

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 10

München, Oktober 1955

10. Jahrgang

58. Deutscher Ärztetag

Wie alljährlich traten auch in diesem Jahr die Vertreter der gesamten Ärzteschaft des Bundesgebietes und West-Berlins zu ihrer großen Tagung zusammen, um über eigene Probleme und Organisationsfragen zu beraten und zu beschließen und um nach außen hin die Stellungnahme der repräsentativen Vertreter der Ärzteschaft zum Ausdruck zu bringen zu allen Fragen der Volksgesundheit, in welchen der Arzt ein Recht der Mitsprache und die Pflicht zur Stellungnahme hat. Als Tagungsort war diesmal Baden-Baden gewählt, das ob seiner zentralen Lage und seinem freundlichen Klima besonders geeignet erschien, und dessen Routine in Veranstaltung von Kongressen sich organisatorisch für den Ablauf als äußerst günstig erwies.

Die Tagung wurde eröffnet am Morgen des 30. 9. im Kursaal durch den Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, Professor Dr. med. Neuffer, der eine Reihe prominenter in- und ausländischer Gäste begrüßen konnte, darunter Dr. Knutson, Schweden, den Präsidenten des Weltärztebundes, und dessen Schatzmeister Dr. Leuch aus der benachbarten Schweiz sowie eine Reihe anderer europäischer und außereuropäischer Ärztevertreter. Das Hauptthema der Tagung war die Reform der sozialen Krankenversicherung, als eines Teiles der derzeit diskutierten Sozialversicherung. Nachdem schon seit langem in Wort und Schrift von einer Reihe ärztlicher Organisationen zu dem Problem Stellung genommen worden war, galt es, die Meinungs- und Willensbildung der Gesamtärzteschaft zu ermitteln und der Öffentlichkeit, vor allen Dingen aber der gesetzgebenden Körperschaft zu unterbreiten. Eine kleine sarkastische Feststellung Dr. Doblere, daß die heute noch geltende Bismarcksche Konzeption ebenso alt sei wie das erste Automodell, beleuchtete die Reformbedürftigkeit unserer Sozialversicherungsordnung.

Das Referat hatte der Bundestagsabgeordnete Dr. Hammer. Auf Grund der Thiedingschen Vorschläge aus dem Jahre 1951 war vom Präsidium des Deutschen Ärztetages ein Zehn-Punkte-Programm ausgearbeitet worden, in dem die Forderungen der Ärzteschaft in 10 Leitsätzen präzisiert sind unter folgender Präambel:

Im Mittelpunkt der Reform der sozialen Krankenversicherung muß der Mensch stehen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist ihrer sozialen Funktion entsprechend klar abzugrenzen. Das Bewußtsein der Selbstverantwortung der Versicherten ist zu stärken. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der Praxis anzupassen.

Der Vormittag des ersten Sitzungstages war ganz der Erörterung dieser zehn Leitsätze gewidmet, die das ganze Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufrollte, und vom Gesetzgeber die Schaffung derjenigen Vorbedingungen verlangte, die zu einer optimalen ärztlichen Tätigkeit nun einmal unerlässlich sind. Der Wortlaut der Leitsätze wird mit dem großen Bericht über den Deutschen Ärztetag in der nächsten Nummer der „Ärztlichen Mitteilungen“ veröffentlicht werden. In der sehr ausführlichen Diskussion wurden mit peinlicher Genauigkeit die einzelnen Leitsätze nach Inhalt und Motivierung erörtert, da sie ja be-

stimmt waren, als Willenskundgebung der Ärzteschaft der Öffentlichkeit übergeben zu werden. Im Grundsätzlichen war ja schon seit Jahren die Vorarbeit geleistet worden, vor allem in den großen Organisationen der Kammern, der KV und des Hartmannbundes, aber auch bei oppositionellen Gruppen. Wie sehr sich die Ärzteschaft im Grunde über ihre Ziele — wenn auch nicht immer über den richtigen Weg — einig ist, geht daraus hervor, daß volle Übereinstimmung in der Formulierung erzielt wurde und die „zehn Leitsätze“ einzeln meist einstimmig angenommen wurden.

Der zweite Hauptteil des Programms befaßte sich mit der Frage einer Abänderung der Geschäftsordnung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern. Sie war ausgelöst durch die Veränderungen im Rechtsstatus der einzelnen Landesärztekammern, die sich im Jahre 1947 zur Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen hatten. Prof. Dr. Neuffer selbst legte in seinem Referat die Gründe dar, warum ein engerer Zusammenschluß der Landesärztekammern erwünscht und möglich sei, nachdem mit Ausnahme Bremens nunmehr alle Landesärztekammern eine gesetzliche Fundierung und die Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erhalten hatten. Nach längerer Diskussion einigte man sich auf die Bezeichnung „Bundesärztekammer“. Eine besondere Rechtsform für diese Vereinigung ist vorerst nicht vorgesehen, sie ist wie die frühere Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern eine freie Vereinigung.

Die neue Organisationsform ist in § 1 der Satzungen niedergelegt:

§ 1

(1) Die westdeutschen Ärztekammern bilden durch freiwilligen Zusammenschluß eine Arbeitsgemeinschaft.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft führt die Bezeichnung „Bundesärztekammer“ (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern). Sie hat ihren Sitz in Köln.

Als wesentlichste Punkte der neuen Satzungen sind noch zu erwähnen, daß in Anbetracht des erweiterten Aufgabenbereichs die Schaffung einer Stelle eines zweiten Vizepräsidenten beschlossen und den jüngeren Ärzten zwei Sitze im geschäftsführenden Vorstand eingeräumt wurden.

Der Wunsch nach einem engeren Zusammenschluß, der in der neuen Bezeichnung zum Ausdruck kommt, soll auch in einer gemeinsamen Berufs- und Facharztordnung mitverwirklicht werden. Für letztere lag der Entwurf einer Neufassung den Delegierten vor, wie sie durch den Facharztausschuß der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und durch die ständige Konferenz der Facharztausschußvorsitzenden der Landesärztekammern ausgearbeitet worden war. Dr. Rodewald, Köln, wies auf die Notwendigkeit einer einheitlichen Gestaltung der Facharztbestimmungen hin, ebenso wie auf die Schwierigkeit, den Wünschen der 22 Fachgesellschaften gerecht zu werden. Trotzdem muß die Frage von der Ärzteschaft selbst gelöst werden, um ihre Lösung nicht zwangsläufig in die Hände des Staates gleiten zu lassen. Der ganze Fragenkomplex erwies sich als viel zu umfangreich, um in einer einzigen Sitzung gelöst zu werden. Trotzdem ergab die Aussprache sehr viele neue Gesichtspunkte.

So wurden stark beachtet die Ausführungen des Präsidenten Dr. Sewering, der bei der Ausbildungszeit eine stärkere Betonung der „Mutterfächer“, nämlich der inneren Medizin und der Chirurgie, verlangte und eine schematische, rein zeitliche Bewertung der Ausbildung scharf kritisierte. Im gleichen Sinn wünschte auch Professor Schretzenmayr die Abstellung der Qualifikation einer Ausbildungsstelle auf die Persönlichkeit des Leiters selbst nicht auf das Institut. Als besonders heikler Punkt erwies sich auch das Fach der sogenannten Naturheilverfahren, deren immer üppiger wuchernde Zweige, sich oft mit einer überraschend kurzen Ausbildungszeit begnügen.

In Anbetracht all dieser Schwierigkeiten wurde nach langer Diskussion vorläufig auf eine endgültige Lösung verzichtet und die 19 vorliegenden Anträge als Material an den Ausschuß zur Bearbeitung und Wiedervorlage zum nächsten Deutschen Ärztetag überwiesen.

Über die schwierige Materie der Neubearbeitung der Gebührenordnung gab Vizepräsident Dr. Weise den Bericht des Ausschusses. Die Flut der Anträge (2000!) an den Ausschuß, die meist nur die Einführung neuer Positionen für inzwischen aufgetauchte diagnostische oder therapeutische Methoden enthielten, forderten eine grundsätzliche Behandlung der Frage. Dabei wies Prof. Dr. Scheicher, München, darauf hin, daß der Wertmaßstab vieler sog. großen Leistungen meist aus einer Zeit stammt, in der die technische Fertigkeit zuungunsten der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit überschätzt wurde, was sich meist in einer Benachteiligung des praktischen Arztes auswirken mußte. Die vorliegenden Anträge wurden dem Ausschuß zur weiteren Bearbeitung überwiesen.

Den Delegierten lag der 67 Seiten starke Tätigkeits- und Geschäftsbericht der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern und des Präsidiums des Deutschen Ärztetages für das Geschäftsjahr 1954/55 vor, der den einzelnen Delegierten vor dem Ärztetag zugestellt worden war, und über dessen einzelne Punkte sich ausgedehnte Diskussionen entwickelten und zahlreiche Anträge behandelt wurden. Nur die wichtigsten seien hier wiedergegeben.

So konnte zur Frage der Stellung des Arztes und Gestaltung des ärztlichen Dienstes beiden künftigen deutschen Streitkräften Bundestagsabgeordneter Dr. Reichstein die Zusicherung des Bundesverteidigungsministers überbringen, daß über das Sanitätswesen keine bindenden Entscheidungen getroffen seien und auch keine getroffen würden vor einer Rücksprache mit den legalisierten Vertretern der Ärzteschaft. Die Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft zum Aufbau des künftigen Heeres-Sanitätswesens wurde nach eingehender Debatte in einer einstimmig angenommenen Entschließung der Bundesregierung mit der Bitte um Berücksichtigung übermittelt.

Während in den ganzen bisherigen Verhandlungen trotz vielfacher Verschiedenheit der Meinungen nie eine Schärfe in der Diskussion aufgetreten war, ließ sich eine gewisse Gereiztheit nicht verkennen, als der Antrag erörtert wurde, die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Abschluß von Verträgen nicht nur für die Mitglieder der KV, sondern für die Gesamtärzteschaft zu betrauen auch bei solchen Versicherungsträgern, die nicht der Gruppe der RVO-Kassen angehören. Gegen die unzulässige Zweckmäßigkeit dieser Lösung wurde der formalrechtliche Einwand gemacht, daß keine Gruppe Verträge schließen könne, die eine rechtsverbindliche Kraft auch für einen Personenkreis haben sollten, der völlig außerhalb der vertragschließenden Gruppen stehe. Da aber die Bundesärztekammer die einzige Organisation ist, welche alle Ärzte des Bundesgebietes umfaßt, wurde mit starker Stimmenmehrheit ihr die Abschließung der Verträge übertragen, die außerhalb des Rahmens der RVO-Versicherungsträger liegen.

Im Rahmen des Geschäftsberichtes wurde noch eine Reihe von Fragen erörtert und entschieden teils innerorganisatorischer Art, teils als Stellungnahme in der Öffentlichkeit zu schwebenden Problemen. So wurde in einer Grundsatzentscheidung zur präventiven Medizin die Übertragung der Aufgaben auf die praktizie-

rende Ärzteschaft und die Einbeziehung der Krankheitsvorbeugung in die gesetzliche Leistungspflicht der Krankenkassen gefordert. Weitere Entschlüsse betrafen die Forderung der Steuergerechtigkeit für freie Berufe, besonders im Hinblick auf die Umsatzsteuer, die Lage der Krankenschwestern, die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Hausierhandel mit Arzneimitteln, bevorzugte Behandlung der durch Arztschild gekennzeichneten Kraftfahrzeuge, Mitwirkung der Standesorganisationen bei Durchführung der ärztlichen Ausbildung u. a. mehr.

Bei der Behandlung des Finanzberichtes wurde dem Antrag stattgegeben, die Zeitschrift „Du und die Welt“ nicht nur den Angehörigen der KBV, sondern an alle Mitglieder der Bundesärztekammer zu liefern und die Mehrkosten, die mit etwa 17500 DM geschätzt wurden, durch Umlage aufzubringen. Im übrigen wurde der Bericht des Finanzausschusses sowie der Voranschlag für das Geschäftsjahr 1955/56 gebilligt und dem Vorstand Entlastung erteilt.

Als letzter Punkt der Tagesordnung wurde der Geschäftsführende Vorstand der nunmehrigen Bundesärztekammer neugewählt unter dem Vorsitz des Alterspräsidenten Dr. Diem. Unter langanhaltendem, starkem Beifall wurde die Wiederwahl des bisherigen 1. Präsidenten, Professor Dr. Neuffer, Stuttgart, bekanntgegeben. Zum 1. Vizepräsidenten wurde Dr. Weise, Köln, und zum 2. Vizepräsidenten Dr. Fromm, Hamburg, gewählt. Zu Beisitzern des Geschäftsführenden Vorstandes wurden Dr. Eckel, Dr. Schlimrigk und Dr. Sewering, und entsprechend dem vorher gefaßten Beschluß zwei Jungärzte: Dr. Berensmann und Dr. Stroh gewählt.

Infolge der vorgeschrittenen Zeit mußte auf die vorgesehenen Berichte über die Hauptversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Hartmannbundes, des Marburger Bundes und des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte verzichtet werden. Beschlußgemäß werden die Berichte in den „Ärztlichen Mitteilungen“ veröffentlicht.

In vorgerückter Stunde, es war inzwischen 20.15 Uhr geworden, wurde als nächster Tagungsort des 59. Deutschen Ärztetages Münster i. W. bestimmt.

Die in eingehender Beratung zweier Tage erarbeitete Stellungnahme der Ärzteschaft zur Reform der deutschen Sozialversicherung bildete den Hauptpunkt der repräsentativen öffentlichen Sitzung am 2. Oktober. Nach Eröffnung der Sitzung durch den Ehrenpräsidenten Dr. Natterer, Freiburg, begrüßte Präsident Prof. Dr. Neuffer die zahlreich erschienenen Gäste, unter ihnen die Bundesminister Dr. Gerhard Schröder, Balke und Dr. Hermann Schäfer, Bundes- und Landtagsabgeordnete, Vertreter von Bundes- und Länderregierungen, der politischen Parteien, der Versicherungsträger und nicht zuletzt die Vertreter ärztlicher Organisationen des Auslandes, darunter den Präsidenten des Weltärztebundes Dr. Knutson. Vor diesem Gremium, in dem eine so große Anzahl prominenter Vertreter des gesamten öffentlichen Lebens, der Legislative wie der Exekutive vertreten war, wie sie stets das Auditorium unserer großen Ärztetage bilden, erhalten die Ausführungen Prof. Neuffers wie auch des Referenten, Abgeordneten Dr. Hammer, ihr besonderes Gewicht.

Wer die Ärztetage seit dem Wiedererstehen unserer Organisationen miterlebt hat, wird nicht verkennen, daß dem 58. Deutschen Ärztetag eine besondere Stellung zukommt. Zum ersten Male trat die deutsche Ärzteschaft völlig geschlossen mit einem Programm vor die Öffentlichkeit, das zum derzeit dringlichsten Problem des ganzen Volkes, nämlich der Sozialversicherungsreform, nicht nur richtungsgebende Vorschläge machte, sondern auch die Vorschläge in einer so zwingenden Begründung fundierte, wie sie bisher noch nie in einer derartigen Öffentlichkeit geboten worden war.

In der Rede Prof. Neuffers wurde vom ethisch-metaphysischen Standpunkt aus die Grenze aufgezeigt,

wo die Sorge der Gemeinschaft für den einzelnen umschlägt in eine Gefährdung seines Lebenszwecks und Inhalts und ihn zum Objekt kollektivistischer Konstruktionen macht. Aus dieser Sicht heraus entwickelte Dr. Hammer in groß angelegter Rede die Forderungen, welche die Ärzteschaft an die neue Sozialversicherungsordnung stellen muß. Die Verantwortung für einen so integrierenden Lebensbereich wie die Gesundheit kann und darf niemals dem einzelnen von der Allgemeinheit völlig abgenommen werden, nicht nur, weil der Einbruch einer anonymen Instanz in diese intime Sphäre der Würde des Menschen widersprechen würde, sondern weil, selbst vom rationalen Zweckmäßigkeitsstandpunkt aus betrachtet, die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und damit der Arbeitskraft die Mobilisierung des eigenen Willens erfordert. Aus diesem Grunde müssen alle Hilfeleistungen in der sozialen Krankenversicherung nur unter dem Blickwinkel der Subsidiarität geleistet werden.

Diese Gedanken, die all unseren Forderungen an eine soziale Krankenversicherung zugrunde liegen, sind wohl noch nie so knapp und prägnant vor einem so maßgeblichen Auditorium ausgesprochen worden wie in den Reden von Prof. Neuffer und Dr. Hammer. Gegenüber der Unterstellung einer wirtschaftlichen Zielsetzung unserer Forderungen werden sie zu unserem besten Rüstzeug gehören im Kampf um die Form der sozialen Versicherung. (Die Veröffentlichung des Wortlauts der beiden Reden erfolgt in der nächsten Nummer der „Ärztlichen Mitteilungen“.)

Es war schon immer der Brauch unserer großen Tagungen, daß dabei auch der Kollegen gedacht wurde, die mit uns für unsere Ziele gekämpft haben, und an die wir, nachdem sie von uns gegangen sind, noch eine Dankesschuld abzutragen haben. In diesem Jahre betrauert die deutsche

Ärzeschaft neben vielen Kollegen auch zwei, deren Verlust ganz besonders schmerzlich empfunden wird, weil sie mit an erster Stelle standen im Kampf um die Ideale und Ziele der Ärzteschaft, Staatsminister a. D. Professor Dr. med. et phil. Willy Hellpach und den langjährigen geschäftsführenden Vorsitzenden des Präsidiums des Deutschen Ärztetages Dr. med. Karl Haedenkamp. Die Versammlung ehrte die Verstorbenen mit einem Trauersilenzium.

Es war der Ärzteschaft aber auch vergönnt, ihren unmittelbaren Dank an diejenigen Kolleginnen und Kollegen auszusprechen, die durch ihre Haltung und durch ihre Arbeit an den gemeinsamen Idealen sich diesen Dank besonders verdient haben. Als höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft wurde die Paracelsus-Medaille verliehen an Frau Dr. Hildegard Haslinger aus Königsberg, jetzt Hannover, die durch ihr freilwilliges Ausharren im belagerten Königsberg „in den Jahren der Not und der schwersten Bedingungen die Pflichten des ärztlichen Berufes über ihr eigenes Schicksal gestellt hat“.

Die gleiche Auszeichnung erhielt Prof. Richard Siebeck, Heidelberg, D. theol. h. c., Dr. med., emeritierter ordentl. Professor f. innere Medizin in Berlin und Heidelberg, für seine großen Verdienste eines hervorragenden deutschen Kliniklers, der das Wissen um die vielgestaltigen Beziehungen des Lebens in gesunden und kranken Menschen aus der Schau warmer Menschlichkeit und tiefer Religiosität bereichert hat.

In Dr. Friedrich Thieding ehrte die Ärzteschaft einen ihrer großen alten Männer, der seit Jahrzehnten zu den Baumeistern des Hauses gehört, unter dessen Dach eine freie, verantwortungsbewußte Ärztegeneration leben soll, und dessen guter Geist auch auf dem Deutschen Ärztetag 1955 deutlich spürbar war! Wa.

Gegensätzliche Stellungnahmen zur Sozialreform

Von Dr. Walther Koerting

Die Sozialreform steht nach wie vor im Mittelpunkt der Diskussionen der beteiligten Ministerien, der daran interessierten Verbände und der Politiker aller Parteien, ohne daß diese vorerst eine einheitliche positive Stellung zu den einzelnen Fragen bezogen haben. Dabei ist festzustellen, daß es nicht immer leicht ist, sich ein Bild über die Meinung gerade offizieller Stellen zu bilden. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, daß die Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse“ (1955, Nr. 16/17) einen Bericht¹⁾ über die

Einstellung des Bundesarbeitsministers zu den Problemen der Sozialreform bringt, während derselbe Minister jedoch glaubt, die erbetene Stellungnahme der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft nicht mitteilen zu dürfen, da es sich „um eine Kabinettsvorlage handelt, die nach der Geschäftsordnung der Bundesregierung ausschließlich der internen Beratung des Bundeskabinetts dient und daher geheim ist“²⁾.

Der von der „Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern“ soeben herausgegebene „Bericht über das Geschäftsjahr 1954/55“ teilt mit, daß die vom Bundeswirtschaftsministerium zu erwartende Stellungnahme von der Notwendigkeit ausgehen wird, die Sozialpolitik, und damit Inhalt und Ziele der bevorstehenden Sozialreform, mit den Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft in Übereinstimmung zu halten. „Es wird das selbstverständ-

¹⁾ Dort heißt es u. a.: „Der Bundeswirtschaftsminister verhält sich in seiner Stellungnahme zu den Vorschlägen des Bundesarbeitsministers nicht ganz so ablehnend wie der Bundesfinanzminister. Dem Bundeswirtschaftsminister kommt es darauf an, eine weitere Ausdehnung der Pflichtversicherung zu verhindern und sie auf die schutzbedürftigen Arbeitnehmergruppen zu beschränken. Die freiwillige Weiterversicherung will er in der Rentenversicherung erschwert und in der Krankenversicherung über die derzeitige Versicherungspflichtgrenzen hinaus ganz aufgehoben wissen. An Stelle der 50%-Grenze der Beurteilung der Invalidität soll eine Abstufung nach der Erwerbsfähigkeit erfolgen, wobei „Teilrenten“ oder „Lohnzusatzrenten“ zu zahlen seien. Die Altersrente soll nicht mehr als höchstens $\frac{1}{3}$ des durchschnittlichen Verdienstes des gesamten Arbeitslebens betragen. Der Bundeswirtschaftsminister glaubt, daß eine solche Höhe der Altersrente ohne staatliche Grundbeiträge bei den heutigen Arbeitsverdiensten als reine Beitragsrente erreicht werden könnte. Das Deckungsverfahren aller Rentenversicherungsträger müsse eine hohe Kapitalansammlung aus volkswirtschaftlichen, kapitalmarkt- und konjunkturpolitischen Gründen vermeiden, begrenzte Vermögensreserven seien aber notwendig. Die heutige Generation habe hohe Kriegsfolgenlasten zu tragen, die aber in der Zukunft abnehmen würden, so daß es nicht unbedeutend sei, die Finanzierung der zu erwartenden höheren Alterslast zumindest teilweise der nachfolgenden Generation zu überlassen. Es sei deshalb nicht erforderlich, zu diesem Zweck durch hohe Beiträge entsprechende Kapitalreserven zu schaffen. Der Bundeswirtschaftsminister rechnet auch mit einem weiteren Steigen des Volkseinkommens und der Lohnsumme, wodurch auch die Beitragseinnahmen laufend eine steigende Tendenz aufweisen würden.“

Eine ganze Anzahl der Vorschläge des Bundesarbeitsministers hält der Bundeswirtschaftsminister für eine geeignete Grundlage zu weiteren Beratungen. Hierzu gehört vor allem der Ausbau aller Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit und zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß (Rehabilitation). Durch solche Maßnahmen und eine Verstärkung der Vorbeugung ließe sich die Zahl der Kranken und Invaliden verringern. Was auf längere Sicht eine Erhöhung des Sozialprodukts und der Beitrags- wie Steuereinnahmen zur Folge haben würde. Im übrigen tritt der Bundeswirtschaftsminister für eine sozial gezielte Bearbeitung der Invalidität (Teilrenten,

Renten auf Zeit), für eine Einschränkung der Rentenkulmination (Zusammentreffen von Invalidenrenten mit Unfall- oder Kriegsoferrenten), für die Erwägung einer Kapitalablösung von Renten bei Leichtbeschädigten (Unfall- und Kriegsoferversorgung) und für sozial und wirtschaftlich gezielte Gestaltung des Bezugs von Sozialleistungen ein.

