflage. Es wurde vom Verfasser, einem bekannten Würthhofer Arzt, speziell zur Aufklärung für den Kneippkurgast geschrieben. Es bietet einen guten Überblick über fast alle Verfahren dieser Methode. Im Sinne der Kneippischen Lehre entwickelte neuere Verfahren, u. a. auch vom Verfasser, stellen sicher eine Bereicherung dar.

Die Schrift sucht beim Kurgast Verständnis für diese Art von Naturheilverfahren zu wecken, wie sie auch Anweisungen für die weitere Gestaltung der Lebensweise nach Abschluß einer solchen Kur gibt.

Für den interessierten Arzt bietet sie in knapper Form eine Einführung in Wesen und Technik der Methode. Es werden die Anwendungen, wie Waschungen, Wickelungen, Güsse, Bäder, Wechselbäder, Dämpfe und Abhärtungsübungen, im einzelnen behandelt. Manches Wertvolle wird man sicher übernehmen, anderes mit der nötigen Kritik betrachten.

Die Schrift kann dem Arzt empfohlen werden.

Busch, Bad Kohlgrub/Obb.

Gesundheitsschädigungen nach Hypnose. Ergebnisse einer Sammel-forschung von I. H. Schultz, Berlin. 2. unveränderte Auflage. Carl Marbold, Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg 9, 1954, 48 Seiten, karton. DM 2.70.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

I. H. Schultz, zweifellos einer der erfahrensten Männer der Gegenwart auf diesem Gebiet, hat hier schon vor 30 Jahren ein sehr ernstes Kapitel des Themas „Psychotherapie“ aufgeschlagen. Noch dazu gründlich belegt, gespickt mit Zitaten anderer Autoren, mit gerichlichen Vorgängen, Krankengeschichten und, vor allem, persönlichen Erfahrungen wird die Gefahr aufgezeigt, die in einer fehlerhaften Indikationsstellung und Durchführung einer Hypnose liegt. Gerade in einer Epoche, in der weiten ärztlichen Kreisen und durch Presse und Rundfunk völlig unangewählten Kreisen von Laien, psychotherapeutische Methoden gepriesen und anreizend dargestellt werden, ist die Warnung, die hier gegeben wird, nicht nur für Ärzte, sondern für alle Verantwortlichen unserer Gesellschaftsordnung von eminenter Bedeutung. Mit Recht stellt Schultz einen, schon 1890 vorgelegten, aber noch höchst aktuellen Gesetzentwurf mit folgendem Passus an den Schluss:

Die selbständige Anwendung von Hypnose und ähnlichen zu Bewußtseinsumschaltungen führenden Beeinflussungen an Menschen . . . ist nur ärztlich approbierten Personen gestattet.

Gerweck, München

Taschenbuch der praktischen Medizin. Von Dr. med. J. Kottmaier, Baden-Baden. 3. erweiterte Auflage 1955. VIII, 1058 Seiten, holzfreies Dünndruckpapier, 8°, Ganzleinen DM 36.—. Verlag Georg Thieme, Stuttgart.

