

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 11

München, November 1955

10. Jahrgang

Ärztliche Volksbelehrung und Arztum

Von Dr. Walther Koerting

Die letzten Jahre und Jahrzehnte haben Umwälzungen auf fast allen Gebieten des Geisteslebens, der Wissenschaft und Wirtschaft, der sozialen Struktur, der Weltanschauungen, der Politik mit sich gebracht, so daß es nicht erstaunlich ist, daß auch die Anschauungen von Ärzten über Pflicht und Verpflichtung im gleichen Zeitraum da und dort manche Wandlung durchgemacht haben.

So sind vor kurzem die Lebenserinnerungen lebender und verstorbener, hochangesehen gewesener Gelehrter und Ärzte in illustrierten Zeitschriften erschienen, in Form, Inhalt und mit den eingestreuten Anekdoten für den Geschmack des nach Sensationen hungernden Leserkreises zurechtgemacht und nicht, wie vormals, als ernste, den Lebensweg kennzeichnende, seinem klaren aufwärts strebenden Werdegang gerecht werdende, dadurch gleichzeitig für Mit- und Nachwelt belehrende Memoiren.

Ähnlich, aber doch anders gelagert liegt es in anderen Fällen. Da erschien in der „Revue“ („Revue, die Welt-illustrierte“, Verlag und Redaktion in München) im Jahre 1951 (Nr. 46 vom 17. November) ein sich vor allem mit der künstlichen Befruchtung durch ehefremden Samen befassender reich bebildeter Artikel unter dem Titel: „Ich möchte ein Kind, Herr Professor Knaus!“

Das Interesse vieler Menschen an dieser Frage veranlaßte damals die „Revue“ einen Berichterstatteur zu Prof. Knaus zu senden „und ihn einige interessante Fälle schildern lassen“.

Die „Revue“ war sich über die Bedeutung des Komplexes der künstlichen Befruchtung durchaus im klaren, denn sie schrieb als redaktionelle Einleitung:

„Eines der heikelsten und am meisten umstrittenen Probleme unserer Zeit ist die Frage der künstlichen Befruchtung. Juristen weisen auf die zweifelhafte rechtliche Stellung der ‚künstlichen Babies‘ hin, Ärzte äußern Bedenken über die möglicherweise auftretenden Mängel und Psychologen warnen vielfach vor seelischen Schwierigkeiten bei den Eltern.“

Auch die Ärzte sind an einer Unterrichtung der Bevölkerung über Fragen der Gesundheit im weitesten Sinne, allerdings in einem ihnen durch ihren Beruf und gesetzliche Bestimmungen von vornherein gesteckten Rahmen, interessiert. Ob dieser Rahmen hier nicht bereits dadurch überschritten wurde, daß ein Bild von Prof. Knaus mit einer Patientin in der Größe von 23 cm mal 13,5 cm und eine weitere Aufnahme von Prof. Dr. Hermann Knaus mit Ärzten und Ärztinnen (Text: „Vorstand der Gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses der Stadt Wien mit seinen Assistenten und Mitarbeitern, die den berühmten Frauenarzt bei seinen interessanten wissenschaftlichen Arbeiten mit großem Interesse unterstützen“) abgedruckt wurde, bleibe dem Urteil des einzelnen überlassen. (Dem Artikel war auch ein Bild des Vorstandes der I. Univ.-Frauenklinik in Wien, Prof. Dr. T. Antoine, beigelegt, der gleichfalls der Befruchtung mit Fremdsamen die Berechtigung nicht abspricht.)

Das Wesentliche an dem genannten Aufsatz ist für uns Ärzte aber auch, im Hinblick auf die ärztliche Schweige-

pflicht, die Belgabe von fünf Bildern, die sämtliche Köpfe in Großformat darstellen. Bei drei dieser Abbildungen sind die Augenpartien abgedeckt. Sie stellen die Gesichter einer 24jährigen Frau, Gattin eines Bankbeamten*), und von zwei Männern dar, von denen einer der 30jährige Ingenieur H. ist**), der zweite der 37jährige Tischlermeister K., die beide durch Verwundung zeugungsunfähig geworden waren. Der Wunsch der Frau des Tischlermeisters nach einem Kinde wurde durch die künstliche Befruchtung in einer Klinik erfüllt. In einer Großaufnahme des Gesichtes wird „der kleine Harald K., der am II. Juni 1950 zur Welt kam“, den Lesern — ohne jegliche Unkenntlichmachung — vorgestellt.