Bearbeitet wird an der Vorlage des Bundesarbeitsministeriums, daß sie noch nicht umfassend genug sei, um sie zur Grundlage von Reformleitsätzen der Regierung zu machen. Bedenken werden vom Bundeswirtschaftsminister gegen alle Vorschläge geäußert, die eine Erhöhung des Sozialaufwandes zur Folge haben würden, ohne daß ihre wirtschaftliche und finanzielle Tragbarkeit nachgewiesen sei.

Es wird für das Kleine Sozialkabinett nicht leicht sein, die gegensätzlichen Auffassungen des Bundesfinanzministers und des Bundeswirtschaftsministers als Vertreter gewichtiger Ressorts mit den Vorschlägen des Bundesarbeitsministers in Einklang zu bringen und sie zu offiziellen Grundsätzen der beabsichtigten Neuordnung weiter zu entwickeln.“

²⁾ „Auf Ihr o. a. Schreiben teile ich Ihnen mit, daß es sich bei der von Ihnen erbetenen Stellungnahme des Bundesministeriums für Wirtschaft zur Sozialreform um eine Kabinettsvorlage handelt, die nach der Geschäftsordnung der Bundesregierung ausschließlich der internen Beratung des Bundeskabinetts dient und daher geheim ist. Obwohl die Vorlage auf einem mir unbekanntem Wege inzwischen der Presse bekannt geworden ist, bitte ich Sie dafür Verständnis zu haben, daß ich aus diesem Grunde Ihrem Wunsch leider nicht entsprechen kann.“ (Bonn, 17. September 1955)

liche Anliegen des Bundeswirtschaftsministers sein und sein müssen, die sozialpolitische Tendenz der Sozialreform unter dem Gesichtspunkt zu beeinflussen, daß bewußter als bisher der Weg zum sozialen Rechtsstaat eingeschlagen und den alizuoft vorherrschenden Tendenzen zum Wohlfahrtsstaat eine grundsätzliche Absage erteilt wird."

Der genannte Bericht besagt weiter, daß die vom Bundesinnenministerium zu erwartende Stellungnahme für die Sozialreform von nicht unerheblicher Bedeutung sein wird, da die in allen bisher bekanntgewordenen Reformplänen erkennbare Tendenz, die Vorbeugungsmaßnahmen gegenüber Krankheit und Invalidität wesentlich zu erweitern, sehr stark in den das allgemeine Gesundheitswesen betreffenden Zuständigkeitsbereich dieses Ministeriums übergreift. „Von ihm aus würden die gesetzgeberischen und verwaltungsmäßigen Maßnahmen auszugehen haben, die sich mit einer weiteren Intensivierung der Gesundheitsfürsorge und damit Sicherung der Volksgesundheit beschäftigen, und die weiterhin die Bekämpfung der Seuchengefahren, die Regelung des Apotheken- und Arzneimittelrechts, die Rechtsposition der ärztlichen Berufe und die Lebensmittelhygiene betreffen. Auch die Aufgaben des Bundesgesundheitsamtes und das Wirken in der Weltgesundheitsorganisation werden durch sinnvolle Verflechtung mit den Vorbeugungstendenzen der Sozialreform besondere Beachtung finden müssen. Daneben fällt dem Bundesinnenministerium auch eine entscheidende Mitwirkung an der für die Sozialreform dringender erforderlichen klaren Abgrenzung zwischen der öffentlichen Fürsorge (Zuständigkeitsbereich Bundesinnenministerium) und der Versicherungs- und Versorgungsgesetzgebung zu.“

Im Mittelpunkt der Betrachtungen, Erörterungen und Kritik steht nach wie vor die über Auftrag des Bundeskanzlers verfaßte umfangreiche Denkschrift „Neuordnung der sozialen Leistungen“ der vier Professoren Achinger, Höfner, Muthesius und Neundörfer. Diese gehören alle dem Beirat für Reformfragen beim Bundesarbeitsministerium an. Dieses hat aber seinerseits noch drei Professoren beauftragt, ein Gutachten über die Realisierbarkeit der in der genannten Denkschrift niedergelegten Vorschläge anzufertigen, wie der „Gemeinsame Pressedienst der Krankenkassen“ (1955, Nr. 10) mitteilt. Ferner hat ein großer Verband von Versicherungsträgern seinerseits drei Professoren um ein Gutachten zur Neuordnung der sozialen Leistungen gebeten. Außerdem hat Prof. Dr. Bogs, Kassel, im Jahre 1954 dem Bundesarbeitsministerium eine Schrift über „die gegenwärtige Lage der Sozialversicherung und die Möglichkeit einer Reform des geltenden Rechts über die soziale Sicherheit unter Beibehaltung der Unterscheidung von Versicherung, Versorgung und Fürsorge“ überreicht, die demnächst in Druck erscheinen wird. Damit ist natürlich die Zahl der in diesen Tagen zu erwartenden weiteren gutachtlichen Äußerungen keineswegs erschöpft. Man wird auch nicht an den Beschlüssen der letzten Arbeitstagung des Beirates für die Neuordnung der Sozialleistungen vorbeigehen können, wonach der großzügige Ausbau der Krankheitsverhütung bei der kommenden Sozialreform eine wichtige Rolle spielen sollte, wozu auch die ständige ärztliche Überwachung aller Gesunden gehört. Das Hauptaugenmerk ist auf Vorsichtsuntersuchungen zu legen, um Herz-, Kreislauf- und Gefäßkrankungen, Rheuma, Krebs sowie Zahn- und Kieferschäden richtig zu erkennen. Zu diesem Zwecke sind mehr Beratungsstellen als bisher für bestimmte Krankheitserscheinungen einzurichten.

Für den Wohlfahrtsstaat tritt der Staatssekretär im Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, Karl Weishäupl, ein, der in der Monatsschrift für Kriegschädigte, Kriegshinterbliebene und Sozialrentner „Wille und Weg“ (1955, Nr. 10) seiner Meinung in einem Artikel „Pläne zur Sozialreform — kritisch betrachtet“ Ausdruck gibt.

Hinsichtlich der Krankenversicherung bezeichnet er den Gedanken als gefährlich, die Kranken an den Kosten für ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneien und Heilmitteln zu beteiligen. „Man sollte an der Übung festhalten, die sich doch bewährt hat, daß der Krankenversicherte auch Medikamente kostenlos erhält. Man muß

auch auf die Gefahr hinweisen, daß Versicherte, die an den Kosten bei Krankheit beteiligt werden, möglicherweise eben nicht zum Arzt und zur Apotheke gehen, was dann bedeutet, daß der Krankheitszustand verschlechtert wird.“ (Anm.: Auch in der britischen und schwedischen Krankenversicherung gibt es eine beschränkte Eigenaufbringung der Kosten.) Weishäupl setzt sich dafür ein, daß jedem schaffenden Menschen im Alter und bei Arbeitsunfähigkeit eine aus öffentlichen Mitteln aufzubringende Grundrente zugesichert werden muß. Zu dieser soll dann eine Zusatzrente treten, die aus der eigenen Beitragszahlung errechnet wird. Die Versicherungsleistungen sollten nicht allein nur auf die Versicherungsbeiträge abgestellt werden. Das strenge Versicherungsprinzip sei in der Vergangenheit doch erheblich erschüttert worden, da der Staat zweimal das Kapital der Versicherungsträger „verpulvert“ habe.

„Was die Frage anbelangt, wer in Zukunft pflichtversichert sein soll, so muß diese Frage“, sagt Weishäupl, „so beantwortet werden, daß der Kreis der Versicherungspflichtigen zu erweitern ist. Die Versicherungsträger sind nur dann in der Lage, ihre Leistungen zu verbessern, wenn man ihnen nicht nur die schlechten, sondern auch die guten Risiken zuschätzt.“ (Anm.: Es sei dahingestellt, ob die Schaffenden mit höherem Einkommen, im Hinblick auf ihre größeren Ansprüche, tatsächlich ein gutes Risiko darstellen.) Deshalb ist Weishäupl der Meinung, daß alle schaffenden Menschen ohne Ausnahme den Schutz der gesetzlichen Versicherung genießen sollen; keinesfalls darf der Kreis der Versicherten eingeschränkt werden. Auch die Selbständigen sollte man einbeziehen, also Handwerker, Gewerbetreibende, freie Berufe, eben alle diejenigen, die ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht nachweisen können. Gerade die Angehörigen freier Berufe waren bisher im Alter und bei Krankheit nahezu schutzlos. Auch der freiwillige Eintritt in die Versicherung muß in Zukunft zulässig sein. Man könnte es nicht verstehen, wenn die Hausfrauen, die durch frühzeitige Heirat ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht aufnehmen konnten und doch mittelbar eine starke Stütze des Mannes im Beruf sind, eine Versicherungsmöglichkeit nicht mehr hätten.

Die Altersrente solle gewährt werden, wenn der Mann das 60. und die Frau das 55. Lebensjahr vollendet hat. Man könne doch nicht an der Tatsache vorbeigehen, daß die menschliche Arbeitskraft im Laufe der Jahre stark abgenutzt wird. Die fortschreitende Industrialisierung, Technisierung, Rationalisierung, die Arbeit am Fließband, das schonungslose Tempo und die Rastlosigkeit sind daran schuld.

Der Staatssekretär bemängelt, daß in der Denkschrift der vier Professoren konkrete Vorschläge fehlen, wie man sich die Maßnahmen für die Prävention und für die Rehabilitation vorstellt. Weishäupl vertritt den Gedanken, daß jedem Staatsbürger die Möglichkeit eröffnet werden muß, sich jährlich einmal einer Generaluntersuchung zu unterziehen. Überhaupt soll der Gesundheitsdienst so gestaltet werden, daß jeder Mann zum Arzt seines Vertrauens gehen kann, daß ihm die beste Medizin und die besten Heilmittel verabreicht werden und daß die Heilbehandlung ohne zeitliche Begrenzung und ohne Rücksicht auf fiskalische Überlegungen durchzuführen ist.

„Ähnlich wie in den fortschrittlichen Ländern“ sollte man jedem Staatsbürger von einem bestimmten Alter ab in gewissen Zeitabständen eine Kurbehandlung ermöglichen. Mit den vorbeugenden Maßnahmen sollte man aber nicht erst im Alter, sondern schon bei den Kindern in der Schule beginnen. Während der Wiederherstellungsmaßnahmen muß der Lebensunterhalt der Familie des Patienten ausreichend gesichert werden. Rentenleistungen, die bereits gewährt wurden, dürfen während der Rehabilitation nicht, wie das in der Denkschrift des Bundesarbeitsministeriums vorgesehen ist, entzogen werden.

Begrüßen möchte Weishäupl den Standpunkt der Pro-

fessoren, daß der sozialärztliche Dienst aus der Abhängigkeit der Verwaltungen, die die Rentenbescheide ausstellen, herauszunehmen ist. Es sei schon richtig: „Der sozialärztliche Dienst muß unabhängig von der Behörde sein. Es kann nicht übersehen werden, daß die Entscheidungen der Vertrauensärzte, welche im ärztlichen Dienst der Verwaltungen tätig sind, wiederholt in der Öffentlichkeit beanstandet wurden.“

Wenn die Gedankengänge, die bis jetzt in Bonn geäußert wurden, verwirklicht werden, erhalte die leistungsschwache Bevölkerung nicht den Anteil am Sozialprodukt, der ihr 1953 nach den Bundestagswahlen versprochen wurde. Bis jetzt lasse sich überhaupt nicht erkennen, wie die Reform aussehen soll. Was sich jetzt am Horizont abzeichne, führe nach Weishäupl zu keiner Neuordnung der Sozialleistungen. Man sollte eher von einer „Neuordnung der sozialen Unordnung“ sprechen. Schwerlich gewinne man den Eindruck, daß wirklich versucht wird, das Flickwerk der sozialen Gesetzgebung, das nach dem zweiten Weltkrieg geschaffen wurde, zu beseitigen. Dadurch, daß man das Prinzip der Subsidiarität dem Prinzip der Solidarität überordnet, bestehe die Gefahr, daß der Bundeshaushalt zu Lasten der kleinen Sozialgemeinden entlastet wird. —

Der „Verband der Arbeitgeberverbände in Bayern“ gibt seinen Befürchtungen deutlich Ausdruck, indem er offen ausspricht, daß er allen bisher vorliegenden Plänen zur Sozialreform „mit nicht unerheblichen Sorgen gegenüber-

stehe. Er vermißt das Beschreiten eines neuen sozialpolitischen Weges, der den wirtschaftspolitischen Grundideen der sozialen Marktwirtschaft entspricht. Es scheine, daß in der ganzen Erörterung dieser Probleme der Notwendigkeit nicht genügend Rechnung getragen wird, Staats-, Wirtschafts- und Sozialordnung von den einheitlichen rechtspolitischen Grundsätzen beherrschen zu lassen, die im Bonner Grundgesetz gegeben worden sind. Man kann nicht die menschlichen Grundrechte und Grundfreiheiten als unantastbares und unveräußerliches Gut von der Verfassung aus anerkennen, man kann nicht von dieser Grundlage aus eine soziale Marktwirtschaft aufbauen und daneben eine Sozialpolitik treiben, die allzu weitgehend bewußt oder unbewußt der allgemeinen Staatsbürgerversorgung zustrebt. Die Sozialpolitik muß endlich sich zu dem Grundsatz bekennen, daß überall die Selbsthilfe aufgerufen und weitestgehend für jeden einzelnen die Möglichkeit vermittelt wird, in selbstverantwortlicher Freiheit die Gestaltung des eigenen Lebensraumes zu vollziehen.“

Es sei hier auch an die Worte der Alterspräsidentin des Deutschen Bundestags, Frau Lüders, beim Deutschen Fürsorgetag 1955 erinnert, die davor warnte, die Sozialreform zum Objekt von Ressortegoismus, Kompetenzkonflikten sowie partei- und wahltaktischen Manövern zu machen, und darauf hinwies, daß die Gefahr, daß dies geschehe, heute schon unverkennbar sei.

Anschrift: München 38, Laimer Straße 28.

Erziehung zur Gesundheit in der Schule

Von Dr. med. et phil. Erich Grassl, München

Motto: „Sorgt für Eure Gesundheit, ohne sie kann man nicht klug sein.“ (Friedrich v. Schiller 1791)

Unser Zeitalter des Lärms, des Verkehrs, der Reizüberflutung, des Akkords, der Zivilisationskrankheiten greift zusehends schädigend herein in die Kinder- und Jugendzeit.

Die Jugend von heute hat einen Entwicklungswandel mitgemacht, den man schon längst beobachtete und weiter beobachten kann, und zwar in der ganzen Welt. Bei den Naturvölkern und am Lande tritt er weniger in Erscheinung als etwa beim Großstädter. Seine psychologischen und medizinischen Folgen sind von noch nicht überschaubarer umwälzender Bedeutung:

Die Reifezeit liegt heute durchschnittlich um 1–2 Jahre früher, das durchschnittliche Längenwachstum der Kinder und Jugendlichen ist zum Vergleich mit den Eltern und Großeltern um 10–12 cm größer. Reizbarkeit, Nervenschwäche, kindliche und jugendliche Neurose nehmen ständig zu.

Dabei soll diese Jugend gesund sein wie keine Generation vor ihr! Der Lebensbaum unseres Vol-

kes ist durch die zwei Weltkriege und ihre Folgen vollkommen zerzaust und verkrüppelt, die jetzige schwache Jugendgeneration soll eine starke Altersgeneration tragen und versorgen. In zirka 20 Jahren werden 35% Arbeiter, 39% Invaldisierte gegenüberstehen. Bei gleichbleibender Entwicklung der Kinderzahl (die durchschnittliche Kinderzahl einer Ehe in der Bundesrepublik ist 1,3, 3 bis 4 Kinder müßten es sein, damit sich das Volk erhält) wird in spätestens 10 Jahren das Sozialversicherungswesen vor Schwierigkeiten stehen, weil dann die arbeitsfähigen Einwohner nicht mehr ausreichen, um die arbeitsunfähigen mitzuernähren.

Andererseits liegt das Durchschnittsinvaliditätsalter heute um 53 Jahre (statt etwa 65 Jahre) und sinkt dauernd.

Was einsichtige und aufmerksame Beobachter schon vor Jahren vorhersagten und predigten, das merkt man jetzt plötzlich überall: Arbeitsminister, Gewerkschaften, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände rufen zur vorbeugenden Gesundheitspflege auf, verkünden, daß man der Gesundheit der Jugend ein größeres Augenmerk schenken soll.



Regenit
PHYTOTHERAPEUTICUM
bei allgemeinen und
wetterbedingten
nearvegetativen
Dystanien
wie z. B. bei Föhn

OP Flasche
mit ca 20 g

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



Das beste Feld zur gesundheitlichen Erziehung der Jugend und zur Gesundheitsvorsorge ist die Schule. So hat auch der 58. Deutsche Ärztetag in Baden-Baden der Schulgesundheitspflege sein besonderes Augenmerk geschenkt. „Die deutsche Ärzteschaft beobachtet die Schulverhältnisse in der Bundesrepublik mit ernster Sorge.“ (Ärztliche Mitteilungen v. 21. September 1955.) Der Aktionsausschuß der KBV „Gesundheitsschutz und Gesundheitsfürsorge“ hat im Namen der Ärzteschaft drei Forderungen aufgestellt:

1. Die sofortige Abschaffung des sog. Schichtunterrichtes.
2. Die Durchführung eines geordneten Turn- und Spielunterrichtes.
3. Die regelmäßige und ausreichende gesundheitliche Überwachung des Schulkindes als Aufgabe der freipraktizierenden Ärzteschaft.

Diesen drei Programmpunkten möchte ich kurz noch drei weitere Programmpunkte hinzufügen:

4. Förderung der psychologischen und medizinischen jugendkundlichen Forschung.
5. Ausbau des Faches Gesundheitslehre in allen Schulgattungen. Abkehr von der reinen Vermittlung anatomischer Kenntnisse, Gesundheitslehre muß ein lebenskundliches Fach werden!
6. Ausbau von Fächern, die dem Kind sein Steckepferd fürs Leben mitgeben. Förderung von Musikzimmern, Laienbühnen, Schulgärten und Aquarien, Lesezimmern und Bastelstuben.

Höhepunkte der Bemühungen um die Gesunderhaltung der Schuljugend lagen um die Jahrhundertwende und nach dem ersten Weltkriege.

Wenn man die Literatur zur Schulgesundheitspflege durchsieht, so muß man staunen, welch rege und hervorragende Arbeit um die Jahrhundertwende und nach dem ersten Weltkriege auf diesem Gebiete geleistet wurde, und wie wenig Ärzte es heute gibt, die sich für diese Dinge interessieren, damit befassen oder wissenschaftliche Forschungsarbeit leisten. Auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Lehrerschaft war viel herzlicher und enger als heute. Ihren gemeinsamen Bestrebungen gelang es, den Gesundheitszustand der Kinder zu hüten und zu überwachen, wissenschaftlich und dann auch gesetzlich zu fundieren. Ich brauche nur die Namen der Zeitschriften aufzuführen, die etwa vor dem ersten Weltkrieg bestanden und die diese Ideen weitertrugen, um zu zeigen, was damals auf diesem Gebiete für ein reges Leben herrschte: „Monatsschrift für Schulhygiene“ von Dr. Baur, Breer Hamm; „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“, Voss, Hamburg; „Gesunde Jugend“, Zeitschrift f. Gesundheitspflege, Teubner, Leipzig; „Zeitschrift für Kinderforschung“, Beyer, Langensalza; „Das Schulhaus“, illustr. Monatsschrift, „Das Schulzimmer“, Vierteljahresschau u. A. Eine große Reihe von Lehrbüchern der Schulgesundheitspflege erschienen, ich erwähne nur das in Bayern bekannteste von Dr. Grassl-Reindl, das erstmals Ostern 1914 herauskam.

Auch fast alle noch heute gültigen schulhygienischen Bestimmungen und Gesetze stammen aus der Zeit vor dem ersten Weltkrieg. So wurden für Bayern alle diese Fragen durch den Ministerialerlaß vom 15. 4. 1913 geregelt, der all die Bestimmungen über hygienische Überwachung, Schularzt, Schulhaus usw. enthält. Es wurde damit für die regelmäßige Untersuchung der Kinder gesorgt, Schule und Schulzimmer, Abortanlagen und Waschgelegenheiten, Schulbänke und Lüftungsanlagen wurden nach hygienischen Gesichtspunkten eingerichtet und angelegt.