Dieses Taschenbuch ist ein ausgezeichnetes Compendium aller Gebiete der praktischen Medizin, welche von anerkannten deutschen Fachärzten bearbeitet wurden. Seine Vorzüge liegen in einer bewußten Beschränkung auf das Notwendige und in der prägnant klaren sowie bewußt knappen Darstellung der Krankheitsbilder und ihrer Therapie. Das Buch hält, was der Herausgeber im Vorwort zur 3. Auflage verspricht, nämlich es erfüllt „die nicht leichte Aufgabe, auf engstem Raum das Gesicherte für die ärztlichen Anforderungen des Tages, kritisch resümiert, aufzuzeigen“. Die Abhandlungen über die einzelnen Krankheitsgebiete werden durch einige für den Praktiker wichtige und den Bedürfnissen der Praxis Rechnung tragenden Abhandlungen über Kapitel: Berufskrankheiten (Oberreg.- und Gew.-Med.-Rat Dr. H. Buckup), Luftfahrtmedizin (Doz. Dr. med. habil. A. Koch), Orthopädie (Prof. Dr. med. K. Niederecker), Praktische Psychotherapie (Dr. med. J. Cremerius), Sportmedizin (Priv.-Doz. Dr. med. E. J. Klaus) ergänzt. Zu wertvollen Beiträgen gehören ferner die Kapitel über diagnostische und therapeutische Technik und nicht zuletzt ein sehr ausführliches, über 170 Seiten starkes, zusammenfassendes Kapitel über bewährte Arzneimittel von Prof. Kuschny. In diesem Kapitel befinden sich einige für die Praktiker m. E. sehr wichtige Hinweise, so bezüglich die Verschreibung des Pepsins gemeinsam mit verdünnter Salzsäure. „Häufig unnötig und Wirkung zweifelhaft. Verschreibung des Pepsins zweckmäßig nicht in Salzsäure, sondern getrennt als Schachtelpulver“, denn Pepsin löst in HCl-Lösung recht bald seine proteolytische Wirkung ein. Ein weiterer wichtiger Hinweis ist bei Ipecacuanha Radix. „Die gleichzeitige Verwendung eines hustenstillenden Mittels mit einem sekretionsfördernden Mittel ist nicht zu empfehlen, statt dessen wird gesondert besser Codein o. ä. verwendet.“ Bei Ammonii anisatus Liquor ist ein pharmakologisch sehr wichtiger Hinweis gebracht, nämlich „Unverträglich mit Alkaloidsalzen“. Was diesem Grundsatz widerspricht, ist ein zweimaliger Hinweis auf das Infusum Radix Ipecacuanhae mit seinem Gehalt an Liquor Ammonii anisatus. Diese Verordnung, welche einen rezepttechnischen Fehler enthält, scheint sich in allen Lehrbüchern festgefahren zu haben. Durch das basische Milieu — erzeugt durch Liquor Ammonii anisatus — fallen die Alkaloidsalze der Ipecacuanhawurzel Cephalin sowie Emetin aus, und in der Literatur wurden nicht unbedenkliche Intoxikationserscheinungen beschrieben. Ein Ersatz durch Spiritus Anisi oder Foeniculi behebt diesen Fehler in diesem an und für sich sehr gut wirkenden Secretolyticum auf sehr einfache Weise. Nicht unwichtig halte ich auch den Hinweis bei Spiritus: „Für wirtschaftliche Verschreibungen genügt 70%iger Alkohol = Spiritus dilutus. Dieser ist auch für die Hautdesinfektion besser wirksam als höhere Konzentrationen.“ Das Werk schließt mit einem Kapitel über Strahlen, elektrische und mechanische Schwingungen im Dienste der Medizin (Prof. Dr. med. R. du Mesnil de Rochemont, Dr. med. C. Montag) und mit einem solchen über Klimatherapie, Heilquellen und Bäder, vom Herausgeber selbst bearbeitet. Wegen Klarheit und Konzentration der Darstellung kann, wie schon gesagt, dem in der Praxis stehenden Arzt dieses Buch daher bestens empfohlen werden, zumal eine sehr zuverlässige Informationsquelle in Form eines sinnvoll angelegten Sachwortverzeichnisses eine rasche Orientierung für die tägliche Praxis ermöglicht. K. St.

Handbuch für Ärzte, Kassenärzte und Sprechstundenhelferinnen. Von Dr. med. D. Brück und Dr. med. B. Rodewald. 3. vollständig neu bearbeitete Auflage. Schlütersche Verlagsanstalt und Buchdruckerei, Hannover. 412 S., brosch. DM 12.—.

Die 3. Auflage des beliebten Handbuchs zeigt nicht nur eine Vermehrung des Umfangs von 210 auf 412 Seiten, sondern durch die vollständige Neubearbeitung eine begrüßenswerte Vermehrung des Inhalts. Im 1. Kapitel „Honorare und Gebührensätze“ ist auf die Sonderverträge (Auständer, Berufsgenossenschaftstarif, Bundesbeamten-Krankenversicherung, Bundesgrenzschutz, Bundestarif für das Versorgungswesen, Deutsches Rotes Kreuz, Hochschulkassen-Studentenwerk, Polizeiheame, Postbeamtenkrankenkasse) entsprechend Rücksicht genommen. Bei dem die Gebührensätzen nach Stichworten umfassenden Kapitel sind vergleichsweise die Sätze für die Amtliche Gebührenordnung 1953, die ADGO mit der für die Ersatzkassen geltenden Preisregelung und die ADGO, wie sie den Honoraraufstellungen in der Privatpraxis zugrundegelegt wird, angeführt. Die Einfügung der Kommentare zu den einzelnen Sätzen und Ratschläge (so bei der Berechnung von modernen, an Zeit und ärztliche Leistung erhöhte Anforderung stellenden Schwierigkeiten) erhöhen den Gebrauchswert des Buches.