Eine andere Großaufnahme (ohne Abdeckung) zeigt das Gesicht des 8jährigen Dieter, „der ebenfalls künstlich gezeugt wurde“. Es heißt dort: „Im Jahre 1943 wandte sich der Arzt Dr. R. verzweifelt an Professor Knaus und bat ihn um Hilfe.“ (Ahm. Es handelt sich offensichtlich um das Produkt der Befruchtung durch Fremdsamen im Jahre 1943 bei der 20jährigen Arztfrau „aus dem Altreich“, über die Prof. Knaus im „Zentralblatt für Gynaekologie“, 1943, Nr. 40, ausführlich mit Wiedergabe des Briefwechsels berichtete. Dort schreibt Prof. Knaus: „Nachdem ich den Samenspende in der Person eines meiner zahlreichen Hörer gesichert hatte, kam die Frau am 21. III. — 1943 — nach Prag und wurde in meine Klinik aufgenommen.“)

Es erübrigt sich wohl darauf hinzuweisen, daß die Veröffentlichung der Bilder künstlich gezeugter Kinder in der „Revue“ noch dazu mit Angabe des Geburtsdatums (in dem einen Fall) oder des Geburtsjahres und des Tages der Aufnahme in die Klinik (in dem anderen Fall) unter Hinzufügung des Berufes und des Anfangsbuchstabens des „Vaters“ mit der ärztlichen Schweigepflicht nicht vereinbar ist. Es muß darauf hingewiesen werden, daß für ihre Sicherung besonders in den letzten Jahren gerade in der Bundesrepublik Deutschland unter Führung von Prof. Dr. Neuffer mit Nachdruck gekämpft wurde, nachdem immer mehr offenbar wurde, daß allerwege Tendenzen von außerärztlicher Seite zu ihrer Durchlöcherung festgestellt werden mußten.

Der zitierte Artikel in der „Revue“ (1951) mit seinen ominösen, doch zweifellos von Prof. Dr. Knaus der illustrierten Zeitschrift „Revue“ zur Verfügung gestellten

* Text: „Ehe ohne Inhalt. Die 24jährige Frau eines Bankbeamten erzählt: „Als der sehnlichst erwünschte Kindersegen in unserer Ehe ausblieb, ließen wir uns untersuchen. Dabei stellte der Arzt fest, daß mein Mann durch einen Schuß zeugungsunfähig geworden war. Unser Leben ist seitdem nicht mehr so glücklich wie früher. Wenn ein Kind da wäre, würde alles anders werden — man hätte einen Lebensinhalt. Wir sind beide mit einer künstlichen Befruchtung einverstanden und hoffen, daß wir Erfolg haben.“

** Text: „Auf der Suche nach dem Glück. Dem 30jährigen Ingenieur H. ist durch eine Schnafverletzung eigene Nachkommenschaft versagt. Er war mit einem Mädchen verlobt, das sich aber von ihm abwandte, als es von seinem Unglück erfuhr. Er ist seitdem völlig verbittert. Sein Wunsch ist, wie er Prof. Knaus erklärte, sich mit einer Frau zu verheiraten, die in seiner Ehe ein Kind bekäme. Das ist nur auf künstlichem Wege durch einen unbekanntes Dritten möglich, sagte er.“

Bildern und Daten, wird wieder ins Gedächtnis gerufen durch eine diesmal zur Gänze aus der Feder von Prof. Dr. Knaus stammende, acht Spalten umfassende Abhandlung, die in der „Revue“ 1955 (Nr. 29 vom 16. Juli) erschienen ist. Sie trägt den Titel „Wenn die Ehe kinderlos bleibt — was tun?“

Es ist nicht unwichtig, aus dieser neuen Veröffentlichung einige Sätze zu zitieren, um zu erklären, warum ein Standesblatt — abgesehen von der bereits berührten Frage der ärztlichen Schweigepflicht — sich mit diesem Aufsatz beschäftigt.

Prof. Knaus schreibt in dieser für Laien bestimmten und an jedem Zeitungskiosk erhältlichen Illustrierten Zeitschrift:

„Vor allem möchte ich klarstellen, wie ich selbst zur Bearbeitung dieses schwierigen Fragenkomplexes gekommen bin, und welche Stellung ich heute dazu einnehme. Ferner möchte ich der Öffentlichkeit helfen, zwischen wertvollen und wertlosen Arbeiten auf diesem Wissensgebiete unterscheiden zu lernen, und erklären, daß unter den Medizinerinnen nur jene berufen sind, an der wissenschaftlichen Bearbeitung und Klärung dieser Frage teilzunehmen, welche die bisher gesammelten Erfahrungen durch eigene Beobachtungen zu bereichern vermögen.“ (Sperrdruck nicht im Original.)