Der Erlaß ist heute noch in Gültigkeit und nicht modernisiert, braucht es auch im allgemeinen nicht, da er so weitschauend und glänzend ist.

Auch nach dem ersten Weltkrieg ging auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege ein frischer Zug durch die Lehrerschaft: Damals kam der Schulsport aus der Enge der Turnhalle in die freie Natur, Wandertage wur-

den eingeführt, Schullandheim und Jugendherberge wurden geschaffen.

Nach dem zweiten Weltkriege verdrängte die durch die Bombenzerstörung und die Fremdbelegung bedingte Schulraumnot alle hygienischen Bestimmungen. Wo die Fenster in den Schulzimmern fehlten, da fragte man nicht nach zweckmäßigen Entlüftungsanlagen, wo man sich gierig auf jedes Essen stürzte, das die Schulspeisung darbot, richtete man sich nicht mehr lang nach dem Vitamingehalt, wo in qualvoller Enge die Schüler in notdürftig hergerichteten Bänken wie Heringe gepfercht saßen, da gab es keine hygienischen Gesichtspunkte zum Schutze vor Ansteckung und Infektionskrankheiten. Die Zeit ist besser geworden — bei vielen Schulen ganz vorbei —, und es gebührt heute noch der Lehrerschaft der Dank, daß sie diese Zeit so durchgestanden hat.

Es wurden nach 1945 viele neuzeitliche und pädagogisch und gesundheitlich einwandfreie Schulhäuser geschaffen, aber sie sind immer noch zu wenig. Die Leistungen der bisherigen Kultusminister in Bayern und der Städte und Gemeinden waren groß und vielenorts ausreichend — aber noch nicht überall. Es mögen hier einige Zahlen sprechen:

In Bayern wurden seit 1945 755 Neubauten erstellt:

631 Volksschulen,
65 Berufsschulen,
13 Berufsfach- und Fachschulen,
25 Mittelschulen,
20 höhere Schulen,
1 Sonderschule.

In der gleichen Zeit wurden 1081 Erweiterungs-, Aus-, Um- und Neubauten vollendet.

893 Volksschulen,
110 Berufsschulen,
16 Berufs- und Fachschulen,
15 Mittelschulen,
43 höhere Schulen,
4 Sonderschulen.

(Aus „Schulhausbauten in Bayern 1945 bis 1954“, herausgegeben von Kultusminister Dr. J. Schwalber.)

Die neuen und umgebauten Schulen sind im allgemeinen hygienisch einwandfrei. Es gilt nun, vor allem, die vielen alten Schulbauten in Bayern nach pädagogischen und ärztlichen Gesichtspunkten nach und nach umzubauen und vor allem in hygienischer Hinsicht zu verbessern und zu vervollkommen. Die Ärzteschaft müßte hier an die Front gehen! Es mag die Aufgabe von in allen Städten und Landkreisen zu bildenden verantwortlichen Kommissionen von Lehrern, Architekten und Ärzten überlassen bleiben, hier Vorarbeiten zu leisten und die gangbaren Möglichkeiten zu überlegen, zu beraten und durchzuführen.

Neue medizinische Gesichtspunkte müßten von der Ärzteschaft zur Unterrichtsgestaltung vorgebracht und zur Verwirklichung gedrängt werden:

Der Schule erwachsen heute ganz neue Aufgaben für die gesundheitliche Erziehung der Jugend, die man früher nie und nimmer auf diesen Sektor bezogen hätte: Die Pflege der Musik, des Laienspiels, des Bastelns, die Pflege und Weckung der Freude an der Natur, dazu die Pflege der Leibesübungen und des Wanderns.

Wir Ärzte aus der Praxis wissen am besten, daß die meisten Menschen unserer Tage die Hetze, die Unrast, das Tempo unserer Zeit krank macht. Die wenigsten verstehen mit ihrer Freizeit etwas anzufangen, sie haben in der Schule nur Wissen beigebracht bekommen, sie haben kein Steckepferd und Hobby mehr, sie wissen sich außerberuflich nicht zweckmäßig zu beschäftigen, ein Familienleben zu führen und zu gestalten, sich zu erholen, selbst aktiv Sport zu treiben, zu wandern, Freizeitsübungen zu machen.

Wenn wir die Zivilisationskrankheiten bekämpfen wollen und vorbeugen wollen, so müssen wir hier anfangen! Die Schule von heute bekommt eine neue wichtige Aufgabe: Sie muß hier Pionierarbeit leisten, den Menschen wieder auf sich besinnen helfen und ihn zu sich selbst

Neu!

Zur Prophylaxe
und Therapie
bei Erkältungskrankheiten
und grippalen Infekten



REFAGAN

Salicylamid	0,2 g
Phenacetin	0,2 g
Caffein anhydr.	0,05 g
„Omeril“	0,015 g

Neben einem raschen antipyretischen
und entzündungswidrigen Effekt

bewirkt REFAGAN mit seiner histamininhibitorischen Wirkung
eine Abschwellung der Schleimhäute der Luftwege



»Bayer«
Leverkusen

Originalpackungen: 10 und 20 Tabletten

SEDOVEGAN

bei
Hyperthyreosen

vegetativen
Dystonien

- ① zentral : beruhigend
- ② peripher : dämpfend

In Klinik und Praxis hervorragend bewährt



DR. AUGUST WOLFF · Chem.-pharm. Fabrik · Bielefeld

HOMBURG

Bei entzündlichen Erkrankungen der Lunge und der Atemwege

TRANSPULMIN

Chinin, Kampfer, aether. Öle

Ampullen zu 1 ccm und 2 ccm · Suppositorien für Erwachsene und Kinder

NEU!

TRANSPULMIN-BALSAM

Chinin, Kampfer, aether. Öle

Zur percutanen Therapie

O. P. Tube ca. 20 ccm DM 1,80 a. U.

TRANSPULMIN-EPHEDRIN

Chinin, Kampfer, aether. Öle, Ephedrin

Zur Aerosol- und Inhalationstherapie

O. P. Flasche ca. 10 ccm DM 1,90 a. U.



Verfasser: Prof. Dr. Franz Schede

Die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung

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

63 Seiten, 30 Fotos und Skizzen, DM 4.50

Einführung: Oberarzt Dr. Berthold Borschel

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

im Richard Pflaum Verlag, München 2



Veralgit-Tabl.

Internes
Analgeticum und Sedativum
Krewel-Werke, Eitorf b Köln

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 anlogemöblig 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

ENATIN

Helfenberger Ölkapseln

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

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

Ausführliche Literatur und Muster auf Wunsch.

führen. Und wie der Arzt vor Jahrzehnten Turnsäle und Sportplätze forderte, so muß er heute dazu Musikzimmer, Lalenbühen, Schulgärten und Aquarien, Lesezimmer und Bastelstuben für die Kinder verlangen.

Hier liegt die Grundlage für alle vorbeugende Gesundheitspflege.

Unsere Schule von heute und morgen muß nicht nur Wissensvermittlerin sein, sondern zu einer inneren Hal-

tung erziehen. Die Ärzteschaft könnte aus ihrer Kenntnis der seelischen und körperlichen Haltung der Menschen unserer Tage dazu den Anstoß geben und die Brücken schlagen.

Dann könnte die Schule wieder sein die Volkserzieherin großen Stiles und die Hüterin der Gesundheit in ihrer Zeit!

Anschr. d. Verf.: München 25, Hofmannstr. 26.

Zur Vertreterkalamität

Das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17. 8. 1955 regelt im § 368 e Abs. 2 unter Nr. 10 die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitungszeit. Die Zulassungsordnung wird vom Bundesminister für Arbeit nach Anhörung der Bundesausschüsse als Rechtsverordnung erlassen. Es zeichnet sich bereits jetzt ab, daß im Vollzug des genannten Gesetzes die geltenden Zulassungsordnungen überholt resp. neu geschaffen werden. Wir sollten uns rechtzeitig überlegen, was änderenswert ist.

Nach der in Bayern geltenden Zulassungsordnung für Ärzte ist die Voraussetzung zur Zulassung eines Arztes zur Kassenarzttätigkeit eine mindestens dreijährige Vorbereitung nach dem bestandenen Staatsexamen, wobei Mindestzeiten für die einzelnen Disziplinen angesetzt sind. Vor die Vollapprobation ist eine zweijährige Medizinalassistentenzeit geschaltet worden, die einen Teil dieser kassenärztlichen Vorbereitungszeit resp. ihrer Forderungen erfüllt. Wie lang soll nun in Zukunft nach erfolgter Vollapprobation noch die Zeit der kassenärztlichen Vorbereitung sein, und was soll man von ihr erwarten. Genügt ein Jahr nach der Vollapprobation, um die ausbildungsmäßigen Forderungen für den Kassenarzt zu erfüllen?

Man hat den Eindruck und es findet sich in verschiedenen Veröffentlichungen der Standespresse angedeutet, daß sich die Tätigkeit des Krankenhausassistenten im Verlauf der Weiterentwicklung der Medizin immer mehr von der des Arztes in der Praxis entfernt. Man hat deswegen vom Krankenhausassistenten als Lebensstellung gesprochen. So notwendig im Verlauf der ärztlichen Ausbildung die Tätigkeit als Krankenhausassistent ist, so sehr ist es auch klar, daß sie nicht den genügenden Einblick in die Tätigkeit des praktizierenden Arztes vermittelt, die der zukünftige Kassenarzt ja schließlich haben soll. In der Vergangenheit war es so, daß die Krankenhausassistenten oder der Arzt nach Abschluß seiner kassenärztlichen Vorbereitung, während er auf die Zulassung wartete, längere Zeit niedergelassene Ärzte vertreten und sich damit in die kommenden Aufgaben eingearbeitet haben. Das geschieht immer weniger. Die meisten Krankenhäuser haben keine überzähligen Assistenten mehr, die vertreten können, weil mit Rücksicht auf spätere Gehaltsnachforderungen nur die notwendige Zahl von planmäßigen Assistenten eingestellt wird. Die Planassistenten nehmen verständlicherweise ihren Urlaub zu ihrer eigenen Entspannung, und ihre wirtschaftliche Lage ist nicht mehr wie früher, wo sie oft genug gezwungen waren, im Urlaub hinzuzuverdienen. Außerdem kann der niedergelassene Arzt unter den gegenwärtigen „Honorar“verhältnissen nicht das Assistentengehalt der Krankenanstalt bieten. Es wird sogar behauptet, daß sich die jungen Kollegen, wenn sie auf Grund limitierter Verträge die Assistententätigkeit aufgeben müssen, mit der Zulassung aber noch nicht zum Zuge kommen, im Zeitalter der Vollbeschäftigung eher berufsfremd als angesichts unzureichender Entlohnung im Beruf resp. als Vertreter beschäftigen.

Nun verlangt die geltende Zulassungsordnung das sogenannte Landvierteljahr, in dem die zukünftigen Kassenärzte Erfahrungen als Vertreter oder Assistenten von vorwiegend auf dem Land tätigen Praktikern sammeln sollen. Von einem Fall abgesehen, habe ich in unserem Landkreis seit 1948 niemanden erlebt, der hier etwa das Landvierteljahr abgeleistet hätte. Wohl habe ich viele niedergelassene Ärzte erlebt, die an Fortbildung und Urlaub knappen müssen, weil der Vertreter fehlt. Und wenn sie einen Vertreter gefunden haben, schrecken sie die

hohen Honorare, die zwar als Leistungsentgelt eher noch zu niedrig, im Verhältnis zu den Einnahmen des Kassenarztes aber für viele unerschwinglich sind. Der Vertretermangel drückt im übrigen nicht nur den Landarzt, sondern auch den Stadtarzt, obwohl hier gegenseitiges Aus helfen eher möglich ist.

Sollte man nicht, nachdem mit dem Landvierteljahr ein jetzt nicht mehr ausreichender Anfang gemacht worden ist, die Bestimmungen über die Vorbereitungszeit dahin ändern, daß ein Halbjahr Vertreterfähigkeit wenigstens zur Auflage gemacht wird? Da ja bereits jede Vertretung nach den jetzt geltenden Bestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet werden muß, kann dieses Gremium auch ohne weiteres verhindern, daß einzelne laufend Vertreter nehmen, andere aber trotz Bedarfs keine bekommen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist auch in der Lage, für solche Pflichtvertretungen das Honorar entsprechend der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Praxis zu regeln. Auf letzteres könnte sicher verzichtet werden zugunsten eines freien Wettbewerbs, wenn die Honorierung des Kassenarztes einmal den tatsächlichen Leistungen entsprechen würde. Abgesehen davon würde es dann auch wieder mehr Vertreter geben. Ich glaube aber, daß mit einer solchen Verbreiterung der Pflichtvertretung beiden Teilen gedient wird: der zukünftige Kassenarzt bekommt einen besseren Einblick in die Tätigkeit des freipraktizierenden Arztes, als Krankenhaus und Ambulanz vermitteln können, und der niedergelassene Arzt hat die Möglichkeit, eher auszuspannen, um seine Arbeitskraft zu erhalten und sich weiterzubilden.

Es wird ein zweites Problem hinsichtlich der Praxisvertretung für die niedergelassenen Ärzte in der nächsten Zeit auftauchen, über dessen Regelung wir uns vorher Gedanken machen und Anregungen an die Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern weitergeben sollten. Was soll geschehen, wenn in den nächsten Jahren die niedergelassenen jüngeren Kollegen zu Übungen in den aufzustellenden Streitkräften einberufen werden? Billigerweise kann nicht erwartet werden, daß diese ihre Vertreter selbst stellen, zumal letztere unter den derzeitigen Verhältnissen kaum zu bekommen und kaum erschwinglich sind. Wie wäre es, wenn die Streitkräfte ihre Planungen so aufstellen würden, daß sie Sanitätsoffiziere abstellen können, um die Übungen zu vertreten? Das wäre auch eine gute Möglichkeit, um ein Auseinanderleben der Aktiven und Reserveärzte zu verhindern, auf das in der Standespresse nicht ohne Grund hingewiesen wurde. Erstere würden mehr als früher mit der gesamten Bevölkerung in Kontakt bleiben. Nachdem der Waffendienst vor dem Examen abgeleistet werden soll, werden ja die übrigen Ärzte ausschließlich in ärztlichen Stellungen verwandt, wodurch die entsprechende Zahl von Sanitätsoffizieren frei gesetzt wird, sofern es sich nicht gerade um eine Mobilmachungsübung handelt, die sowieso ganz andere Probleme aufwirft. Wenn man an die Erntehilfe denkt, so ist die Abstellung von Soldaten für Engpässe auf dem zivilen Sektor nicht gar so abwegig.

Anschrift des Verfassers: Dr. Otto, Schrobenhausen.

Zusatz der Schriftleitung: Wie wir zuverlässig erfahren, ist in dem von der Bundes-KV ausgearbeiteten Entwurf für die neue Bundeszulassungsordnung bereits die Bestimmung vorgesehen, daß unter den Voraussetzungen für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit auch eine sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter bei einem Kassenarzt vorgesehen ist.

Gesundheitspolitik der Zukunft

Zur Frage der Durchführung der „Präventivmedizin“, die ja zu einem populären Programmpunkt der politischen Parteien geworden ist, machte der Bundestagsabgeordnete Dr. Hammer in der Sendung des Südwestdeutschen Rundfunks „Politik von morgen“ am 3. 10. nachfolgende bemerkenswerte Ausführungen:

Als mein leider zu früh verstorbener Parteifreund Ulrich von Hutten noch zu Fulda in die Lateinschule ging, stellte der Abt den Schülern einmal eine Preisaufgabe. Eine am Klostergebäude angebrachte Sonnenuhr sollte mit einer sinnvollen Inschrift versehen werden. Hutten verdiente sich den Preis durch den Vorschlag zweier lateinischer Worte: *ultima latet*. Das heißt wörtlich auf deutsch: „Die letzte verbirgt sich“, und ein wenig frel übersetzt: „Unsere Todesstunde zeigt sie nicht an.“ Diesen unbekanntem Termin des letzten Stündleins hinauszuschleiben und dafür zu sorgen, daß die Erkrankung von Leib und Seele, die ihn unter Schmerzen ankündigen kann, ausbleibt oder aushellt, das ist unser aller menschliches Anliegen.

Gesundheitspolitik wird auch in Zukunft die öffentliche Tätigkeit sein, die diesen privaten Wünschen entspricht.

Gesundheitspolitik ist ein sehr umfassender Begriff. Gesundheitspolitik überschneidet sich in sehr vielen Fällen mit anderen politischen Tätigkeitsgebieten. Insbesondere die Überschneidungen mit der Sozialpolitik haben zu interessanten Formulierungen geführt. Etwa zu folgender: Gesundheitspolitik befaßt sich mit der Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit, Sozialpolitik mit der Wiederherstellung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit. Obwohl diese Dinge bei der Abgrenzung der gesetzlichen Aufgaben unter den verschiedenen Trägern der Gesundheitspolitik ihre große Bedeutung haben, will ich jetzt vor Ihnen, meine Hörer in Stadt und Land, darauf nicht eingehen. Sie wollen ja ein anschauliches Bild von der Gesundheitspolitik und von ihren Problemen betrachten.

Man gewinnt ein klares Bild von zwei großen, bedeutsamen, aber sehr verschiedenen Bereichen der Gesundheitspolitik, wenn man sich an die Repräsentanten dieser Tätigkeit und an ihren Alltag erinnert. Da ist zunächst der Kreis-, Distrikts-, Bezirks- oder Amtsarzt, von alters her mit der Amtsbezeichnung Medizinalrat. — Rat bedeutet eigentlich immer Berater einer Behörde. Jedermann weiß deshalb auch, daß man dieser Gruppe von hochverdienten Männern im Unterschied zu ihren nicht-beamteten Arztkollegen, die mit der Ordnungsbehörde nicht das geringste zu tun haben, keine Zigarren anbieten kann. Diese Amtsärzte schreiben keine Rezepte, sie sitzen selten am Krankenbett, sie operieren nie, abgesehen von Erstattung eines Gutachtens beschäftigen sie sich weniger mit Menschen, dafür aber mehr mit Sachen, mit Sachen, die Krankheiten zur Folge haben.

Lassen Sie mich an einiges erinnern. Da ist zunächst die Sache Trinkwasser. Typhus! Ruhr! Cholera! Laufende Untersuchungen von Brunnenstuben, ihrem Inhalt und ihrer Umgebung werden vorgenommen. Beim ersten alarmierenden Krankheitsfall haben die Untersuchungsämter für Infektionskrankheiten ohne Rücksicht auf Kosten mit der Forschung nach der Infektionsquelle zu beginnen. Nach einem alten Mobilmachungsplan, der noch auf den großen Robert Koch zurückgeht, sind Hunderte von Untersuchungen vorzunehmen, bis der lebensgefährdende Herd entdeckt und eingekreist ist. Solange die Ostgrenzen der beiden deutschen Staaten Österreich und Preußen von diesem kleinen Haufen von Medizinalräten und ihren Assistenten verteidigt wurden, konnte das übrige Europa in Ruhe schlafen. Was mag die Zukunft bringen?

Da ist die Seuchenbekämpfung überhaupt! Man denke an den Milzbrand. Die gefährliche Tierseuche wird vornehmlich durch Tierhäute über Abdeckereien und Gerbereien auf Menschen übertragen. Hier wie bei der Bekämpfung der Rindertuberkulose ist der Tierarzt mit dem Ratsittel, der Veterinärarzt, beteiligt. Hier ist er auch am deutlichsten in seiner eigentlichen Aufgabe zu

erkennen. Er ist ein Helfer der Menschen und soll unsere menschliche Gesundheit gegen Tierseuchen schützen.

Schon mit diesem Falle der Milzbrandbekämpfung haben wir uns einem Grenzgebiet genähert, der Gewerbehygiene. Noch deutlicher wird das beim Wohnungsbau. Die Straßenbreite, die notwendig ist, um Luft und Licht in die Häuser der Menschenkinder zu lassen, ist im Lehrbuch der Hygiene nachzulesen. Verkehrssicherheit, die durch Straßenverkehrsvorschriften, Straßenverbreiterung oder Sperrung, Verkehrsampeln und Polizei dafür sorgt, daß Schädelbrüche seltener werden, gehört die nicht auch zur Gesundheitspolitik?

Ich übergehe zahlreiche andere Aufgaben: Apothekenwesen, Arzneimittelverkehr, Lebensmittelhygiene, Hebammenwesen, die Schul-, Jugend- und Sporthygiene, auch die im Artikel 74, Ziff. 19, des Grundgesetzes dem Bund als konkurrierende Gesetzgebung erteilte Kompetenz der Zulassung zum ärztlichen Beruf.

Damit bin ich aber bei dem ärztlichen Kollegen des Medizinalrats angekommen, bei dem freipraktizierenden Arzt, von dem ich vorhin erwähnte, daß er abgelegener von Ordnungsbehörden ordiniert, und der bei dem anderen bedeutsamen Teile der Gesundheitspolitik eine ausschlaggebende Rolle spielt. Von den bisher geschluderten Maßnahmen kann man nur sagen, daß ihr Ziel ist, Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung abzuwehren, die durch das Verhalten ihrer Mitmenschen oder durch natürliche Erscheinungen oder auch durch Maßnahmen der Behörden drohen können. Diesen Teil der Gesundheitspolitik pflegte man früher Gesundheitspolizei zu nennen. Der freipraktizierende Arzt betreibt den anderen bedeutsamen Zweig der Gesundheitspolitik, er befaßt sich mit dem gesunden oder mit dem kranken Menschen höchst persönlich. Bezüglich der Bezeichnung dieser Aufgabe herrscht heute eine besondere Sprachverwirrung, die auf die Überschneidungen der Gesundheitspolitik mit der Sozialpolitik zurückgeht und darauf, daß sich seit 1945 eine Neigung zeigt, Begriffe aus dem Ausland zu übernehmen, um sie im eigenen Sinne oft recht willkürlich zu verwenden. Das gilt insbesondere für die Begriffe präventive Medizin und Rehabilitation. Die Unschönheit des letzteren Begriffs hat der Bundespräsident soeben auf dem Deutschen Fürsorgetag entsprechend dargestellt.