In einem besonderen Abschnitt wird die Sozialversicherung mit der Kranken-, der Unfallversicherung, den Berufsgenossenschaften, der Invaliden-, Angestellten- und Altersversicherung, der Krankenversicherung der Rentner, Arbeitslosenversicherung, Bundesversorgungsgesetz, sowie der Sozialgerichtsbarkeit und dem Mutterschutzgesetz behandelt.

Die „Kassenpraxis“ mit den einschlägigen Bestimmungen, wie Gebührenordnung, den einschränkenden Bestimmungen für die Kassenpraxis, den Sonder- und Sachleistungen, Heilmitteln und Hilfsmitteln, den Kassenabrechnungsgrundlagen, der Honorarverteilung der KV, der Prüfung der Rechnungsunterlagen, dem Einspruchsverfahren und den Disziplinarmaßnahmen der KV, findet gesonderte Behandlung.

Im folgenden Kapitel werden Gesetze, Verfügungen und Verordnungen knapp, aber doch eingehend, besprochen. Die einschlägigen Bestimmungen werden jeweils bei den verschiedenen Begriffen und Schlagwörtern angeführt, so z. B. bei der Erläuterung der Arbeitsunfähigkeit, Arztekammern, Assistenten, Aufklärungspflicht, Badeortkur, Bestallung, Bestrahlungen, Betäubungsmittel, Duldungspflicht, Eheberatung, Tätigkeit vor Gericht, Gutachten, Karteikarten, Krankengeschichten, Krankenhausbehandlung, Praxiskosten, Rezepte, Röntgen, Schweigepflicht, Sprechstundenbedarf, Vertretung, um nur einiges zu nennen. Die „Privatpraxis“ wird gesondert besprochen. Die „Meldepflichten“ für einzelne Krankheiten sowie bei Geburt und Tod u. a. finden Berücksichtigung.

Die Sprechstundenhelferin findet auf 90 Seiten eine eingehende Belehrung über ihre vielseitigen Aufgaben. Bilder ergänzen den lehrreichen Text. Im Schlusskapitel „Ärztliche Buchführung“ wird Inventur und Bilanz, das Konto als Rechnungsschema, die Besonderheiten des Kapitalkontos und seiner Unterkonten, Abschluß der Konten, das amerikanische Journal, die Abschlußtabelle usw., die Buchführung und die Steuer behandelt.

In einer im Hinblick auf die neuen Gesetze wohl bald zu erwartenden Neuauflage wäre zu wünschen, daß nicht nur die Bestimmungen von Niedersachsen und Schleswig-Holstein, sondern auch die Bestimmungen für Bayern eingehender berücksichtigt werden. Auch das Sozialabkommen mit Österreich und die Arbeitsbedingungen im Grenzgebiet sollten Erwähnung finden.

In seiner jetzigen Form stellt das Handbuch eine wesentliche Bereicherung des einschlägigen ärztlichen Schrifttums dar. K. g.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Adolf Klinga GmbH., München 23
Lyssia-Werke, Wiesbaden
„Atmos“ Fritzsching & Co. GmbH., Viernheim/Hessen
Upha GmbH., Hamburg
Dr. Gerhard Mann, Arzneimittelfabrik, Berlin-Charlottenburg,
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin 15
Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
Hackerbräu, München
Außerdem eine Einladung zum 3. Fortbildungskurs am Tegernsee in praktischer Medizin (vom 1. und 2. Oktober 1955) des Kuramtes Bad Wiessee.

„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 23/27, 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. Scharsinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