Knaus verweist auf die durch Robert L. Dickinson in Amerika seit dem Jahre 1890 propagierte Methode und auf das Ergebnis der von F. T. Seymour und A. Koerner bei 30 000 amerikanischen Ärzten veranstalteten Umfragen, wonach 6527 derselben die Geburt von 3649 lebenden Kindern durch Verwendung ehefremden Samens erzielten.

Von der „Medizinischen Klinik“ war im Jahre 1943 (Nr. 4—7) durch H. Volkmann eine Umfrage bei neun Gynaekologen von Namen, einem Tierarzt und einem Juristen veranstaltet worden, um deren Einstellung zur Frage der „künstlichen Befruchtung“ kennen zu lernen. Dabei ging es im wesentlichen um die Frage der Verwendung ehefremden Samens.

Geheimrat Prof. Dr. Stoeckel, Berlin; Prof. Dr. Siegert, Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Benthin, Königsberg, und Prof. Dr. Haselhorst, Rostock, lehnten die Benutzung eines ehefremden Samens für die künstliche Befruchtung ab, Prof. Dr. Seitz, Frankfurt a. M., und Prof. Dr. Nürnberger, Halle a. d. S., nahmen zur Frage der Verwendung ehefremden Samens keine Stellung und Prof. Dr. Günter K. F. Schultze, Greifswald, Prof. Dr. Antoine, damals Innsbruck, sowie Prof. Dr. Knaus bejahten die Berechtigung dieses ärztlichen Eingriffs.

Die Äußerungen der Befürworter des Eingriffs lauten:

Prof. Dr. Schultze: „Bei der künstlichen Fremdspermabefruchtung handelt es sich . . . um moralische Unmöglichkeit einer normalen Zeugung. . . Die Frage ob der Arzt moralisch und rechtlich berechtigt ist, diesem Wunsche (Anm. der künstlichen Befruchtung mit Fremdsperma) nachzukommen (Wissen und Einverständnis aller drei Beteiligten vorausgesetzt) ist viel diskutiert worden. Stoeckel hat scharfe Worte moralischer Ablehnung für solchen Ehebruch durch ärztliche Hand gefunden. (Stoeckel, Lehrb. d. Gyn., 7. Aufl., S. 662.) Ich kann meinem verehrten Lehrer in dieser Stellungnahme nicht beistimmen und glaube, daß sich ebenso ernste moralische Gründe für solche ärztliche Hilfeleistung anführen lassen.“

Prof. Dr. Antoine: „Die Beschaffung des Spermaspenders muß Sache des ratheischenden Paares bleiben, schon um zu betonen, daß der Eingriff unter ihrer vollen und ausschließlichen Verantwortung geschieht. Ich kann in der Vornahme der k. B. aber nichts Ungehöriges oder Entwürdigendes für den Arzt sehen.“

Prof. Dr. Knaus: „Kann vom eigenen Mann kein Sperma gewonnen werden, so kann mit Einverständnis des Ehegatten und des Samenspenders Sperma von einem gesunden Mann zur künstlichen Besamung herangezogen werden, eine Maßnahme die im Sinne des ‚Zeugungshelfers der alten Germanen‘ (Walther Darré, Das Bauerntum als

Lebensquell der Nordischen Rasse, S. 384) durchaus gerechtfertigt erscheint.“

Von den ablehnenden Stellungnahmen sei nur jene von Geheimrat Prof. Dr. Stoeckel angeführt: „Die Tatsache, daß beim Ehemann zuweilen kein befruchtungsfähiges Sperma vorhanden oder zu erhalten ist, hat zu erstaunlichen Irr- und Abwegen des Denkens und Handelns geführt. Freunde, Brüder, Schwäger, Schwiegerväter bieten sich nach Übereinkunft mit dem Ehepaar als Spermalieferanten an, und es soll nach Angaben von zuverlässig wahrheitsliebenden Frauen auch Ärzte geben, die versichern, daß sie jederzeit das zur Befruchtung nötige Sperma ‚besorgen‘ können. Daß das alles, falls die volle Wahrheit nicht gesagt und dokumentarisch nicht festgelegt wird, sich von Urkundenfälschung auf dem Standesamt, Ehebruch und Kindesunterschlebung nur wenig unterscheidet, wird gar nicht so selten bestritten oder für benachlässigbar erklärt, da der Zweck auch solche Mittel heilige.“