Was zunächst den ersteren Begriff anlangt, so ist zu sagen: Prävention ist ein Fremdwort für das deutsche Wort Vorbeugung. Vorbeugen heißt darauf achtpassen, daß der Mensch nicht krank wird, und wir haben soeben gehört, daß so ziemlich die ganze Gesundheitspolizei sich dieser Aufgabe widmet. Mit dem Fremdwort Präventivmedizin verbindet man aber neuerdings eine andere Vorstellung: Vorsichtsuntersuchung des einzelnen Menschen durch den einzelnen Arzt, natürlich unter Zuhilfenahme aller modernen Untersuchungsmethoden, soll dazu dienen, die Leistungsfähigkeit des Menschen festzustellen, Gefahren, die in seiner Veranlagung liegen, abzuschätzen, und ihm die Ratschläge für Lebensführung, Arbeitsplatz, Freizeit, Sport, Ernährung und anderes zu geben, die seine Gesundheit erhalten. Elne Wiederholung der Beurteilung und Beratung sollen den Erfolg garantieren. Sie sehen also, daß das gar nichts Neues ist. Jedermann im Land pflegt dann, wenn er an Hutten's „letzte Stunde“ denkt, einmal zum Arzt zu gehen und sich Rat zu holen. Die Versicherten der Krankenversicherung pflegen sich vorher einen Schein am Schalter der Krankenkasse ausshändigen zu lassen. Gestern, auf dem 58. Deutschen Ärztetag in Baden-Baden, wurde darauf hingewiesen, daß es lediglich einer ausdrücklichen Erwähnung in der Reichsversicherungsordnung bedürfte, um diesen De-facto-Zustand zu legalisieren. Diese Vorsichtsuntersuchungen sind auch die beste Methode zur Früherfassung bereits beginnender Krankheit, jedenfalls viel erfolgversprechender als in großen Abständen vorgenommene Reihenuntersuchungen. Da hat das Land Baden-Württemberg ein Gesetz geschaffen, nach dem bei Vermeidung von Geldstrafen jeder Landeseinwohner sich auf Anforderung des Staates einer Schilmbilduntersuchung zu stellen hat.

Die vorhandenen, kostenlos arbeitenden Staatseinrichtungen reichen aber nicht aus, um das öfters als in Abständen von 5 Jahren zu veranstalten. Was geschieht eigentlich mit den Tuberkelbazillen, die nicht bereit sind, sich an den Fünf-Jahres-Zyklus zu halten?

Kommen wir zu dem Begriff Rehabilitation. Rehabilitation heißt auf deutsch: Wiederherstellung. Wiederherstellen kann man aber nur, was irgendwie gestört oder beschädigt worden ist. Hier handelt es sich um die Wiederherstellung einer durch eine Krankheit oder durch ein Gebrechen geschwächten Leistungsfähigkeit. Es ist einleuchtend, daß allen anderen Maßnahmen dabei die medizinische Wiederherstellung vorangehen muß. Das bedeutet, daß zuerst der Arzt seine ganze Kunst anwenden muß, um die Krankheit oder das Gebrechen so weit zu beheben, daß der Mensch seine alte Leistungsfähigkeit wiedergewinnt, oder daß er bei angeborenen Leiden eine möglichst große Leistungsfähigkeit erhält. Gelingt es der ärztlichen Kunst nicht, die Leistungsfähigkeit voll herzustellen oder wiederherzustellen, dann sollen andere Maßnahmen, die man früher als Maßnahmen der Berufsfürsorge bezeichnete, dazukommen. Neu ist auch das in Deutschland nicht. Sowohl in der Krüppelfürsorge als auch in der Unfallversicherung und der Versorgung der Kriegsbeschädigten ist man schon lange diese Wege gegangen. Dabei sprach man von Heilverfahren und von Berufsfürsorge. Neu ist eigentlich nur der Gedanke, die Berufsfürsorge auch auf solche Personen auszudehnen, die durch eine innere Krankheit in ihrer Leistungsfähigkeit geschwächt sind.

Welche Bedeutung hat nun die Sozialversicherung für die Gesundheitspolitik? Ihre Bedeutung ist nicht gering. Sie dient primär der wirtschaftlichen Stärkung ihrer Versicherten, gibt ihnen wirtschaftliche Hilfe in den Fällen, in denen Krankheit Leistungsinderung oder Alter ihre wirtschaftliche Sicherheit bedrohen. Auch wo sie Einrichtungen, wie Heilstätten usw., schafft, tut sie nichts anderes. Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit ist dann Aufgabe der Ärzte, bezüglich der Leistungsfähigkeit zumindest in ihrem ersten und wichtigsten Teil.

Abschließend möchte ich Ihnen sagen, daß ich davon überzeugt bin, daß, wie in der Vergangenheit, so auch in der Zukunft Staat, Länder, Gemeinden und Versicherungsträger sich alle der hohen Verantwortung bewußt sind, und bereit sind, die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik durch die Ärzte zu schaffen. Deutschland verfügt ja wohl über eine große Tradition in diesen Sachen. Ich bin jedenfalls überzeugt, daß die bewährte Gesundheitspolitik von gestern auch die erfolgreiche von morgen sein wird. Ich bin auch überzeugt, daß nach einigem Nachdenken darauf verzichtet werden wird, zum Kult der Fremdworte Prävention und Rehabilitation eine eigene pensionsberechtigte Priesterkaste aufzustellen und ihr kostspielige Institute zu bauen. Ich verabschiede mich von Ihnen, meine Hörer, mit dem Hinweis, daß in diesem schönen Herbst ein Abendspaziergang eine ausgezeichnete Maßnahme der präventiven Medizin ist.

MITTEILUNGEN

Ärztehaus Bayern

Die im Ärztehaus Bayern, München 23, Königinstraße 85, untergebrachten Organisationen, nämlich die Bayerische Landesärztekammer (III. Stock),

die KVB, Landesstelle (IV. Stock), der Kreisverband der ABV Oberbayern (II. Stock),

die KVB, Bez.-Stelle Oberbayern (II. Stock), sind ab 1. 10. 1955 unter der Sammelrufnummer

3 6 1 1 2 1 — 2 5

zu erreichen. Sprechzeit Montag mit Freitag 8—17 Uhr, nachmittags nach vorheriger Vereinbarung.

Samstag sind sämtliche Dienststellen geschlossen.

Beitragsleistung an die Berufsgenossenschaft

Alle Kollegen werden gebeten, in den Bezirksvereinsversammlungen und bei sonstigen Anlässen darauf aufmerksam zu machen, daß der Beitrag an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für das in ärztlichen Praxen beschäftigte Personal für das Jahr 1955 pauschal von der Kammer bezahlt wird. Die Beitragsrechnungen für das Jahr 1954, welche gerade in der letzten Zeit den Kollegen zugestellt wurden, müssen aber noch von jedem einzelnen bezahlt werden.

Auch für das Personal aller Dienststellen der Kammer und Kassenärztlichen Vereinigung, der Kreisverbände und Bezirksvereine muß der Beitrag für das Jahr 1954 noch von diesen Dienststellen bezahlt werden. Ab 1955 ist der Beitrag für das Personal in die Pauschalzahlung der Kammer einbezogen.

Die ehrenamtliche Tätigkeit der Kollegen in allen Organen der gesetzlichen Standesorganisationen, Kammer und KV, ist bereits jetzt bei der Berufsgenossenschaft

NEUROVEGETALIN
VERLA

Bei
vegetativen Störungen

altbewährt

Standardisierte Secale Belladonna-Alkaloide
mit Phenyläthylbarbitursäure
wirksam und wirtschaftlich

2 Dragées tgl. genügen meist

VERLA - PHARM TUTZING/Obb.
Apotheker H. J. v. Ehrlich · Fabrik. pharm. Präparate



mitversichert. Soweit einzelne Stellen ihre ehrenamtlich tätigen Kollegen für diese Tätigkeit bei der Berufsgenossenschaft versichert hatten, ist eine Beitragszahlung für das Jahr 1955 nicht mehr nötig.

Die freiwillige Versicherung bei der Berufsgenossenschaft, welche bekanntlich einen wesentlich umfangreicheren Versicherungsschutz gewährt, wird dadurch nicht berührt.

Die Weiterberatung des Bayer. Ärztegesetzes

die auf der Tagesordnung des Sozialpolitischen Ausschusses des Bayer. Landtags vom 22. September 1955 stand, wurde bis nach dem Deutschen Ärztetag in Baden-Baden verschoben. Der Vorsitzende, Abg. Stöhr (SPD), gab der Hoffnung Ausdruck, daß die Beratung doch noch zum Abschluß kommen werde, da die Bayerische Staatsregierung trotz der Klage, die zur Zeit beim Bundesverfassungsgericht anhängig ist und die gesetzgeberische Zuständigkeit des Landes Bayern in dieser Frage betrifft, der Auffassung ist, daß die Schaffung eines Ärztegesetzes nach wie vor unter die Zuständigkeit Bayerns falle. ID 18/55

Streik der Ärzte in Österreich

(„Industriekurier“, Dsdf., 27. 8. 1955): Nicht nur für die Geschichte der österreichischen Ärzteschaft, sondern für die jahrtausendalte Geschichte des ganzen ärztlichen Standes in aller Welt ist der beschlossene Streik der Ärzte Österreichs ein markantes Ereignis. In dieser Form hat bisher noch kein freier Berufsstand gestreikt. Es müssen also schon sehr handfeste Gründe sein, die die Ärzteschaft hier in diesen Kampf und in die Bereitschaft zu weiteren schärferen Kampfmaßnahmen getrieben haben. — Tatsächlich stoßen in Österreich zwei Tatbestände zusammen: Einmal wird hier die geistige Arbeit noch weit schlechter bezahlt als in irgendeinem Land Europas, und das heißt, daß Teile der österreichischen Intelligenz schon seit Jahr und Tag unterhalb der Hungergrenze existieren müssen. Zum anderen ist Österreich die Hochburg der von den Sozialversicherungsträgern erstrebten Kollektivierung aller Institutionen der „sozialen Sicherheit“. In der „Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit“, dem zwischenstaatlichen Zusammenschluß der Sozialversicherungsträger, spielt Dr. Melas (Wien) die führende Rolle in der Fortsetzung einer aus dem Klassenkampf abgeleiteten sozialistischen Programmatik. — Der Gesetzentwurf eines „allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ entspricht genau diesen beiden Tendenzen: Unterbewertung der geistigen Arbeit und weitere Sozialisierung des Verhältnisses Arzt/Patient. Erschwerend wirkt, daß die Zusagen, die in langwierigen Vorverhandlungen der österreichischen Ärzteschaft gemacht wurden, in dem Gesetzentwurf überraschenderweise nicht gehalten worden sind. Erschwerend wirkt ferner, daß dieser Gesetzentwurf auf Grund eines parteipolitischen Handels zwischen der Österreichischen Volkspartei und den Sozialisten kurzfristig durchgepeitscht werden soll. — Die Ärzte fühlen sich daher nicht zu Unrecht an vorderster Kampffront für die Freiheit und Unabhängigkeit ihres Berufes, und sie können sich dabei auf lebhafteste Sympathien in der Bevölkerung stützen. Bemerkenswert, daß sich auch die der Sozialdemokratischen Partei (SPÖ) angehörenden Ärzte mit ihrer Kollegenschaft solidarisch erklärt haben. Die Ärzteschaft aller Länder verfolgt diesen Kampf mit Interesse. Sie wird in der Lage sein, das österreichische Beispiel in Kürze genauestens zu studieren, da der diesjährige Weltärztetag, die Generalversammlung des Weltärztebundes, im September in Wien stattfindet. DZA/C 70/55.

23 Leitsätze zur Neuordnung der Sozialleistungen

hat die SPD-Landtagsfraktion am 14. September 1955 beschlossen. Nach einer eingehenden Diskussion über den ausführlichen Bericht des Bundestagsabgeordneten Willi Richter über die Vorarbeiten zur Sozialreform nahm die Landtagsfraktion der SPD im Verlauf ihrer Arbeitstagung eine 23 Leitsätze umfassende Entschliebung an, die dem Parteivorstand der SPD in Bonn zugeleitet wird.

In der Entschliebung wird u. a. gefordert, daß die künftige Sozialreform sich auf alle Gebiete des sozialen Lebens erstrecken soll; eine Reform der Sozialversicherung allein

wäre unzureichend. Weiter heißt es: „Jedermann hat Anspruch auf Krankenbetreuung unter Anwendung der besten medizinischen Mittel und ärztlichen Erkenntnisse nach dem neuesten Stand. Eine Beteiligung an den Arzt- und Sachkosten für die Krankenbehandlung darf nicht eingeführt werden. Die ärztlichen Gutachter im Bereich der Sozialversicherung und der Versorgung müssen aus der Abhängigkeit von ihren Verwaltungen losgelöst werden. Alle Arbeitnehmer sind ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens dem Versicherungsschutz zu unterstellen. Es soll aber auch daran gedacht werden, daß die Selbständigen und die Hausfrauen ebenfalls sozialen Schutz brauchen. Bedürftigkeitsprüfungen im Bereiche der Sozialversicherung und der Versorgung sollen unzulässig sein.“ ID, 17/55

Zur Frage der Kriegsoferversorgung

äußerte sich Staatssekretär Karl Weishäupl gelegentlich eines Besuches des Schulungsheimes für Beamte der Versorgungsverwaltung in Tegernsee unter deren Beifall dahingehend, daß der Eindruck bestehe, daß bei einem Teil der Versorgungsbeamten und Versorgungssärzten das Vorgesetzten- und Respektverhältnis, das während des Krieges und der Militärdienstzeit zwischen den einzelnen Dienstgraden bestanden hat, bei der Behandlung von Versorgungsangelegenheiten noch immer eine Rolle spiele. Demgegenüber sei ausdrücklich festzustellen, daß Gesuche und Anträge von Kriegsoffern im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und nach Dringlichkeitsgraden zu behandeln sind, gleichgültig, ob es sich bei dem Gesuchsteller um einen Angehörigen der Mannschaftsdienstgrade oder um einen Offizier oder Generalstäbler bzw. um einen General handelt. Die mit besonderer Genauigkeit beachteten ehemaligen militärischen Rangunterschiede hätten im zivilen Bereich aufgehört, zu bestehen. ID 17/55

Heilstättenbehandlung in Davos

Wie das Landesversorgungsamt Bayern mitteilt, sind im Sanatorium Valbella, Davos-Dorf, die für tuberkulöse Kriegsbeschädigten zur Verfügung stehenden Plätze nur zum Teil ausgenützt. Die Kollegen können in Fällen, die für eine Behandlung im Hochgebirgsklima geeignet erscheinen, von dieser Gelegenheit Gebrauch machen und dem kriegsbeschädigten Patienten nahelegen, beim zuständigen Versorgungsamt eine Heilstättenbehandlung in Davos zu beantragen.

Krankenversicherung und Streik

Vom VII. Senat des Bundessozialgerichts wurde am 31. 8. 1955 entschieden, daß mit dem Streikbeginn in der Regel auch die Versicherung bei der zuständigen Krankenkasse erlischt. Die Streikenden, die in einer Orts-, Land-, Betriebs-, Innungs- oder Knappschaftskrankenkasse versichert sind, können dort ihre Weiterversicherung beantragen, sofern sie in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert waren. Eine Ersatzkassenmitgliedschaft muß besonders gekündigt werden. Geschieht das nicht, so bleiben die streikenden Versicherungspflichtigen als Versicherungsberechtigte weiter versichert.

Die Kollegen werden gut daran tun, sich im Falle eines Streiks davon zu überzeugen, daß die Krankenversicherung weiterbesteht. Ist diese erloschen, so können auch keine Rezepte auf Krankenkassenkosten ausgestellt werden. ID 16/55

Vortragsveranstaltung des Bezirksvereins Oberbayern des Hartmannbundes

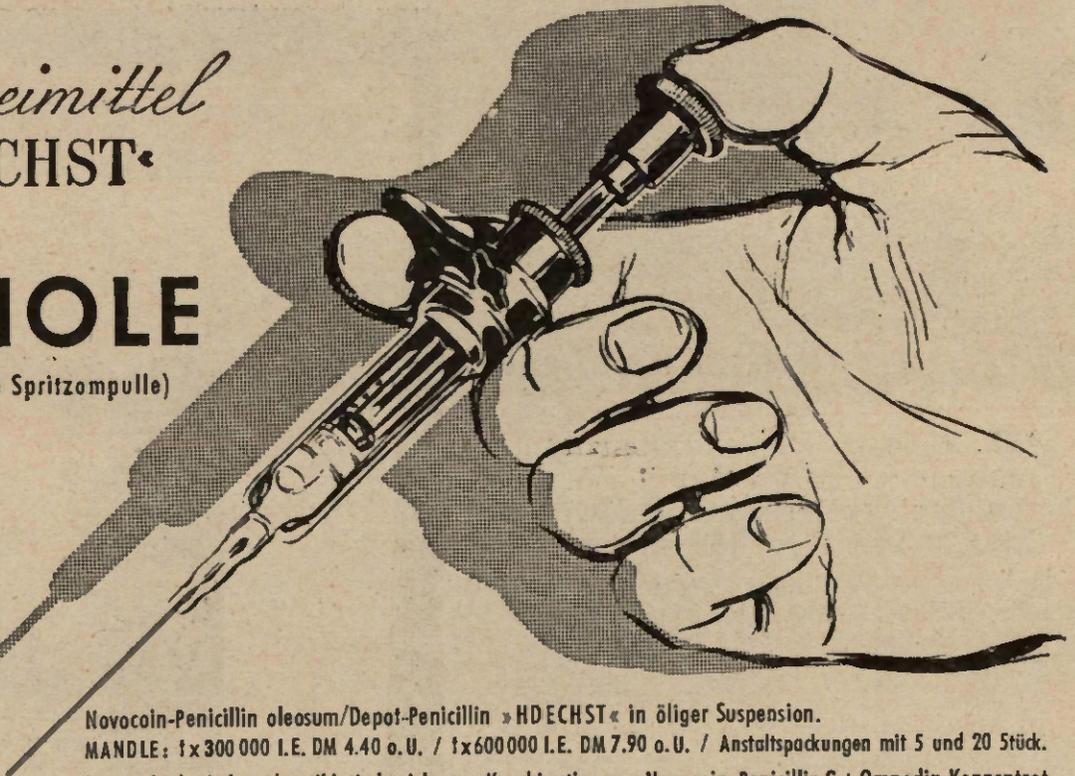
Auf Einladung des Bezirksvereins Oberbayern des Hartmannbundes kamen am 11. September zahlreiche berufspolitisch interessierte Kollegen mit ihren Familienangehörigen in Prien zu einer Vortragsveranstaltung zusammen. Nach der Begrüßung durch den Bürgermeister von Prien, durch den Kreisobmann Dr. Eyrich und den Bezirksobmann Dr. Seiffert berichtete der Landesvorsitzende Dr. Dr. von Gugel zunächst über die vorliegenden

Arzneimittel
»HOECHST«

in

MANOLE

(Injektionsfertige Spritzompulle)



N-Pc »pl«

OMNACILLIN

OMNAMYCIN

OMNAMYCIN $\frac{1}{2}$

CORTENIL

LUTREN

LUTROGEN

DEPOFEMIN

DEPOVIRIN

Novocain-Penicillin oleosum/Depot-Penicillin »HOECHST« in öliger Suspension.

MANOLE: 1x300 000 I.E. DM 4.40 o.U. / 1x600 000 I.E. DM 7.90 o.U. / Anstaltspackungen mit 5 und 20 Stück.

Immunbiologisch und antibiotisch wirksame Kombination von Novocain-Penicillin G + Omnodin-Konzentrat.

MANOLE: 1x200 000 I.E. OM 3.30 o.U. / 1x400 000 I.E. DM 6.15 o.U. / 3x400 000 I.E. OM 17.— o.U.

Anstaltspackung mit 20x400 000 I.E.

Streptomycin-Penicillin-Omnodin-Kombination mit verbreitertem antibiotischem Spektrum.

MANOLE mit 500 000 I.E. Novocain-Penicillin G + Dihydrostreptomycin-Sulfat, entspr. 0,5 g Base + Omnodin-Konzentrat.

1 Manole DM 8.90 o.U. / 3x1 Manole DM 24.10 o.U.

Vor allem zur Anwendung in der Kinderproxis.

MANOLE mit 250 000 I.E. Novocain-Penicillin G + Dihydrostreptomycin-Sulfat, entspr. 0,25 g Base + Omnodin-Konzentrat

1 Manole DM 5.10 o.U.

Neue Handelsformen in Manole:

Synthetisches Nebennierenrindenhormon-Präparat (Desoxycorticosteronacetat).

MANOLE: 3x1 ccm (5 mg) DM 6.45 o.U. / 3x1 ccm (10 mg) DM 10.25 o.U.

Synthetisches Corpus luteum-Hormon (Progesteron).

Ölige Lösung: MANOLE 3x1 ccm (5 mg) DM 4.50 o.U. / 3x1 ccm (10 mg) OM 6.10 o.U.

Kristallsuspension: MANOLE 1x2 ccm (50 mg) DM 7.35 o.U.

Corpus luteum-Hormon + Follikelhormon.

Zur Frühdiagnose der Schwangerschaft. Bei Menstruationsstörungen. Zur Laktationshemmung.

MANOLE: 2x1 ccm DM 7.20 o.U.

Neue Präparate in Manole:

Cyclopentylpropionsäureester des 17- β -Oestradiols in öliger Lösung. Follikelhormon-Depotpräparat mit

3–4 Wochen anhaltender Wirkung. MANOLE: 1x1 ccm (5 mg) DM 2.70 o.U. / 3x1 ccm (5 mg) OM 6.95 o.U.

Cyclopentylpropionsäureester des Testosterons in öliger Lösung. Testosteron-Depotpräparat mit einer Wirkung

von 3–4 Wochen. MANOLE: 1x1 ccm (50 mg) DM 6.— o.U. / 3x1 ccm (50 mg) OM 15.— o.U.

1x1 ccm (100 mg) DM 8.55 o.U. / 3x1 ccm (100 mg) DM 21.30 o.U.



FARBWERKE

HOECHST AG

vormals *Meister Lucius & Brüning*

Frankfurt (M)-Hoechst



ARBUZ, das vorwiegend pflanzliche Verdauungs-Präparat mit Zusatz von Pankreasfermenten, bewirkt Erhöhung der Magendarmleistung.

Bewährt bei Verdauungs-Störungen verschiedenster Genese — neurogenen, tox., Fäulnis-Dyspepsien- und Diarrhöen — gestörter Fettverdauung und Nahrungs-Verwertung.

Meist schlagartige Behebung der subj. Beschwerden. Magendruck, Völle, Meteorismus, Ructus, Nausea etc. Original-Packg. = 60 Tabl. DM 1.65. Doppel-Packg. = 120 Tabl. DM 3 -

2 LAX-Arbuz

Das enzymat. Laxans. Mildes Abführmittel von prompter Wirkung.

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

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

3 CHOL-Arbuz

Zuverlässiges Cholericum und Cholagogum mit fettverdauender, enzymatischer Komponente.

Bei Cholecystitis, Cholangitis, Störungen der Leberfunktion und Gallensekretion. Normalisierte Fettverdauung, deshalb meist Wegfall der Diätbeschränkungen.

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

4 VERMI zym

Neu! Wurmmittel, welches die Darmparasiten in neuartiger Weise durch proteolyt. Enzyme andaut u. auflöst. Unschädlich, weil ungiftig!

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

Arztmuster und Literatur obiger Präparate zur Verfügung

Dr. Schwab G.m.b.H. München 8

Hyperacide Gastritis

Gastroneurose



Ulcus ventriculi et duodeni

NERVOGASTROL

Rasche Schmerzbeseitigung, Normalisierung vegetativer Fehlsteuerungen, Schaffung günstiger Heilungsbedingungen

Zusammensetzung: Bism. subnit., Bism. subgallie.; Magn. ust.; Natr. bicorb.; Calc. carbonic.; Chelidon; Scopolia stand. (0,3% Alkaloide); Condurang.; Ol. Citri.

Dosierung: Täglich 2-3 mal 2-3 Tabletten.

Indikationen: Nervöse Dyspepsie, Hyperacidität, nervöses Erbrechen, Atonie, Meteorismus, Ulcus ventriculi et duodeni, Motilitätsstörungen.

Handelsform: Packung mit 60 Tabletten DM 1.95 m. U.

Muster und Literatur auf Wunsch

LUDWIG HEUMANN & CO · NÜRNBERG

Chem.-pharm. Fabrik

Pläne, Denkschriften und Gutachten zur Reform der sozialen Leistungen. Darnach sei die Tendenz unverkennbar, ein Absinken in das Schema eines Wohlfahrtsstaates zu verhindern. Es sei vielmehr im Gegensatz dazu das Bestreben aller Sozialpolitiker, die Persönlichkeit und damit die Eigenverantwortung des sozial Betreuten zu stärken. Dieser Grundgedanke käme wohl den ärztlichen Wünschen weitgehend entgegen. Nachdem überdies der Herr Bundeskanzler die Gesamtbevölkerung aufgerufen habe, sich einzuschalten in die Diskussion der damit aufgeworfenen Fragen, sei es an der Zeit, daß sich die Ärzteschaft jetzt auch angesprochen fühle und sich in die Aussprache einschalte. Der Hartmannbund habe bereits vor zwei Jahren und noch einmal in diesem Jahre innerhalb seines Geschäftsführenden Vorstandes die einzelnen Vorschläge eingehend durchberaten und in zahlreichen Diskussionsveranstaltungen mit der Ärzteschaft besprochen. Er werde das dort erarbeitete Material in diesen Wochen der Ärzteschaft zur Diskussion vorlegen. Dem Arzt müsse es darauf ankommen, auch die Behandlung der sozial Betreuten von irgendwelchen nichtärztlichen Gesichtspunkten freizuhalten. Es sei daher notwendig, zu überlegen, welche Störungen sich in der Praxis aus dem bisherigen Primat des wirtschaftlichen Prinzips ergäben. Hierzu gehörten zweifelsfrei das Anwachsen der Schreibarbeit, der Auftrag an den behandelnden Arzt, gutachtlich an der Entscheidung über die wirtschaftliche Sicherstellung der Kranken mitzuwirken, die Behandlung dem Grundsatz des wirtschaftlichen und Notwendigen unterzuordnen und vor allem das weitgehende Durchbrechen der Schweigepflicht. Es sei nun Angelegenheit der Ärzteschaft, sich Gedanken darüber zu machen, wie es möglich sei, einen bestqualifizierten Arztstand zur Verfügung zu stellen und andererseits dem Sozialversicherten bestmögliche Behandlung und Beratung sowohl im Falle der Erkrankung als auch dort angeeignet zu lassen, wo es darum gehe, ihn vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren. Dabei könne es für den Arzt nicht ohne Interesse sein, ob die einzelnen Institutionen, die die soziale Krankenversicherung tragen, wirtschaftlich gesichert sind oder nicht. Aus diesem Grunde sei es wesentlich, nicht nur an dem Grundsatz der Trennung zwischen Versicherung, Versorgung und Fürsorge festzuhalten, sondern auch die verschiedenen Versicherungsaufgaben ihrem Wesen nach zu scheiden. Wenn schon das Krankengeld nicht, wie dies wünschenswert wäre, von den Institutionen getrennt werden könne, welche für die eigentlichen Aufgaben der Krankenbehandlung errichtet seien, so sollten zum mindesten innerhalb der Krankenversicherungsträger die rein gesundheitsbetreuerischen Aufgaben von den ausschließlich wirtschaftlichen geschieden werden. Schärfstens wurde der Gedanke abgelehnt, den Arzt etwa von den Aufgaben der vorbeugenden Medizin und der Rehabilitation fernzuhalten. Gerade die Kenntnis des behandelnden Arztes über Lebensbedingungen und Gesundheitsstatus seiner Patienten berufe ihn dazu, Träger dieser Aufgaben zu sein, die nach allen sozialpolitischen Vorschlägen im Rahmen des Reformprogramms weiter ausgebaut werden sollten.

Der Vortrag, der sich auch eingehend mit der Möglichkeit des Staffeln der Prämienätze und der Notwendigkeit befaßte, die Ansicht der Ärzteschaft möglichst nachhaltig zum Ausdruck zu bringen, schloß mit einer regen Diskussion ab, an der sich viele der anwesenden Kollegen beteiligten. Anschließend fand im Hotel „Bayerischer Hof“ ein gemeinsames Mittagessen statt. Am Nachmittag trafen sich die Tagungsteilnehmer zu einer Rundfahrt über den herbstlichen Chiemsee, die einen weiteren Gedankenaustausch ermöglichte.

An dem VI. Deutschen sozialistischen Ärztekongreß,

der am 3./4. 9. 1955 in Stuttgart-Bad Cannstatt stattfand, nahmen für das Bundesinnenministerium Min.Rat Prof. Dr. Hagen, für das Präsidium des Deutschen Ärztetags Dr. Berthold Rodewald, Prof. Dr. Pette, Hamburg, der Vizepräsident des Bundesgesundheitsamtes, Prof. Dr. Massen, Prof. Dr. Klose, Kiel, Prof. Dr. Coerper, Frankfurt, teil.

Der Sprecher des Parteivorstandes der Sozialdemokratischen Partei, Willi Eichler, betonte, daß der heutige

Ärzteverzeichnis

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

Mensch im Hinblick auf die heute weitgehend technisierte Gesellschaft bemüht sein müsse, den Menschen nicht in das Prokrustesbett dieser Gesellschaft einzufügen, sondern die Gesellschaftsformen des Menschen seinen Idealen und seinen Interessen anzupassen und diese in den Mittelpunkt des gesellschaftlichen Ordnungssystems zu stellen. Und hier liege die große Bedeutung der Arbeiten der sozialistischen Ärzte für die Politik der Sozialdemokratischen Partei.

Über „Arbeitsleben und Gesundheit“ sprach Frau Dr. v. Renthe-Fink vom Ärztlichen Dienst der Krankenversicherungsanstalt Berlin. Sie sagte unter anderem, daß die Rehabilitation Aufgabe der Krankenversicherung sei. Nur soweit diese finanziell nicht ausreicht, solle eine überregionale Rehabilitationshilfskasse den erforderlichen Ausgleich gewährleisten. Auswahl, d. h. Diagnose und Prognose, obliegt dem vertrauensärztlichen Dienst, von dessen Neuorganisation wesentliche Ersparnisse an Krankengeld erwartet werden.

Anschließend sprach der Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Prof. Dr. Redeker, Koblenz, über „Entwicklung und Stand der Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung“.

Bei der Neuwahl des Vorstandes wurde Stadtrat Dr. H. Karl, Flensburg, wiederum zum ersten Vorsitzenden gewählt, als Belsitzer u. a. Dr. Oeckler, M.d.L., Regensburg. Als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der ASÄ wurde Prof. Dr. Walter Seitz, München, bestätigt.

ID 18/55

Weltbund der Narkoseärzte

Am 9. September 1955 wurde in Scheveningen/Holland die „World Federation of Societies of Anesthesiologists“ gegründet. Aufgabe dieses Weltbundes soll es sein, jedermann in aller Welt den höchstmöglichen Standard der Anaesthesie erreichbar zu machen. Zum Präsidenten wurde Prof. H. Griffith (Montreal), zum ständigen Sekretär Prof. Organe (London) und zu Vizepräsidenten u. a. Priv.-Doz. Dr. R. Frey (Heidelberg) gewählt.

Gleichzeitig fand vom 5. bis 10. September unter Teilnahme von etwa 2000 Anaesthesisten aus 45 Ländern der 1. Weltkongreß für Anaesthesiologie statt. Offizielle Kongreßsprachen waren Deutsch, Englisch und Französisch; die Hauptthemen behandelten die Physiologie von Atmung und Kreislauf, die künstliche Hibernation, Hypothermie und Hypotonie, die Muskelrelaxantien und den Unterricht in Anaesthesie. Als Präsident der wissenschaftlichen Sitzungen war u. a. Dr. L. Zürn (München), der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie, berufen worden.

Vereinigung der praktischen Ärzte Bayerns

Anlässlich des Deutschen Ärztetages in Baden-Baden hielt der Aktionsausschuß der Bundesarbeitsgemeinschaft der praktischen Ärzte seine Tagung ab, auf der die Vereinigung der Prakt. Ärzte Bayerns durch ihren 1. Vorsitzenden Dr. O. Baluscheck vertreten war. In dem Ausschuß, der durch die Vertreter neuer Landesgruppen erweitert war, wurden Probleme der Honorar-Verteilung, der Gebührenordnung, der Soziale reform, der Präventivmedizin, der Fortbildung sowie Schul- und Werkarztfragen erörtert, soweit sie ins Interessengebiet des praktischen Arztes fallen. In mehreren Sitzungen der Kollegen der Arbeitsgemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände wurden in fruchtbarer Zusammenarbeit die gegenseitigen Interessen zu vollem Einklang gebracht.

Tagung über Berufsfürsorge und Wiedererächtigung

Eine Tagung über Berufsfürsorge und Rehabilitation in der Unfallversicherung fand am 6. Oktober 1955 im Hermann-Schramm-Haus — Unfallkrankenhaus mit Sonderstation für Schwerverletzte — in Murnau vor einem großen Kreis geladener Gäste statt. Die Pressestelle des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge hatte den Besuch der Veranstaltung in dankenswerter Weise ermöglicht.

In den Vorträgen wurde darauf hingewiesen, daß die Wiedererächtigung seit Jahrzehnten Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit der zuständigen Stellen in Deutschland ist. Deshalb bestehe keine Notwendigkeit, den Begriff der Rehabilitation, dem in der deutschen Sprache eine ganz andere Bedeutung zukommt, nämlich der der Wiederherstellung der Ehre, aus dem Englischen für Deutschland als scheinbare Neuerung zu übernehmen. Seitens der gesetzlichen Unfallversicherung und gewerblichen Berufsgenossenschaften, den Veranstaltern der Tagung, wurde gegen angebliche „theoretische Pläne“ zur Sozialreform Stellung genommen. Das auf Wunsch des Bundeskanzlers ausgearbeitete Gutachten der vier Professoren wurde scharf kritisiert.

Prof. Dr. Kreuz von der Universität Tübingen sprach über „Aufgaben und Ziele der Sonderstation“. Deren Schaffung geht auf Lohmar zurück, der bereits im Jahr 1933 für diese wesentliche Ergänzung des Heilverfahrens eintrat. Während der Unfallstation die Aufgabe der sofortigen Versorgung der Schwerverletzten zukomme, haben die Sonderstationen, von denen sechs in der Bundesrepublik, darunter Murnau, bestehen, die eigentlichen Folgezustände zu behandeln. Allgemeine Voraussetzung für gute Erfolge sind entsprechende Sondereinrichtungen und entsprechende Sonderkenntnisse des Arztes, der von der Operation bis zur Behandlung mit elektro-physikalischen Apparaten und der Arbeitstherapie alles beherrschen muß. Die enge Zusammenarbeit mit dem Berufsfürsorger ist überaus wichtig. Das Ziel der Behandlung muß die Erlangung eines Schadensmindestmaßes in physischer, psychischer und wirtschaftlicher Hinsicht sein. Seit 1925 hat man neue Wege der Therapie beschritten: Die Beschäftigungswerkstatt, Spiel und Sport sowie die krankengymnastische Einzelbehandlung. Es ist ein Verdienst der deutschen Ärzte und der deutschen Einrichtungen, daß die heute üblichen Grundsätze und Methoden der Wiedererächtigung seit den dreißiger Jahren an vielen Kliniken Deutschlands allgemein angewendet werden. Heil- und Berufsfürsorge sind ein untrennbares Ganzes. Die Versorgung eines frischen, schweren Betriebs- oder Verkehrs-unfalls ist im Hinblick auf die bestehende Lebensgefahr meist eine Schicksalsfrage, so daß der Transport in das nächstgelegene Krankenhaus erfolgen sollte. Nach Beseitigung der Lebensgefahr erscheint die beschleunigte Verbringung in Spezialkliniken, besonders bei Gliedmaßenverletzungen, notwendig.

Das Krankengut der Sonderstation umfaßt: Handverletzte; schwierige Gelenkbrüche sowie andere Frakturen mit Störungen der Heilvoraussetzungen oder Heilungstendenz; deform gehellte Frakturen; Pseudarthrosen; alle Ernährungsstörungen auf nervöser oder sonstiger Grundlage, die sich nach Knochenbrüchen oder Knochenverletzungen oder auch Weichteilschäden ergeben; Gelenkkontrakturen; chronische Infektionsvorgänge am Knochen (Osteomyelitis); Lähmungen (Teillähmungen sowie völlige Lähmungen der Glieder); Komplikationen in der Stumpf-

heilung; schwierige Bein stümpfe (prothetische Versorgung); Arm stümpfe (Gebrauchsschulung — prothetische Versorgung).

Während die ärztliche Arbeit in der regulären Unfallklinik einen ausgesprochen chirurgischen Charakter hat, hat die ärztliche Arbeit in der Sonderklinik zur Versorgung der Unfallfolgezustände einen mehr konservativen Charakter. Es sei jedoch keiner Unfallklinik das Recht bestritten, Unfallfolgezustände zu behandeln, andererseits jedoch kann sich der Leiter der Sonderklinik an der Versorgung frischer Unfälle beteiligen. Eine Sonderstation sollte im Hinblick auf das notwendige enge persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Unfallverletzten nicht mehr als 200 Betten haben. Bei zu hohen Bettenzahlen gerät die ärztliche Arbeit in Gefahr, in die Wüste eines beziehungslosen medizinischen Routineablaufs zu geraten. Wichtig erscheint die Erhaltung des Selbstbehauptungswillens und die Vermeidung einer unfruchtbaren Renten neurose. Die Mitarbeit des Berufsfürsorgers ist in dieser Zeit völlig unentbehrlich. Die Wiedereinschulung oder notfalls Umschulung zur Sicherung der beruflichen Existenz hat arbeitspädagogischen Charakter und gehört dem Berufsausbilder, dem Berufsfürsorger. Der Arzt tritt hier nur nebenher in der Funktion des Werkarztes in Erscheinung. Das rechtzeitige Verbringen in besondere Spezialkliniken und intensivste Mitarbeit des Berufsfürsorgers sind eine soziale Verpflichtung. Eine Besichtigung des schönen Krankenhauses überzeugte von der modernen und sachgemäßen Einrichtung. K-g

Zum Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in München am 27./29. Oktober 1955.

Die Arbeitsmedizin in Bayern

In der Zeit vom 27.—29. Oktober 1955 findet in München der diesjährige Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin statt.

Bayern darf die an dieser Versammlung beteiligten Arbeitsmediziner ganz besonders herzlich begrüßen, da es im Rahmen der deutschen Arbeitsmedizin einen besonderen Platz einnimmt: Bayern hatte — einer Eingabe des Ärztlichen Vereins München folgend — im Sommer 1908 als erstes deutsches Land einen hauptberuflichen „Bayerischen Landesgewerbearzt“ aufgestellt. Der Unterzeichnete hatte die ehrenvolle Aufgabe bekommen, dieses neuartige Amt aufzubauen und ab 1. 1. 1909 bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand am 1. 7. 1950 zu betreuen. Man könnte viele Bände füllen mit Berichten über diese mehr als 40 Arbeitsjahre. Die Ergebnisse sind in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten niedergelegt. Es war eine Zeit intensiver, aber auch erfolgreicher und beglückender Arbeit — verständnisvoll gefördert durch die vorgesetzte Dienststelle unter bewußtem Verzicht auf irgendwelche bürokratische Bindungen. Im Jahre 1921 wurde sodann — als erstes derartiges Institut in Deutschland — das „Bayerische Institut für Arbeitsmedizin“ gegründet, in den folgenden Jahren das „Museum für Pathologie und Hygiene der Arbeit“, das größte seiner Art, aufgebaut; es war international bekannt und anerkannt. (Leider wurde es im letzten Weltkrieg vollkommen ausgeplündert.) Bayern war damals in Deutschland führend auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin, und wurde Vorbild für die übrigen deutschen Länder.

Um so erstaunlicher und betrüblicher ist es, daß man vor etwa 3 Jahren, trotz der Warnungen der Sachverständigen und ohne einen vernünftigen Grund, diese bewährte alte Organisation aufgehoben und damit — in völliger Verkennung des Wesens und Wirkens des gewerbeärztlichen Dienstes — diesen erheblich beeinträchtigt hat. Es ist hier nicht der Platz, auf diese bedauerlichen Vorgänge näher einzugehen; dies wird an anderer Stelle geschehen müssen.

Aber auch die Vertretung der „Arbeitsmedizin“ als international anerkannte Sonderdisziplin an den bayerischen medizinischen Fakultäten durch Fachleute mit engen Beziehungen zur Praxis — ich verweise auf das Analogon der gerichtlichen Medizin — bedarf einer grundsätzlichen Neuorientierung.

Möge der demnächst in München stattfindende Arbeitsmedizinische Kongreß den heute maßgebenden Stellen

Veranlassung geben, die vor einigen Jahren gemachten bedauerlichen Fehler zu korrigieren und dem gewerbeärztlichen Dienst in Bayern wieder diejenige Stellung einzuräumen, die er früher gehabt hatte und die er unbedingt braucht, um ihn für qualifizierte Fachärzte wieder anziehend zu machen und um eine erfolgreiche Arbeit zu garantieren — zumal, da es sich im wesentlichen nur um organisatorische Maßnahmen ohne finanzielle Mehrbelastungen handelt. Ähnliches gilt auch für die Vertretung der Arbeitsmedizin in den medizinischen Fakultäten.

Ich möchte nicht schließen, ohne mit allem Nachdruck auf die jedem Fachmann wohlbekannte Tatsache hinzuweisen, daß heutzutage die Arbeitsmedizin in der ganzen Kulturwelt eine ihrer Bedeutung entsprechende großzügige Förderung erfahren hat. Die Arbeitsmedizin ist heute eine international anerkannte Sonderdisziplin der angewandten Medizin geworden. Sie beansprucht daher eine ihrem Wesen und ihrer Bedeutung entsprechende Organisation, sowohl der Forschung und Lehre als auch des praktischen Dienstes. Wie dies am zweckmäßigsten zu gestalten ist, muß dem Urteil der medizinischen Fachleute überlassen werden. Der deutsche Werktätige hat ein Recht darauf, die nach dem Urteil der Sachverständigen bestmögliche Betreuung zu fordern.

Prof. Dr. F. Koelsch, Erlangen,
vorm. Bayer. Landesgewerbearzt.

Kundgebung des Ärztlichen Bezirksvereins München

anlässlich des Kongresses für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, am Donnerstag, den 27. Oktober 1955, 20.15 Uhr, im Großen Hörsaal der Frauenklinik in der Maistraße:

„Vorbeugende Gesundheitspflege tut not“

Es sprechen: Prof. Dr. Kötschau, Diez an der Lahn; Dr. med. habil. Hoske, Köln, Vorsitzender des Fachausschusses für Jugendgesundheit; Dr. med. Ludwig Schmitt, 1. Vorsitzender des Ärztl. Bezirksvereins München-Stadt und -Land.

Rezept oder Arzneispezialität?