Es wäre verständlich gewesen, wenn Prof. Dr. Knaus seine gegenteilige Meinung in einer allgemein-ärztlichen oder fachärztlichen Zeitschrift vertreten hätte. Er hat es aber vorgezogen, in einer Illustrierten Zeitschrift — an ungewöhnlichem Ort und in ungewöhnlicher Form — gegen die Umfrage vom Jahre 1943 — nach 12 Jahren! — zu polemisieren. Es sei zitiert:

„Die Referate . . . zeigten mir, daß meine Kollegen so mangelhafte physiologische Kenntnisse besaßen und daher schwere, die Gesundheit von Mann und Frau gefährdende Fehler in der Durchführung dieser Behandlungsmethode machten, daß ich mich als Spezialist auf diesem Wissensgebiete geradezu verpflichtet fühlte, mich noch einmal zu dieser Frage zu äußern und meine Kollegen über ihr fehlerhaftes und daher meist erfolgloses Vorgehen (Anm.: In der Illustrierten Zeitschrift ‚Revue‘) aufzuklären.“ (Sperrdruck nicht im Original.)

Es erübrigt sich nur noch zwei — das Technische begreiflicherweise nicht berührende — Stimmen anzuführen:

In seinem Lehrbuch der Gynaekologie, 11. Aufl., 1947, vertritt Stoeckel folgende Meinung: (Ich) „beschränke mich darauf festzustellen, daß mit dieser Art der Fortpflanzung die Begriffe ehelich und unehelich, Ehe und Familie verfälscht und die Unantastbarkeit und Heiligkeit der Ehe zerbrochen werden, und daß ich diese Irrwege des Denkens und Fühlens nicht gehen kann. Die Rechtslage ist so, daß der Standesbeamte das ‚Spender-Kind auch dann als ehelich einzutragen hat, wenn ihm abweichende Angaben über die Ehelichkeit oder über die Vaterschaft gemacht werden. Der Ehemann und der Staatsanwalt können die Ehelichkeit des Kindes anfechten. Der Spender hat kein Recht an dem Kinde, sondern nur die Unterhaltungspflicht.“

Prof. Dr. Heinrich Martius, Göttingen, sagt in seinem Lehrbuch der Gynaekologie (1949, S. 355): „Der künstlichen Übertragung des Samens eines anderen Mannes auf eine konzeptionsfähige Ehefrau stehe ich ablehnend gegenüber, auch wenn sich alle Personen, die sich daran beteiligen wollen, damit einverstanden erklärt haben. Von juristischer Seite sind Bedenken gegen die damit verbundenen Falschregistrierungen zurückgestellt worden (Schläger, Weigel). Vom ärztlich-ethischen Standpunkt aus erscheint mir ein derartiges widernatürliches Vorgehen, das einer vorverlegten Kindesunterschlebung gleichkommt, bedenklich, jedoch: hoc tuto docere non potest.“

Eine weitere Kritik an den Ausführungen von Prof. Dr. Knaus erübrigt sich wohl. Es sei jedoch noch darauf hingewiesen, daß der ärztliche Mitarbeiter der „Revue“, Dr. E. H. G. Lutz, seine Ansichten in einem dem Aufsatz von Prof. Dr. Knaus direkt vorangestellten Artikel wiedergibt. Er trägt den Titel: „Mutterglück — zu hoch bezahlt. Die ‚künstliche Befruchtung‘ schafft fast immer ein unlösbares seelisches Problem.“

Anschrift des Verfassers: München 38, Laimer Str. 28.

Ist die Sozialversicherung die zweckmäßige Zukunftssicherung für den Arzt und seine Familie?

Dr. med. Hans Keppel

Für den bayerischen Arzt ergibt sich auf dem umstrittenen Gebiet der berufsständischen Versorgungsfragen insofern eine besondere Lage, als er Mitglied der Bayerischen Ärzteversorgung sein muß, aber vielfach aus der Zeit seiner Tätigkeit in abhängiger Stellung Mitglied der Angestelltenversicherung ist und vor der Frage steht, ob er seine dort erworbenen Anwartschaften aufgeben oder ob er sich freiwillig weiterversichern soll.

Ich habe auf diese aus der doppelten Versicherungspflicht herrührende Problematik in meinem, in Heft 1/55 des Bayerischen Arzteblattes erschienenen, Artikel „Altersversorgung des angestellten Arztes in Bayern“ hingewiesen und gefordert, daß man dem Arzt eine Befreiung von der Angestelltenversicherung zugestehen soll, falls er freiwilliges Mitglied der Bayerischen Ärzteversorgung wird. (Bei Pflichtmitgliedschaft ist bereits Befreiung von der Angestelltenversicherung möglich.)