Das Bemühen sachkundiger Kreise, die ärztliche Rezeptur gegenüber der Verschreibung von Arzneimitteln wieder zu größerer Bedeutung zu bringen, hat auf der unlängst in Interlaken in der Schweiz abgehaltenen Generalversammlung der AIM (Association Internationale de la Mutualité) eine bemerkenswerte Unterstützung erfahren. Auf dieser Versammlung wurden u. a. Arzneimittelfragen erörtert. Fr. F. Boß, Vertrauensapothekerin des Konkordates, erstattete Bericht über die „Kommission für das Studium der Medikamentenpreise“, die im Anschluß an den Kongreß 1954 in Hamburg ins Leben gerufen worden war. Eine Zusammenfassung dieses Berichtes und seine Schlußfolgerungen sind in der „Schweiz. Krankenkassen-Zeitung“ Nr. 13 vom 1. Juli a. c. veröffentlicht. Wir entnehmen ihr:

„Die Studienkommission vertritt die Ansicht, daß die Sozialversicherungsträger die individuelle Verschreibung der Medikamente durch den Arzt, also die Rezeptur, fördern sollten. Zwar stellt sich der Preis eines vom Apotheker nach Rezept zubereiteten Medikaments häufig teurer als derjenige einer entsprechenden Spezialität. Wir müssen uns aber immer vor Augen halten, daß die Form der Spezialität den Medikamentenkonsum vermehrt, indem die Fabrikanten von Spezialitäten durch eine ausgedehnte und meist sehr geschickte Propaganda bei Ärzten und Publikum es verstehen, die Bedürfnisse zu steigern und

den Verbrauch von Spezialitäten zu fördern. All dies fällt beim vom Arzt magistral verordneten, nicht spezialisierten Medikament weg. Zudem kann bei einer solchen Verschreibung den Verhältnissen in bezug auf Quantum, Zusammensetzung, viel besser Rechnung getragen werden als mit einer fertig abgepackten Spezialität.

Leider pflegen die jungen Ärztegenerationen das Rezeptieren nicht mehr. Die Studienkommission ist deshalb der Auffassung, daß im Rahmen des sozialmedizinischen Unterrichts diesem Punkt mehr Beachtung geschenkt werden sollte, und daß, wie dies früher geschah, Leitfäden für die wirtschaftliche Verordnung von Arzneien für die Ärzte herausgegeben werden sollten. Ohne aktive Mitarbeit der Ärzteschaft ist der Posten „Arzneimittel“ im Haushalt der Krankenkassen nur schwer zu senken.“

Entsprechend lautet Punkt IV der Resolution:

„Die individuelle Verschreibung von Medikamenten durch den Arzt ist zu fördern durch entsprechende Ausbildung der Ärzte im Rahmen des sozialmedizinischen Unterrichts, ferner durch Herausgabe von Leitfäden zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneien durch die Sozialversicherungsorganisationen.“ Pharmazeut. Ztg. 36/55

Wünschelrute ersetzt den Doktor nicht

In einem Strafverfahren, das gegenwärtig in Gießen gegen einen ganz Deutschland durchziehenden Kurpfuscher stattfindet, wurde die Anwendung der sog. Diagnose-Wünschelrute als Verstoß gegen die anerkannten Regeln der Heilkunst bezeichnet. Ein Sachverständiger sprach sich in seinem Gutachten entschieden gegen diese Kurpfuscherei aus.

Die „Strahlengläubigen“ behaupten, der Mensch strahle stets geheimnisvolle OD-Strahlen aus, und zwar im Krankheitszustand je nach der besonderen Art der Krankheit angeblich negative Strahlen, die sich durch entsprechende Elementenstrahlen mittels der Wünschelrute feststellen lassen. Als Elemente werden gehaltene Stoffe in allerhöchster Verdünnung (1:100 Trilliarden!) benutzt. Sie werden am Kopf einer Wünschelrute in einer Ampulle befestigt. Der Kurpfuscher umkreist mit der Rute seinen Patienten und sucht so den Sitz der Krankheit. Angeblich soll die Wünschelrute ausschlagen, wenn die positiven Elementenstrahlen mit den angeblichen Krankheitsstrahlen zusammentreffen. Besonders Frauen werden gern „wegen der Möglichkeit, so ganz sicher Krebs feststellen zu können“, behandelt.

Die Untersuchungen der Physiker und Biologen ergaben, daß es sich um einen haltlosen „Humbug“ handelt. Selbstverständlich schlägt die Rute nicht infolge von „Krankheitsstrahlen“ aus, sondern weil der Rutengänger, entweder durch Wunschvorstellungen veranlaßt oder betrügerisch, die Wünschelrute dreht.

Die große Gefahr dieser Untersuchungen mit der Wünschelrute, der von den Kurpfuschern sogar Heilwirkung beigelegt wird, besteht eigentlich darin, daß Patienten mit wirklichen Erkrankungen oft zu spät oder gar nicht mit den einwandfreien Methoden der Medizin untersucht werden und dann zum Schaden ihrer Gesundheit den magischen Einflüssen der Kurpfuscherei erliegen.

Das Heilpraktikergesetz gibt hinreichende Möglichkeiten, gegen diesen immer mehr sich ausbreitenden Unfug vorzugehen.

DMI

Filmstar Sauerbruch

In der „Zeit“ (1955, Nr. 35) wird in einem Leserbrief auf einen in einer Zeitung erschienenen Aufsatz über das Schloß Jagsthausen, Götz von Berlichingen und dessen

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

PERMUCUTAN-GESELLSCHAFT · MBH · MÜNCHEN 13

„Eiserne Hand“ von Fritz v. Woedtke hingewiesen, in dem es heißt: „Die Prothese, welche der Dorfschmied ihm anfertigte, war für die damalige Zeit so hervorragend, daß der aus dem gleichnamigen Film bekannte Professor Sauerbruch sie sich zwecks Studium auslieh.“ Kommentar wohl überflüssig. Filmstars sind eben durch ihre zeitnahen und kurzlebigen Leistungen bekannter als die zeitlosen Leistungen von Gelehrten und bedeutenden Ärzten.

Studienreisen nach dem Ausland

Das BÜRO FÜR INTERNATIONALE FACH- UND STUDIENREISEN, Tübingen, Friedrichstraße 15, veranstaltet in der Zeit vom 25. III.—7. IV. 1956 eine „Kreuzfahrt zu den griechischen Inseln“. Die Reise wird mit einem eigens zu diesem Zweck gecharterten Schiff, der S/S. „ERMIS“, durchgeführt und führt von Triest über Corfu nach Kreta. Nach einem Besuch von Rhodos geht die Seereise über Mykonos und Delos nach Nauplia (Epidauros und Mykene) und Piräus (Athen). Auch Delphi und Itea sollen besucht werden. Alle weiteren Unterlagen und Auskünfte dieser unter wissenschaftlicher Leitung verschiedener Persönlichkeiten aller Fakultäten stehenden Reise sind direkt beim Büro erhältlich.

KVDA-Sternfahrt am 8. 11. 1955

zum Leonhardifest nach Benediktbeuern und nach Bad Tölz.
Treffpunkt:

- 9.00 Uhr: Klosterbräustüberl im Klosterhof Benediktbeuern, Besichtigung der Kirche und des Leonhardizuges
11.30 Uhr: Fahrt nach Bad Tölz
12.30 Uhr: Mittagessen im historischen Nebenraum des Weinhauses Höck
13.30 Uhr: Besichtigung der Kuranlagen des Jodbades Tölz
15.00 Uhr: Rückfahrt über Lenggries — Waichensee, mit gemeinsamer Kaffeepause im Hotel Fischer am See in Urfeld

Meldetermin:

25. 10. an KVDA-Geschäftsstelle Gau München-Oberbayern, München 23, Königinstr. 85, Telefon 3 98 66.

Fehler darf nur das Finanzamt machen

Nach § 92 Absatz 3 der Abgabenordnung (AO) können Schreibfehler, Rechenfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten auch nach der Bekanntgabe und Verkündung von finanzamtlichen Verfügungen, d. h. auch nach eingetretener Rechtskraft, berichtigt werden. Ein Steuerpflichtiger, der nach dem Grundsatz „Gleiches Recht für alle“ beantragt hatte, seinen bereits rechtskräftig gewordenen Einkommensteuerbescheid zu berichtigen, weil eine offenbare Unrichtigkeit vorlag, die auf sein Versehen zurückzuführen war, mußte sich vom Bundesfinanzhof folgendermaßen belehren lassen:

„Wenn der Steuerpflichtige der Auffassung sein sollte, daß ihm selbst ein Versehen unterlaufen ist, so muß darauf hingewiesen werden, daß § 92 Abs. 3 AO nach seinem Sinn und Wortlaut nicht bei Fehlern und offenbaren Unrichtigkeiten des Steuerpflichtigen gilt, d. h. also nur für die Finanzverwaltung Anwendung findet (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 1. 7. 1954 — IV 444/53 U).“

Dr. jur. Cordes, Vechta.

Keine Rechtspflicht des Steuerpflichtigen, einen Irrtum des Finanzamts aufzuklären

Auch Behörden können bekanntlich Fehler begehen, selbst zu ihrem eigenen Schaden. Das Finanzgericht Nürnberg hat im rechtskräftigen Urteil vom 25. 5. 1954 (I 97 — 98/54) ausdrücklich darauf hingewiesen, daß ein Steuerpflichtiger rechtlich nicht verpflichtet ist, auf einen von ihm nicht verursachten Fehler hinzuweisen, der dem Finanzamt zugunsten des Steuerpflichtigen unterlaufen ist.

Dr. jur. Cordes, Vechta.

Die erheblichen Vergünstigungen bei Ablösung der Lastenausgleichsabgaben enden am 31. Dezember 1955

Die für die Ablösung der Lastenausgleichsabgaben gewährten besonderen Vergünstigungen können nach einer kürzlich erlassenen Rechtsverordnung nur noch bis zum 31. Dezember 1955 in Anspruch genommen werden. Da über die vorzeitige Ablösung und deren finanzielle Auswirkung nur wenige Abgabepflichtige Bescheid wissen, manche jedoch bei näherer Kenntnis der Bestimmungen von der sich hier bietenden Gelegenheit, erhebliche steuerfreie Gewinne zu erzielen, Gebrauch machen könnten, dürften folgende Hinweise Beachtung verdienen.

Ablösung der Lastenausgleichsabgaben bedeutet Zahlung aller Teils der erst in Zukunft zu entrichtenden Beträge vor der gesetzlichen Fälligkeit. Alle drei Lastenausgleichsabgaben können abgelöst werden: die Vermögensabgabe, die Hypothekengewinnabgabe und die Kreditgewinnabgabe. Der Pflichtige kann nach seiner Wahl entweder sämtliche in Zukunft zu entrichtenden Leistungen ablösen, so daß die ganze Abgabeschuld getilgt wird (Vollablösung), oder einen Teilbetrag (z. B. die Hälfte) aller noch nicht fälligen Leistungen ablösen (Teilablösung), oder bestimmte innerhalb eines beliebigen Zeitraums fällige Leistungen (z. B. die Leistungen für die nächsten fünf Jahre) ablösen (Ratenablösung).

Der vorzeitig Leistende erhält eine erhebliche Vergünstigung: An Stelle des Nennbetrags der noch nicht fälligen Leistungen ist bei der Ablösung nur der nach Abzug von Zins und Zinseszins von 10% ermittelte Barwert zu zahlen. Je entfernter der Fälligkeitsbetrag einer Rate ist, desto geringer ist der dafür erforderliche Ablösungsbetrag. So erfordert z. B. die Ablösung der letztfälligen neun Vierteljahresbeträge der Vermögensabgabe nur einen Ablösungsbetrag in Höhe eines einzigen Vierteljahresbetrags.

Der Ablösungsbetrag läßt sich in den meisten Fällen leicht errechnen; er ergibt sich durch Multiplikationen des abzulösenden Vierteljahresbetrags mit dem von der Anzahl der abzulösenden Vierteljahresbeträge abhängigen Vervielfältiger. Für 1955 gelten z. B. bei einer Voll- oder Teilablösung der Vermögensabgabe folgende Vervielfältiger:

Ablösung	Vermögensabgabe der Vervielfältiger
10. 5. 1955	37,1692
10. 8. 1955	37,0734
10. 11. 1955	36,9752

Beispiele:

Vollablösung der Vermögensabgabe:
7 415 DM statt 19 000 DM.

Vierteljahresbetrag 200 DM, Ablösung aller noch nicht fälligen 95 Vierteljahresbeträge am 5. 8. 1955:

Ablösungsbetrag: $200 \times 37,0734 = 7 414,68$ DM
Ohne Ablösung sind zu zahlen: $95 \times 200 = 19 000$ — DM

Soll nur die Hälfte des Vierteljahresbetrags abgelöst werden (Teilablösung), so beträgt der Ablösungsbetrag $100 \times 37,0734 = 3 707,34$ DM; der zukünftige Vierteljahresbetrag ist 100 DM statt bisher 200 DM.

Dr. jur. Cordes, Vechta.

Belgier erhalten Gesundheitsbuch

Wie wir einer Nachricht der „Westdeutsche Allgemeine“, Essen, entnehmen, erhält jetzt jeder Belgier, der Mitglied einer Krankenversicherung ist, ein „Gesundheitsbuch“, das ihn bis an sein Lebensende begleiten wird. Am 28. September wurden die neuen Verordnungen zur Reform des Krankenversicherungswesens veröffentlicht. Auf Grund der neuen Bestimmungen kontrollieren die Versicherungen fast hundertprozentig die ärztlichen Behandlungen. Diese Reform wird von vielen belgischen Ärzten als unerwünschter Eingriff des Staates bezeichnet.

Geschäftsführer

(evtl. Kollege) für Marburger Bund, Landesverband Bayern, mit organisatorischer Begabung und Interesse an der Standesarbeit gesucht. Angebote mit Gehaltsanspruch an Marburger Bund, Landesverband Bayern, München, Briener Str. 11.

Bei
grippalen
Infekten
akuter
und
chronischer
Bronchitis

Felsol-
ehinin



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

Rheuma ?
Dolorgiel !

PREISE,

DOLORGIET-flüssig Kl.-P., ca. 50 g, DM 1,15 o. U.

DOLORGIET-Salbe Kl.-P., ca. 25 g, DM 0,95 o. U.

NEU!

DOLORGIET-Salbe »forte«
mit 2% Nikotinsäure-Benzylester.

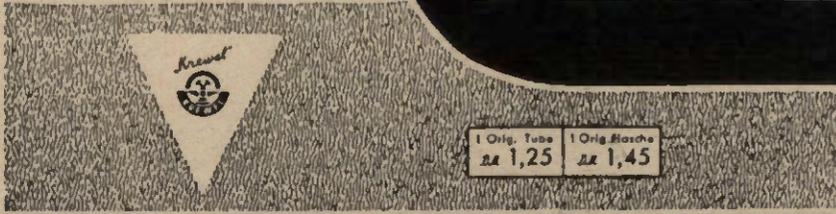
Kl.-P., ca. 25 g, DM 1,25 o. U.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

Diathermie
auf chemischem Wege durch

Therment

- Salbe
u.
- flüssig



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

Indikationen:

Rheumatozen
Neuralgien
Arthropathien
Myositis
Durchblutungsstörungen
Segmenttherapie

B. Stokvis (Leiden)
Hypnose in der ärztlichen Praxis
1955. 366 Seiten mit 25 Abbildungen 38.50 DM

Zu beziehen durch:
CARL GABLER GMBH., Fachbuchhandlung
München 2, Kaufingerstr. 10

Zur Trocken-Behandlung: Aktiv-Puder

PARACELSUS

Archiv der praktischen Medizin mit medizinischer Bibliographie und Presseschau
Jahresbezugspreis mit Ordner DM 18.75

Die neuartige Zeitschrift in Leseblattform, die es ermöglicht, so aufgegeben zu werden, daß jede Frage schnellstens beantwortet werden kann. Verlangen Sie bitte die unverbindl. Zusendung eines kastenlosen Probeheftes.

CARL GABLER GMBH., MÜNCHEN 2
Abt. Fachbuchhandlung Kaufingerstraße 10

Bellacornut

bei neurovegetativen Störungen

Wirkungsweise:

Bellad. + Hyoscyam. = Erregbarkeit des Parasympathikus dämpfend; Secal. cornut. = sympathikolytisch; Ac. phenyläthylbarb. = sedativ (Zwischenhirn).

Extr. Belladonn. DAB 6	2 mg
Extr. Hyoscyam. DAB 6	2,5 mg
Extr. Secal. cornut. titr.	10 mg
Ac. phenyläthylbarb.	25 mg

36 Dragées	DM 1,65
125 Dragées	DM 5,10

Wirkungsweise: Oestrogen + Androgen = hormonal. Gleichgewicht ausbalanc., tonisierend, auch auf die Psyche. — Bellad. + Hyoscyam. = Erregbarkeit des Parasympathikus dämpfend; Secal. cornut. = sympathikolytisch; Ac. phenyläthylbarb. = sedativ (Zwischenhirn).

Aethinyl-Oestradiol	0,5 Gamma
Methyltestosteron	1 mg
Extr. Belladonn. DAB 6	2 mg
Extr. Hyoscyam. DAB 6	2,5 mg
Extr. Secal. cornut. titr.	10 mg
Ac. phenyläthylbarb.	25 mg

36 Dragées	DM 2,60
125 Dragées	DM 7,80

Hormocornut

bei neurohormonalen Störungen im Klimakterium

AUS DER FAKULTÄT

Der Privatdozent für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie Dr. Georg Dhom erhielt mit Wirkung vom 1. 4. 1955 eine Diätendozentur, verbunden mit der Oberarztstelle am Pathologischen Institut der Universität Würzburg.

PERSONALIA

Die Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie hat auf ihrer letzten Geschäftssitzung anlässlich der 5. wissenschaftlichen Tagung in Hamburg Prof. Axhausen zu ihrem Ehrenmitglied gewählt.

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Hannover, Sallstraße 84, hat auf der Vollversammlung vom 13. August 1955 in Wiesbaden den Vorstandsbeschluss bestätigt, in Nachfolge des verstorbenen Oberregierungs- und Obermedizinalrats a. D. Professor Dr. Dr. h. c. Fr. Ickert das Amt des Generalsekretärs Obermed.-Rat a. D. Professor Dr. Griesbach, Augsburg, zu übertragen. Professor Griesbach hat die Wahl angenommen und wird die Geschäftsführung von Augsburg aus übernehmen.

Der Herr Bundespräsident hat dem vormaligen bayerischen Landesgewerbeamtsrat, Ministerialrat i. R. Dr. med. habil. Franz Koeisch, a. o. Prof. an der Universität München und Honorarprofessor an der Universität Erlangen, das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Prof. Dr. Wolfgang Laves, der Vorstand des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität München, wurde in den wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie berufen.

Dr. Hans Lunkenbein, Arzt i. R. in Rottach-Egern, erhielt das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

Der Privatdozent für Dermatologie und Venerologie in der Med. Fakultät München, Dr. Carl Georg Schirren (wiss. Oberassistent der Dermatolog. Univ.-Klinik München), wurde von der Italienischen Dermatologischen Gesellschaft zum Korrespondierenden Mitglied gewählt.

IN MEMORIAM

Gustav von Bergmann †

Am 16. 9. 1955 starb in München fast 77-jährig der Kliniker Professor Dr. Gustav von Bergmann. Als Sohn des bekannten Chirurgen Ernst von Bergmann fußt Gustav von Bergmann noch in einer Epoche, in welcher der Krankheitsbegriff ganz von der Virchowschen Zellularpathologie beherrscht war. Unter ausgezeichneten Lehrern, in erster Linie in seiner Assistentenzeit bei Friedrich Kraus in Berlin, entwickelte er frühzeitig eigene Gedanken. Nach seiner Habilitation in Berlin 1908 übernahm er 1912 als leitender Internist das Krankenhaus Hamburg-Altona, 1916 sein erstes Ordinariat in Marburg und 1927 die II. Medizinische Klinik der Charité in Berlin als Nachfolger Friedrich Kraus'. Hier entstand sein grundlegendes Werk der „Funktionellen Pathologie“, in dem er das Krankheitsgeschehen unter völlig neuen Gesichtspunkten aufbaute. Im Gegensatz zum Virchowschen Krankheitsbegriff als eines kausalen Ablaufs gegebener wirksamer Kräfte führte von Bergmann immaterielle Faktoren als gleichwertig für den Ablauf des Krankheitsgeschehens ein und legte damit den Grund zur heutigen Psychosomatik. Damit hat er sich den großen Denkern angereiht, die vor allem auf dem Gebiet der Physik und Mathematik das Weltbild des Materialismus durch eine neue geistige Betrachtungsweise abgelöst haben. Die letzte Strecke seines Lebensweges führte ihn, bereits 67-jährig, im Jahre 1946 nach München, wo es ihm bis zu seiner Emeritierung vergönnt war, im Kreise alter und neuer Schüler auch die Abendstunden seines Lebens in fruchtbarer Arbeit zu nutzen.

Am 9. 9. 1955 verstarb ganz plötzlich Dr. Heinz Kemper, leitender Arzt der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Ansbach, im Alter von 50 Jahren. Trotz seiner beruflichen Überlastung leistete er auch als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins Ansbach und als Abgeordneter zur Bayer. Landesärztekammer unserem Stande wertvolle Dienste. Wir verlieren mit ihm einen ausgezeichneten Arzt und einen guten Kameraden. Mit Dank und Trauer scheidet wir von ihm.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Fortbildungskurs über Tuberkulose

(Gemeinsame Veranstaltung der Deutschen Forschungsanstalt für Tuberkulose [Ludolph-Brauer-Institut], des Ärztlichen Vereins München, der Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin, der Vereinigung der prakt. Ärzte Bayerns, der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde)

am Samstag, 22. Oktober 1955, im Hörsaal der Chirurg. Universitätsklinik München, Nußbaumstr. 20.

Programm

- Prof. Dr. med. H. Braun: Bovine Infektion des Menschen
 Prof. Dr. med. Kurt Lydtin: Wandel in der Behandlung der Lungentuberkulose
 Prof. Dr. med. Gerhard Weber: Chemotherapie der Kindertuberkulose, insbesondere der Meningitils tuberculosa
 Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. G. Hohmann: Diagnostik und Therapie der Knochen- und Gelenktuberkulose
 Dozent Dr. med. Ferdinand May: Neuere Probleme in der Behandlung der Urogenitaltuberkulose
 Dr. med. H. Röckl: Die Hauttuberkulose in der Sprechstunde des praktischen Arztes
 Beginn vormittags 8.30 Uhr, Mittagspause 13—15 Uhr, Fortsetzung 15 Uhr. Eine Kursgebühr wird nicht erhoben.

Im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

veranstaltet der Ärztliche Bezirksverein Nürnberg und Umgebung die

6. Wissenschaftliche Ärztetagung

vom 11. bis 13. November 1955

im großen Saal der Kaiserstallung auf der Burg in Nürnberg.

Programm:

Freitag, den 11. November 1955: 9.00 Uhr s. t.:

Allgemeine Themata

Eröffnung der Tagung.

Prof. Dr. Knebel, Bad Nauheim:

Zur Diagnostik erworbener Herzfehler

Prof. Dr. Voßschulte, Gießen:

Indikation und chirurgische Maßnahmen bei erworbenen Herzfehlern

Pause: 11.00 bis 11.30 Uhr. Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrieausstellung. Erfrischungsraum auf der Burg.

Prof. Dr. Heim, Berlin:

Therapie des operierten Magens

Priv.-Dozent Dr. Heß, Basel:

Neue Gesichtspunkte in der Chirurgie der Gallenwege

Mittagspause.

Beginn: 15.00 Uhr s. t.

Listeriose

Prof. Dr. Dr. Eyer, Bonn:

Einführung

Dr. Seeliger, Bonn:

Bakteriologie und Serologie der Listeriose

Dr. Linzenmeyer, Bonn:
Chemotherapie und Klinik der Listeriose

Pause: 15.45 bis 16.15 Uhr.

Prof. Dr. Dr. Fischer, Jena:
Über Riesen und Zwerge

Diskussion

Samstag, den 12. November 1955: 9.00 Uhr s. t.

Tagesthema: Ernährung und Verdauung

Prof. Dr. Dr. Lang, Mainz:
Physiologie der Verdauung

Dr. Lüthi-Brand, Bern:
Ernährung und Gesundheitsschutz

Prof. Dr. Stepp, München:
Nenes über Vitamine

Pause: 11.00 bis 11.50 Uhr.

Prof. Dr. Jacob-Steinorth, Castrop-Rauxel:
Die Bedeutung der Mineralstoffe für die Ernährung von Mensch,
Tier und Pflanze

Priv.-Dozent Dr. Illner, Erlangen:
Neue Erkenntnisse in der Diätetik der Säuglingsenteritis und
Dystrophie

Mittagspause.

Beginn: 14.30 Uhr s. t.

Filmvorführung

Die Toxizitätsminderung des Streptomycins
Chemie Grünenthal GmbH., Stolberg im Rheinland

Prof. Dr. Heupke, Frankfurt a. Main:
Diät der Gallenleiden

Pause: 15.45 bis 16.15 Uhr.

Prof. Dr. Rodenwaldt, Ruhpolding (Ob.):
Die Lebensmittelgesetzgebung des venezianischen Gesundheits-
dienstes im 1500

Diskussion

Sonntag, den 13. November 1955: 9.00 Uhr s. t.

Tagesthema: Vegetatives Nervensystem

Priv.-Dozent Dr. Voegt, Gießen:
Reflektorische Krankheitszeichen

Prof. Dr. Sturm, Wuppertal-Barmen:
Klinische Probleme der neurovegetativen Pathologie unter beson-
derer Berücksichtigung der Eingeweideorgane

Pause: 10.25 bis 11.00 Uhr.

Prof. Dr. Jores, Hamburg-Eppendorf:
Die Beurteilung therapeutischer Erfolge

Prof. Dr. Konzett, Basel:
Die pharmakologische Beeinflussbarkeit des vegetativen Nerven-
systems

Dr. Kollmeier, Gelsenkirchen:
Über Suicidversuche mit Insulin (zugleich ein Beitrag zum hypo-
glykämischen Schock)

Dr. Groß, Frankfurt/Main:
Grundlagen und Grenzen der Neuraltherapie

Diskussion

Nachmittags: 15.00 Uhr s. t.:
Versammlung für Diabetiker und interessierte Ärzte
Einführung.

Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg.
Es folgen Vorträge über Ernährung, Diätetik und Insulintherapie
der Zuckerkrankheit

Diskussion

Robert Beinjung, Wiesbaden, Kegetstraße 11,
geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Deutschen Diabetiker-
Bundes:

Der augenblickliche Stand der Diabetiker-Fürsorge

KONGRESSKALENDER

INLAND

Oktober 1955

- 21.—23. in Erlangen: Ärztlicher Fortbildungskurs „Elektro-
kardiographie“. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Poliklinik
der Universität Erlangen.
22. in München: Fortbildungskurs für Tuberkulose, gemein-
sam veranstaltet von fünf Münchener bzw. bayerischen ärzt-
lichen Organisationen, Kursgebühr wird nicht erhoben. An-
fragen an Prof. Dr. Dr. h. c. G. Hohmann, München 13,
Franz-Josef-Str. 2/I.
- 22.—23. in Frankfurt a. M.: 78. Tagung (Therapie-Tagung) der
Südwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung (Universitäts-
Hautklinik). Auskunft: Südwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung,
Frankfurt a. M., Universitäts-Hautklinik.
- 24.—29. in München: Kurs zur Einführung in die wichtigsten
Tropenkrankheiten f. Ärzte, Tierärzte und Studierende. Aus-
kunft: Prof. Dr. A. Herrlich, Institut für Infektions- und
Tropenmedizin, München 9, Am Neudeck 1, Tel. 2 18 17.
- 27.—29. in München: Deutscher Kongress für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin. Auskunft: Organisationsausschuß des Kong-
resses, Frankfurt a. M., Mainzer Landstr. 178.
- 28.—29. in Gießen: Vortragszyklus „Die Strahlenbehandlung der
Genitalcarcinome der Frau“. Auskunft: Prof. Herzog, Patho-
logisches Institut, Gießen.
- 29.—30. in Erlangen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte,
veranstaltet von der Med. Fakultät der Universität Erlangen
Auskunft und Anmeldung: Dekanat der Med. Fakultät Er-
langen.
30. in Frankfurt a. M.: 3. Kongress der Deutschen Gesell-
schaft für ästhetische Chirurgie und medizinische Kosmetik.
Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, Frankfurt a. M., Ra-
thenauplatz 1.
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. Schmuth, Frankfurt a. M., Stadtgesund-
heitsamt.
- 11.—12. in Frankfurt a. M.: Kongress der Deutschen Sozial-
hygienischen Gesellschaft. Auskunft: Obermedizinalrat Dr.
Kläff, Fürth i. B., Blumenstr. 22/0.
- 11.—13. in Nürnberg auf der Burg (Kaiserstallung): 6. wissen-
schaftliche Ärztagung. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürn-
berg, Flurstr. 17.
- 15.—19. in Gießen: Fortbildungskurs für Fachärzte der Hals-,
Nasen-, Ohrenheilkunde (Teilnehmerzahl beschränkt). Aus-
kunft: Prof. Herzog, Patholog. Institut, Gießen.
- 24.—26. in Gießen: Arbeitstagung der Fachärzte für Chirurgie.
Auskunft: Prof. Herzog, Patholog. Institut, Gießen.

AUSLAND

November 1955

- 19.—20. in Amsterdam: gemeinsame wissenschaftliche Tagung
der Niederländischen und Deutschen Sektion des „Inter-
national College of Surgeons“ im Koninklijk Instituut voor
de Tropen.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge GmbH., München 23

Vial & Uhlmann, Frankfurt/Main

Johann G. W. Opfermann & Sohn, Bergisch-Gladbach

Upha G.m.b.H., Hamburg

Dr. Hommels Chemische Werke und Handelsgesellschaft mbH.
Hamburg 6, Schulterblatt 18a

Dr. Mann, Berlin

Gesellschaft für chemische Spezialpräparate mbH.,
Berlin SO 36, Kohlfurter Str. 41—43

A. Nattermann & Cie., Köln-Braunsfeld.

AMTLICHES

Satzung des Ärztl. Bezirksvereins; hier Satzungsänderung

Gemäß Art. 10 des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946 (GVBl. S. 193) wird die von der Vollversammlung des Ärztlichen Bezirksvereins München-Stadt und -Land vom 31. 3. 1955 beschlossene Änderung des § 9 Abs. 1 der Satzung vom 21. 12. 1949 genehmigt, nachdem die Bayer. Landesärztekammer dieser Satzungsänderung zugestimmt hat. Demgemäß erhält § 9 Abs. 1 der Satzung folgenden Zusatz:

„Der Vorstand kann aus seinen Reihen einen dritten Vorsitzenden wählen.“

Die Satzungsänderung ist im Bayer. Ärzteblatt zu veröffentlichen.

Die Regierung von Oberbayern und die Bayer. Landesärztekammer haben Abdruck dieser Entschließung erhalten.

I. A. gez. Dr. Schmelz, Ministerialrat

Stellenausschreibungen für die staatlichen Gesundheitsämter

Die Amtsarztstelle bei dem Staatl. Gesundheitsamt Erding ist neu zu besetzen. Bewerbungen können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben, im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind oder waren, und die für die Leitung eines Gesundheitsamtes erforderliche fachliche Eignung besitzen. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Ärzte, die bereits bei einem staatlichen Gesundheitsamt tätig sind, richten ihr Gesuch an die für ihren Dienstort zuständige Regierung. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. November 1955 eingegangen sein.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

Rücknahme der Untersagung der ärztlichen Berufsausübung

Die mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 23. 5. 1953 verfügte Untersagung der ärztlichen Berufsausübung durch Dr. Leo Gleiss, früher München, Drächselstraße, wurde am 23. 9. 1955 durch die Regierung von Oberbayern zurückgenommen.

RUNDSCHAU

Schutz vor Katastrophen. (Heddy Neumeister, FAZ, 30. 8. 55): ... Schon vor dem 1. Weltkrieg wurde die Sozialversicherung als reformbedürftig angesehen, insbesondere im Hinblick auf die Versorgung der Witwen und Invaliden. ... 1914 erhielt eine Witwe, wenn sie zu $\frac{2}{3}$ erwerbsunfähig war und drei Kinder hatte, 170 Mark jährlich. Es ist leicht auszurechnen, daß auch damals schon diese 14 Mark monatlich nicht als Hilfe, sondern als ein Hohn wirken mußten und daß sie den Verwaltungsaufwand nicht lohnte, den die Auszahlung verursachte. — Dies Problem, das vielem von dem,

was uns heute unter dem Stichwort Sozialreform beschäftigt, zum Verzweifeln ähnlich sieht, war auch damals nicht einfach ein Problem ungenügender Renten, sondern erwuchs aus dem von Anfang an falschen Ansatz der Sozialversicherung. Das sollten wir uns klarmachen, wenn wir den richtigen Ansatz für die Reform finden wollen. Die Schöpfer der Sozialversicherung haben zum großen Teil die wirtschaftlichen Zusammenhänge nicht übersehen und das Wesen einer Versicherung nicht erkannt — das gleiche gilt auch heute für viele der sogenannten sozialpolitischen Experten. — Um es auf eine möglichst einfache Formel zu bringen: Die vorzeitige Invalidität eines Mannes in jungen Jahren oder der vorzeitige Tod des Ernährers und die Aufgabe der Versorgung seiner Hinterbliebenen sind Risiken, für die eine echte Versicherung abgeschlossen werden kann. D. h. diese Unglücksfälle treffen immer nur einzelne. Mit einem verhältnismäßig geringen Versicherungsbeitrag kann man sich gegen diesen Unglücksfall versichern. Aus der Ansammlung dieser Beiträge können dann die betroffenen Familien, wenn das Risiko richtig berechnet ist, verhältnismäßig gut entschädigt werden. — Eine solche Einrichtung hat mit Ethik nichts zu tun, also auch nichts mit dem viel berufenen Solidaritätsbegriff, der so große Verwirrung angerichtet hat. Es ist diese „Gegenseitigkeit“ im Falle einer reinen Versicherung vielmehr ein kaufmännisch errechenbares Prinzip, das ganz ohne Ethik vernünftig funktioniert. Es wird überall in der Privatversicherung angewandt und hat sich bewährt. — Ganz anders liegt es bei dem Sparen für das Alter. Auch dies kann zwar als „Versicherung“ vor sich gehen, indem in monatlichen Raten gespart wird, aber darum bleibt es doch ein langsamer, mühsamer Sparprozeß, ... damit im Alter das genügende Kapital vorhanden ist. Es ist eines der erfreulichsten Resultate in dem gegenwärtigen Gespräch um die Reform, daß die Erkenntnis, daß hier zwei ganz verschiedene Aufgaben gestellt sind, jetzt auch bei den Sozialpolitikern etwas allgemeiner wird: Die Trennung des Invaliditäts- vom Altersrisiko ...

Doch auch bei der Krankheitsvorsorge gibt es eine bisher weniger deutlich gewordene Unterscheidung: Auch bei Krankheiten gibt es Katastrophen, die jeden treffen können, von denen viele aber verschont bleiben. Die private Krankenversicherung, in Amerika vornehmlich existiert sie in der Form der Operations- oder Krankenhausversicherung, sucht also die schwereren Krankheitsfälle zu decken, nicht aber die leichten.

Kinderkrankheiten, Grippe, gebrochene Beine z. B., sind dagegen keine solchen Unglücksfälle; sie kommen im Laufe eines jeden Lebens vor. Das Geld dafür muß von jedem gespart werden, sei es, daß man es in seinem monatlichen Budget einkalkuliert, sei es in der Form einer „Versicherung“. Hier handelt es sich um einen Sparprozeß, wenn er auch als Versicherung gestaltet wird, der ganz andere Rechnungsgrundlagen hat als die eigentliche Versicherung — nämlich die gegen Katastrophen. Ob man auch künftig an diesem Prinzip „Zahlst du meinen Schnupfen, zahl ich deinen“ festhalten soll, sowohl in der Sozialversicherung wie in der Privatversicherung, ob es nicht sauberer und billiger wäre, wenn jeder seinen eigenen Schnupfen bezahlte, statt dessen aber der Schutz in großen Krankheitskatastrophen verbessert würde: das ist im Grunde der Hauptpunkt der Erörterung über die Reform der Krankenversicherung.

Wie soll nun der einzelne diese beiden Arten der Versorgung betreiben. Es liegt auf der Hand, daß eine Familie mit einem Einkommen an der Grenze des Existenzminimums keine großen Summen aufbringen kann. Ihr muß die All-



CEFAK
Kempten/Allg.

Cefangipect

Tropfen / Tabl. / Amp.
Angina pectoris und verwandte Zustände

gemeinheit helfen. Aber ihre Zahl ist bestimmt viel geringer, als das heutige System der sozialen Krankenversicherung erkennen läßt, das die Mehrheit zu Notleidenden stempelt. Beschränkte man die Krankenversicherung auf den sehr notwendigen Schutz vor Katastrophen und überlasse man das Fertigwerden mit dem Normalfall dem einzelnen oder der Familie, könnte jener Schutz für weniger Geld umfassender sein. Auch die staatlichen Versuche, immer neue Krankheiten, deren finanzielle Bewältigung angeblich die Kräfte des einzelnen übersteigen, unter die Kontrolle der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu bringen, würden damit gegenstandslos.

Wichtig ist, die Erkenntnis festzuhalten, daß hier — auch psychologisch — zwei ganz verschiedene Aufgaben gestellt sind: Einmal die Erweckung des Sparsinns, des Gefühls der Verpflichtung zur Vorsorge für sich selbst und die Familie. Z. a.: das Nachdenken über die Mittel und Wege zur Bewältigung von Katastrophen, deren Umfang die eigenen Kräfte übersteigt. DZA/C 72/55

Der Wohlfahrtsstaat im Kreuzfeuer der Kritik. In der „Universitas“, Genf, vom 1. 9. 1955 belichtet Prof. Dr. W. Röpke, Genf, die Auswirkungen des Wohlfahrtsstaates auf die Gesellschaftsordnung in einem ausführlichen Aufsatz, von dem wir nachstehend einen Auszug geben: Heute dürfte die Zeit dafür reif geworden sein, eine Bilanz der Erfahrungen und Meinungen zu ziehen und die Frage zu stellen, wie sich das Ideal des Wohlfahrtsstaates bewährt hat. Ohne allen Zweifel hat die durchschnittliche Praxis des modernen Wohlfahrtsstaates eine Wirkung gehabt, die von Ernüchterung und Enttäuschung bis zur Sorge und Erbitterung reicht, und so dürfen wir uns nicht wundern, daß, was vor wenigen Jahren noch ein begeisterungswegendes Ideal war, heute graue Alltagspraxis geworden ist, die in ein immer schärferes Kreuzfeuer der Kritik gerät. Lord Beveridge scheint selbst in das Lager der ernüchterten Warner übergetreten zu sein. Prof. Pigou, der mehr als irgendein anderer zu den theoretischen Grundlagen des Wohlfahrtsstaates beigetragen hat, weist heute darauf hin, daß der Wohlfahrtsstaat zu einer „kumulativen Gefahr“ für die Produktionsleistung eines Landes werden kann. Colin Clark, ein anderer bedeutender Theoretiker, übt in seiner Schrift „Welfare and Taxation“ an der Gesamtkonzeption des Wohlfahrtsstaates eine an Schärfe und Radikalismus kaum zu übertreffende Kritik, indem er nachweist, daß es heute für die breiten Schichten Großbritanniens im allgemeinen vorteilhafter geworden sei, auf das Staatssystem der Sozialdienste zu verzichten und die von ihnen dafür in Form von Steuern geleisteten Beiträge zur eigenen Zukunftsvorsorge zu verwenden. Pierre Gaxotte, der bedeutende französische Historiker, hat vor einigen Jahren in der „Revue de Paris“ denselben ketzerischen Gedanken auf die französischen Verhältnisse übertragen und gefragt, was sich, abgesehen von der Ablösung des Zwanges durch Freiheit, eigentlich ändern würde, wenn morgen die ganze Sozialversicherung abgeschafft und die Gehälter um die von den Arbeitgebern wie von den Arbeitnehmern bisher bezahlten Beiträge erhöht würden mit der Aufforderung, nunmehr selbst für ihre Versicherung zu sorgen. . . . Man hat in jüngster Zeit mehrfach versucht, die ebenso grundsätzliche wie bedenkliche Wandlung, die im Zeichen des Wohlfahrtsstaates eingetreten ist, auf eine kurze Formel zu bringen. So hat man gesagt, daß die Entwicklung der Sozialpolitik innerhalb der letzten hundert Jahre drei Hauptstufen durchlaufen habe, beginnend mit dem Stadium der individuellen und nach dem echten Bedürfnis abgestuften Fürsorge, dann einmündend in die staatliche Sozialzwangsversicherung und schließlich endend in dem heutigen Stadium einer allgemeinen Versorgung mit dem Ziele einer alles und alle umfassende Sicherheit. Nicht sehr verschieden

davon ist eine andere Deutung, wonach im Anfang die Idee einer Fürsorge stand, die sich selber überflüssig zu machen und so schnell wie möglich zu verschwinden hätte, sobald sie ihre Schuldigkeit getan hat. Sie wird abgeöst von der Idee, daß die Staatshilfe nunmehr eine Dauerinstitution werden soll, wenn auch immerhin eine solche, die nur in wohldefinierten Fällen wirksam werden dürfe, bis schließlich das neue revolutionäre Prinzip herrschend wurde, das den Staat zu einem Tag und Nacht arbeitenden Pumpwerk der Einkommen macht, mit seinen Röhren und Ventilen, seinen Saug- und Druckströmen, sowie es sein Erfinder, Lord Beveridge, vor mehr als einem Jahrzehnt beschrieben hatte. — So oder so gesehen — der umwälzende Charakter der jüngsten Phase der Entwicklung ist augenfällig. Eine ganze Welt liegt zwischen einem Staate, der von Fall zu Fall Unglückliche davor bewahrt, unter ein Existenzminimum zu sinken, und einem anderen, in dem im Namen der wirtschaftlichen Gleichheit und unter der zunehmenden Abstumpfung der Einzelverantwortung ein erheblicher Teil des Privateinkommens fortgesetzt durch das Pumpwerk des Wohlfahrtsstaates erfaßt und, unter beträchtlichen Leistungsverlusten, vom Staate umgeleitet wird. Alles in einen Topf, alles aus einem Topf — das wird nunmehr ernsthaft zum Ideal. Das heißt nun in der Tat nichts Geringeres, als daß der moderne Wohlfahrtsstaat in den Dimensionen, zu denen er gewachsen ist oder noch zu wachsen droht, diejenige Form zu sein scheint, in der sich in der nichtkommunistischen Welt die Unterwerfung des Menschen unter den Staat vornehmlich vollzieht. Die Probleme, die er zu lösen bestimmt ist, löst er nicht oder löst er nur scheinbar, ja er macht sie immer ernster und einer echten Lösung unzugänglicher. Aber er steigert die Macht des Staates ins Riesenhafte und „drückt schließlich jede Nation auf einen Stand herab, wo sie nichts weiter ist als eine Herde von furchtsamen Arbeitstieren, deren Hirte die Regierung selber ist“. Er zwingt uns, mit dem Gedanken vertraut zu werden, daß diese Vision Tocquevilles nach hundert Jahren alle Aussicht hat, Wirklichkeit zu werden. (DZA/C 55/75)

Das Labyrinth der Sozialreform. R. T. legt in einem umfangreichen Aufsatz in „Die Gegenwart“, Frankfurt, 10. 9. 55, die bisher erarbeiteten Grundlagen für die Sozialreform dar, die sich aus dem Labyrinth an Sozialreformen herausgeschält haben und sagt zum Schlusse seiner Betrachtungen: „Reformen, die dieses Wort wirklich verdienen, sind selten beliebt. Dazu müssen sie zu sehr eingefahrene Wege verlassen und überkommene Interessen verletzen. Das gilt besonders für die Sozialreform, die ein 60 Jahre altes System verändern soll und mit ihr eine Bürokratie, die sich nach Umfang und Gewicht mit der staatlichen messen kann. Schon die wirklich nicht umstürzenden Vorschläge des Beirats haben keineswegs den ungeteilten Beifall der betroffenen Bürokratie gefunden, noch viel weniger die der vier Professoren. Der Gedanke, die soziale Marktwirtschaft mit etwas mehr marktwirtschaftlicher Sozialpolitik zu verbinden, ist wohl zu neu, um populär zu sein. Das Professoren-Gutachten sei ein Roman zur Sozialreform, so war mißbilligend zu hören, ein nicht zu verwirklichendes Wolkenkuckuckshaus. Der Bundeskanzler hat sich dadurch wenig beeinflussen lassen. Der Satz in seinem Interview, man solle vermeiden, „daß das, was an wirklich konzeptionellen Gedanken bisher entwickelt wurde, durch eine das Ganze nicht überschauende Kritik zerrissen wird“, spricht dafür. Der Bundeskanzler spielte dabei wohl auf den Umstand an, daß die Fachleute in der Sozialverwaltung jeweils den Teil der Reformvorschläge für undurchführbar erklärt haben, der sie unmittelbar betrifft, während sie in den übrigen Teilen beachtenswerte Gedankengänge entdeckten. Das Generalsekretariat, in dessen Händen das weitere Schicksal der Reform liegt,

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

Getragene auch Dragées

Valocordin

Helfenberg

Seit Jahrzehnten bewährt als mildes
Sedativum mit Herzsteuerung

ohne Nebenwirkung · ohne Gewöhnung

Arztproben und Lit. auf Wunsch *Preise gesenkt!*

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



Migräne-Kranit^{-Tabl.}

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

OXYMORS

Unübertroffen in der Wirkung!
Unschädlich, gut verträglich!

Opkg. 201 OM 3.80 · Kinderpackg. 202 OM 2.85 · K.-Pkg. 203 OM 2.10
Pkg. mit Zäpfchen 204 DM 1.85 · Tabl.-Pkg. 206 OM 1.80 · Analsalbe 207 OM 0.90

bei Oxyuriasis



SONDERTARIF FÜR ARZTE

Krankentagegeld bis DM 30.-
Operationskastentarif bis DM 5 000.-

VEREINIGTE

Krankenversicherung A.-G.

München 22, Königlstr. 19 · Telefon 276 25

Vertragsgesellschaft

der Bayerischen Landes-Ärzttekammer

BAYERISCHE
BEAMTEN
VERSICHERUNG



MÜNCHEN
LENBACHPLATZ 4

Die
Versicherung
für
Jedermann

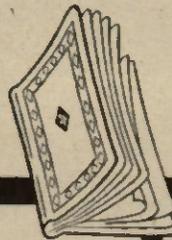
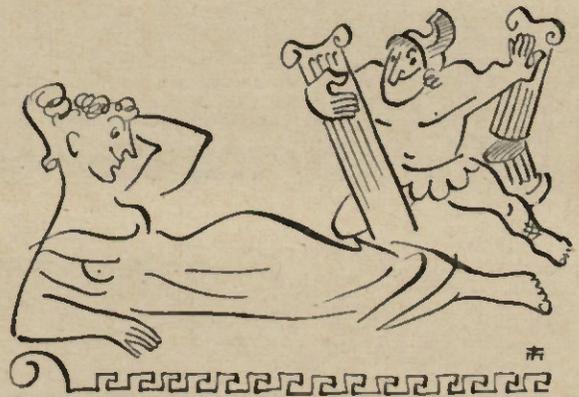
PERKUTANES EXPEKTORANS



LUMAROL

Balsam

Aus unserem Almanach



Die stärkste Waffe immerdar
Sind schöner Augen Blicke;
Ein einzig selden Frauenhaar
Zieht mehr als tausend Stricke.

Bongartz

Liozwo

NASENSALBE

gegen Schnupfen, Rhinoblenorrhoe.



FEBENA · KÖLN

AZOANGIN

ANGINEN, DI.
MASERN, SCHARLACH
STOMATITIS, CYSTITIS

ERPROBT



NEO-AZOANGIN

BEWÄHRT

GRIPPE
INFLUENZA

DR. MED. HUBOLD & BARTSCH, HAMBURG 1

KEINE RESISTENZ

PHARMACOLOR GMBH., SANDKRUG i Oldbg.

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, Liestol/Schweiz



Maßabteilung

LEDER

Sport- und Jagdbekleidung

Lederbundhosen
Ledermäntel und modische Lederjacken
Lederreithasen
Lederhandschuhe für alle Zwecke

Versand nach Auswärts. Fard. Sie bitte Gratskatalog.

FRITZ HACKENSCHUH

Selbsthersteller

MÜNCHEN, Sendlinger Straße 56

Die Obstipation

herausgegeben von
E. Sedlacek
unter Mitwirkung von
W. Auerswald,
V. Gräter u. a.
102 Seiten DM 7.—

Zu beziehen durch:

CARL GABLER

GMBH.

Abt. Fachbuchhandlung
MÜNCHEN 2, Kaufingerstraße 10

Gegen **Enuresis nocturna**
hat sich **HICOTON** als Spezifikum seit
Jahrzehnten bestens bewährt. In allen
Apotheken erhältlich. Prospekt u. Muster
kostenlos durch den Allein-Hersteller:
„MEDIKA“ Pharm. Präparate, (13b)
München 42

H o r m o n u r

masc. für Knaben, fem. für Mädchen
Pluriglanduläres Therapeuticum
gegen

Enuresis nocturna

30 Tabletten 2.42 DM o. U.

HORMONA-GmbH., Düsseldorf-Gfkg. 8

200 Klaviere

neu und gebraucht
bis zu 30 Monatsraten

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstraße 28/1
Augsburg, Bahnhofstraße 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3

BELLASERP

NEUARTIGE RAUWOLFIA-KOMBINATION
gegen
HYPERTONIE

Packung zu 30 Stück DM 2.40 o. U.

»ATMOS« FRITZSCHING & CO GMBH
VIERNHEIM / HESSEN



Literatur und Muster auf Wunsch

Vertigo-Heel

10 u. 30 com Liquid-
50 TABLETTEN

AKNE-MEDICE

Zur Therapie der Acne vulgaris

Liquidum und Puder in einer Packung

Literatur und Muster auf Wunsch

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

Bei RHEUMA → Thermulsion

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

sollte sich vor solcher Ressortblindheit hüten und nicht vor jedem „Unmöglich“ sogleich zurückschrecken. Es sollte unvoreingenommen die verschiedenen Vorschläge zunächst genau nach Aufwand und Ertrag durchkalkulieren. Hieran hat es bis jetzt am meisten gefehlt. Erst danach wird man sich wirklich entscheiden können. Dann aber sollten die gesetzlichen Vorbereitungen der Sozialreform endlich beschleunigt werden. Man darf nicht vergessen, daß die Konjunktur einer sozialen Reform nicht immer so günstig gesonnen sein wird wie im Augenblick, wo die Hochkonjunktur eine Neuordnung ohne unmittelbaren Druck und wirtschaftliche Reibung ermöglicht. Die ewige Prosperität ist noch nicht erfunden, und bei einem Rückschlag würde man genug zu tun haben, die dringendsten Übelstände abzustellen. Eine Reform wäre dann auf die griechischen Kalenden verlagt. Der Bundesarbeitsminister, der sich in seinen Prognosen allerdings schon manchmal gelrrt hat, hat angekündigt, daß die Reform 1956 noch verwirklicht werde. Das würde bedeuten, daß die Gesetzesvorlagen schon in wenigen Monaten an den Bundestag gehen müßten. Hoffentlich bleibt dieser Elan erhalten, und hoffentlich gelingt es im Parlament, Koalition und Opposition zu einer verständigen Zusammenarbeit zu bewegen. Die SPD hat ebenfalls Fachleute in ihren Reihen, deren Meinung Gehör verdient, die sich ihrerseits aber auch nicht der Mitarbeit versperren sollten. Nichts Schlimmeres könnte uns passieren, als wenn auf diesem wichtigen Felde der Innenpolitik eine ähnliche Kluft entstände wie in der Außenpolitik. Jede Hoffnung auf eine Sozialreform wäre zu Ende, wenn aus dem innerpolitischen Thema Nummer eins der Wahlschlager Nummer eins würde.

R. T.

Nur noch Erklärungen zur Sozialreform. (Hannov. Presse, 13. 9. 55): Mehr als Erklärungen zur Sozialreform sind in dieser Legislaturperiode des Bundestages nicht zu erwarten, verlautete am 12. 9. aus Kreisen der Reg.-Koalition in Bonn. Die Bundesregierung beabsichtigt, bis zur Bundestagswahl 1957 dem Parlament lediglich Vorschläge für die Reform vorzulegen. Mit einer praktischen Verwirklichung wird nicht mehr gerechnet. — Die Erklärungen sollen ebenso grundsätzlicher Art sein wie ins einzelne gehend. Nach dem bisherigen Zeitplan der Bundesregierung soll in etwa drei Monaten eine Regierungserklärung über die Grundsätze der Sozialreform abgegeben werden. Daran anschließend will man in Abständen von zwei bis drei Monaten mit Vorschlägen zu den Einzelproblemen herauskommen. Koalitionskreise rechnen aber nicht mehr damit, daß die einzelnen Gesetzentwürfe formuliert und vom Bundestag behandelt werden können. (DZA/C 75/55)

Gerichtsmediziner diskutieren — Strengerer Maßstab für Motorradfahrer gefordert. Auf der Düsseldorfer Tagung der „Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin“ wurde gesagt: Ein Betrunkener sieht nicht doppelt, sondern nur halb soviel. Versuche hätten bewiesen, daß ein nüchterner Autofahrer, der mit 72 km/st. auf einer Straße fährt, an deren Rand alle fünf Meter ein Wagen parkt, jeden dieser Wagen sieht. Ein Trunkener dagegen registrierte nur jeden zweiten Wagen. Es wurde angeregt, den zulässigen Alkoholgenuß bei Motorradfahrern enger zu fassen als bei Autofahrern. Beim Motorrad sei die Lenkung zehn- bis zwanzigmal so empfindlich wie beim Pkw, das Beschleunigungsvermögen doppelt so hoch und die Bremsung nur halb so wirksam. „Kieeler Nachrichten“ vom 29. 7. 1955, APR 11/55.

Über die **Karlsruher Therapiewoche** schreibt im „Berliner Tagesspiegel“ vom 1. 9. 55 Dr. med. Paul Kühn u. a. folgendes:

„Rund fünftausend Ärzte einschließlich einiger ausländischer Gäste erleichtern ihre Steuerbilanz durch Kombination von Schwarzwald- oder Bodenseeurlaub mit der absetzbaren Kongreßreise. Das scheint übermäßig hart ausgedrückt, muß aber als vorherrschendes soziologisches Phänomen unserer Kongresse zur Kenntnis genommen werden. Während in Zeiten, in denen die Wissenschaft ihrer Eigengesetzlichkeit folgen konnte, die Zentren der Forschung auch die naturgegebenen Kongreßsitze waren, erzwingt heute die schematische Anwendung einer merkantilen Steuergesetzgebung auf die wissenschaftliche Berufung urlaubsnahe Plätze.“

Es ist nicht zu verwundern, daß die Teilnehmer, die früher zu ernster Arbeit zusammenkamen, heute zu einem großen Teil die Vorträge als etwas Nebensächliches ansehen, daß man allzu viele trifft, die nur einen einzigen der sieben Tage hier weilen, einen einzigen Tag, der ihnen die für die Steuererklärung unentbehrliche Teilnehmerkarte und einen Koffer voll von Medikamenten (Geschenke der ausstellenden Industrie) beschert. Es scheint hohe Zeit, schonungslos über die Lage der deutschen Wissenschaft zu sprechen, die so unvereinbar mit dem Reichtum und Eleganz demonstrierenden westdeutschen Straßenbild vor den Pforten der Kongreßsäle kontrastiert und die Tag für Tag in banger Sorge und ohnmächtiger Wut aus den Schlußworten der einzelnen Tagespräsidenten an die Presse durchbricht.“

Der Verf. geht dann auf die Schwierigkeiten medizinischer Forschungsarbeit und auf die Nöte der deutschen pharmazeutischen Industrie ein und sagt darüber:

„Der praktische Arzt soll seine Kenntnisse einsetzen, um zu heilen, nicht um zu forschen. Doch wenn diese Tendenz auf die Universitätslehrer übergreift, dann ist es höchste Zeit, Alarm zu schlagen. Außerdem ist es Zeit, daran zu gemahnen, daß Kultur nur scheinbar teuer ist. Es zahlt sich nicht aus, daran zu sparen, weil man sich damit in wenigen Jahren aus der Reihe der Industrieländer streicht und zum Beispiel keine Arzneimittel mehr exportieren kann. Schon heute hindern die Zölle von 29 Prozent die Firma Abbott in keiner Weise mehr, ihre von einer strengen und objektiven Heimatbehörde kontrollierten Arzneien aus Chicago nach Deutschland zu importieren. Die British Schering Ltd. und Pfizer & Lederle (beide Vereinigte Staaten) finden sich unter den Ausstellern der Heilmittelschau. Die modernsten Arzneimittel deutscher Firmen sind fast durchweg Lizenzpräparate ausländischer Fabriken. In dieser schwierigen wissenschaftspolitischen Situation steht dem industriellen Vordringen der Ausländer eine stark zersplitterte deutsche pharmazeutische Industrie gegenüber und, beinahe noch gefährlicher, ein chaotisches medizinisches Berichtswesen. Es gibt keine führende medizinische Zeitschrift mehr, sondern eine Unsumme von Blättern, die in scharfem Konkurrenzkampf um die Gunst der Industrie mit ihren lebensrettenden Annoncen-honoraren buhlen. Die Objektivität des Berichtsstandards geht so auf Kosten industrieller Einzelinteressen verloren, und kein ausländischer Arzt kann sich einen repräsentativen Überblick über den Stand der medizinischen Forschung in Deutschland verschaffen; auch dieses ein Faktor, der die Wirtschaftswerbung unserer pharmazeutischen Industrie im Ausland schwer behindert.“

ASGOCHOLAN

» RHEIN-CHEMIE «

dos biologische Heilmittel mit Vitamin F
zur Leber-Gallen-Therapie

RHEIN-CHEMIE Pharm. Abt. HEIDELBERG



Asthmo-Kranit

-Tabl.
-Pulv.

Bronchial-Antispasmodicum
Asthmaanfälle u.
asthmatische Zustände
KREWEL WERKE, Eberf. D. Köln

Auch in der Fortsetzung seines Berichtes über die Therapie-woche macht Dr. Kühne einige recht beachtenswerte Bemerkungen. Er schreibt u. a.:

„Die moderne Medizin mit ihrer enorm schnellläufigen Entwicklung erfordert tägliches und dauerndes Studium vom Arzt, eine Forderung, die dieser wegen seiner zeitlichen Überbeanspruchung praktisch nicht erfüllen kann. Wieviel zu wissen und praktisch zu beherrschen ist dem Menschen möglich? Denn Menschen sind ja die Ärzte, auf denen die Aufgabe ruht, die Bürde des geschriebenen Wortes in lebendiges Helfen zu verwandeln. So ist denn Karlsruhe ein Prüfstein nicht so sehr für die Leistungen der Wissenschaft, als vielmehr dafür, wie weit die medizinischen Wissenschaftler in der Lage gewesen sind, dem handwerkliche Kunst ausübenden Arzt ihre Ergebnisse zu übermitteln. Es erhebt sich die bange Frage: Fließt die Wissenschaft über? Kann der praktische Arzt übersehen, das drei bis vier Handelsnamen für den gleichen chemischen Stoff identisch sind? Kann er zwischen der überquellenden Fülle der Fertigpräparate auf wissenschaftlicher Basis noch die für sein Handeln wichtigen Wirkungsunterschiede kennen oder bleibt ihm schließlich keine Wahl mehr, als den Kampf aufzugeben und sich nach Art eines Kochbuchs aus den Werbemaßnahmen der Industrie zu informieren?“

Der Verfasser gibt keine präzise Antwort auf die von ihm aufgeworfene Frage. Er sagt aber folgendes: In jedem Arzte lebe die Sehnsucht nach dem Allheilmittel, das es nicht geben kann. Die mit dieser Erkenntnis verbundene Enttäuschung bringe dann die gefährliche Tendenz mit sich, neue, mehr oder weniger außerwissenschaftliche Heilmittel in die Praxis aufzunehmen.

Seetang nicht zu verwerten. Nach fast fünfzehnjähriger intensiver Forschungsarbeit über die Möglichkeit der Gewinnung von Chemikalien aus Seetang gab die britische Regierung bekannt, daß die Arbeit eingestellt wird, da die Wissenschaftler keinerlei technisch oder wirtschaftlich verwertbare Chemikalien gewinnen konnten.

„Hamburger Echo“ vom 29. 7. 1955 (ÄPR. 11/55)

BUCHBESPRECHUNGEN

Was gibt es Neues in der Medizin? Von D. Brück, W. Ackermann und Chr. Scharfbillig. Band 5, 1953/54. Schlütersche Verlagsanstalt und Buchdruckerei, Hannover. 1099 Seiten, Ganzl. DM 25.—.

Mit dem heutigen Tempo fortschreitender wissenschaftlicher Erkenntnis und ihrer praktischen Auswirkung für unser therapeutisches Handeln kann der praktisch vielbeschäftigte Arzt weder durch die Lektüre der üblichen Fachzeitschriften noch mit dem Besuch von Fortbildungskursen — so notwendig beides auch ist — noch Schritt halten. Das „Spiegelbild der medizinischen Presse“ kommt in Form einer geschlossenen Sammlung von Zeitschriftenreferaten seinem Bedürfnis entgegen, wie die ständig steigenden Auflagenziffern beweisen. Der vorliegende 5. Band hat eine wesentliche Erweiterung erfahren durch Einbeziehung

einer großen Anzahl Zeitschriften aus dem englischen und französischen Sprachgebiet. So kann jede irgendwie beachtliche neue Erkenntnis unserer Wissenschaft ständig verfolgt werden. Die übersichtliche Gliederung in 18 Fachgebiete, sorgfältige Literaturnachweise und ein umfangreiches Stichwortverzeichnis erleichtern Übersicht und Gebrauch.

Grundriß der Perkussion und Auskultation. 2. Aufl. Von Prof. Dr. G. Landes. Verlag W. de Gruyter & Co., Berlin W 35. 114 S., 42 Abb., brosch., DM 6.80.

Der Titel „Grundriß der Perkussion und Auskultation“ ist bescheiden gewählt. Die vorliegende 2. Auflage gibt vielmehr eine gedrängte Gesamtübersicht über alles Wesentliche, was sich unter dem Gesichtswinkel der Schwingungslehre über physikalische Untersuchungsverfahren sagen läßt, nicht nur auf Grund ausgedehnter klinischer Erfahrung, sondern auch eingehender eigener wissenschaftlicher Bearbeitung des ganzen Gebietes. Auch die Perkussion und Auskultation der Abdominalorgane ist mit abgehandelt und besondere Kapitel der Untersuchung des Pulses und der Blutdruckmessung und den Phänomen bei den angeborenen Herzfehlern gewidmet. Ein Anhang über die Demonstration der Atemgeräusche und Herzöne mittels elektroakustischer Methoden ist angefügt. Dennoch sind alle unnötigen Längen vermieden und das Ganze für den praktischen Arzt und besonders auch für den Studierenden leicht faßlich und praktisch verwertbar. Sehr instruktiv ist die laufende Gegenüberstellung der schematischen Bilder der Auskultations- und Perkussionsbefunde und der zugehörigen Röntgenbilder. Dadurch wird die Zusammenschau von physikalischem Befund und Röntgenbefund nachdrücklich gefördert und zugleich, bei aller Anerkennung der Bedeutung der Röntgenuntersuchung, gezeigt, wieviel bei entsprechender Schulung auch heute noch durch die alten, unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten herstellenden Methoden der Perkussion und Auskultation zu erreichen ist.

So kann hier zusammenfassend nur das Geleitwort von Herrn Prof. Bodechtel zitiert werden: „Das Büchlein stellt unter Beweis, wie notwendig es ist, auch im Zeitalter der Röntgenologie die Untersuchungen mittels der Auskultation und Perkussion zu beherrschen; sie lassen sich eben für die Praxis nicht ersetzen. Kurz, prägnant und leicht lesbar geschrieben, wird auch diese 2. Auflage dieses Büchleins ihren Weg machen; denn wer es in die Hand genommen hat, legt es nicht weg, bevor er es zu Ende gelesen.“

Leider ist der Einband rein bindetechnisch ziemlich mangelhaft, so daß schon nach kurzem Durdblätern einige Seiten herausfallen. Dies ist für ein Buch, das auch gerade vom Studenten zu seiner praktischen Tätigkeit laufend herangezogen werden soll, ein dauerlicher Mangel.

Dr. C. Bembé

Heilung von Augenleiden. Von Dr. med. Gustav Hatschek, Umschau Verlag, Frankfurt/Main. 107 Seiten, DM 4.40.

H. vermeidet in diesem Büchlein, wie es bei dem Autor nicht anders erwartet werden kann, jeden Anreiz zur Selbstbehandlung und zu einer Beunruhigung durch Überbewertung mißverständlicher Krankheitszeichen, jenen Hauptfehlern so vieler populärmedizinischer Werke.

Für den Laien Unverdauliches ist durch lobenswerte Beschränkung im Diagnostischen vermieden, verständlich geschildert, was verstanden

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

Leberextrakt mit Vitamin B₁₂ und anderen B-Faktoren
5 Injektionen aus 1 Packung, darum so wirtschaftlich!
Schmerzlos injizierbar!

Literatur und Musterabgabe:
E. MERCK AG - Abteilung München
MÜNCHEN 2 · Alfonsstraße 1/1 - Fernspr. 6 12 92

Hoban