Die Reaktion auf diesen Artikel aus Kollegenkreisen veranlaßt mich zu einer kritischen Beleuchtung der gegenwärtigen Situation der Sozialversicherung, wie wir sie als Ärzte, insbesondere als angestellte Jungärzte sehen müssen, um unser Verhalten darnach einzurichten.

Bemerkenswert ist neben dem Interesse, das unsere Kollegen diesen Fragen entgegenbringen, die verbreitete Unkenntnis über eine Einrichtung, die 80% aller Erwerbstätigen erfaßt. Das ist kein Wunder: Sogar die amtlichen Stellen befleißigen sich, die wahre Lage in einem nebelhaften Dunkel zu lassen, wie die kürzlich vom Bundesministerium veröffentlichte Bilanz der Sozialversicherung beweist.

In dem Berufsorgan „Die ärztliche Praxis“ vom 30. 4. 1955 ist unter der Überschrift „Sozialversicherungsbilanz mit Pferdefuß“ bereits die Hand auf diese Wunde gelegt worden. In dieser amtlichen Bilanz erscheint erstaunlicherweise nämlich nur ein versicherungstechnischer Fehlbetrag von 16,5 Milliarden DM, weil man Staatszuschüsse von jährlich 2 bis 3 Milliarden Mark, die sich über viele Jahrzehnte notwendig machen, bereits als feste Einnahmen auf der Aktivseite verbucht. Mit diesen Zuschüssen wird ein Loch gestopft, das ein versicherungstechnisches Defizit von rund 100 Milliarden Mark bedeutet.

Im „Industrie-Kurier“ Nr. 64 vom 26. 4. 55 unter der Überschrift „Subventionierte Sozialversicherung“ und in der Beilage zu „Der Volkswirt“ vom 22. 1. 55 unter „Wachsender Fehlbetrag in der sozialen Rentenversicherung“ kann der interessierte und staunende Leser jene Zahlen und Rechengrundlagen finden, die schonungslos offenlegen, in welcher traurigen Situation — nicht etwa allein als Kriegsfolge — sich die Sozialversicherung befindet. Dabei weisen Experten mit Recht darauf hin, daß diese Zahlen vorsichtig bemessen und wahrscheinlich unzureichend sind, weil die Überalterung des deutschen Volkes und die Umkehrung der Bevölkerungspyramide noch ungünstigere Prognosen nahelegen; ganz abgesehen davon, daß Kalkulationsunsicherheiten in der Gestaltung der zukünftigen Einkommensverhältnisse und der Beitragsstufen für die Sozialversicherung liegen, die sich ebenfalls nur negativ auswirken können.

Warum scheuen sich die amtlichen Stellen, das Kind beim Namen zu nennen? Warum zögert die Öffentlichkeit mit ihrer Kritik?

Gewiß, man fordert die Sozialreform. Aber mit welchen Zielsetzungen? Es geht dabei nicht nur um die, wie die vorstehenden Ausführungen zeigen, dringend notwendige Sanierung. Man will die Sozialversicherung ausbauen, so daß sie im Alter eine den bisherigen Lebensstandard sichernde Versorgung bietet.

Damit hebt man eine — der breiten Öffentlichkeit lieblich klingende — Forderung auf den Schild, ohne zu bekennen, daß damit das Übel vervielfacht wird.

Das Defizit von über 100 Milliarden DM ist nicht nur Kriegsfolge. Es rührt wesentlich davon her, daß man aus

der Sozialversicherung, die dem wirtschaftlich schwächsten Teil der deutschen Arbeitnehmerschaft helfen sollte, durch Beiträge eine die Fürsorge gerade ersetzende Versorgung zu ermöglichen, eine Art Staatsversorgung gemacht hat, die dem einzelnen immer größere Lasten aufbürdet, so daß er immer weniger in der Lage ist, eigenverantwortlich für sich selbst und seine Familie zu sorgen.

Die politischen Parteien haben sich ihre Parlamentsitze zu erhalten versucht, indem sie — vor neuen Wahlen der Masse buhlend — großzügige Rentenverbesserungen bewilligten, für die der Steuerzahler künftiger Generationen geradestehen muß. Dabei wird nicht darnach gefragt: Was kostet das? Wer soll das bezahlen?

So lange eine bedürftige Minderheit unterstützt werden mußte ließ sich in der Sozialversicherung rechtfertigen, daß neben dem Versicherungsprinzip (der Äquivalenz von Beiträgen und Versorgungsleistungen) der Solidaritätsgedanke zum Ausdruck kam.

Jede Sozialrente setzt sich regelmäßig aus Grundrente und Steigerungsrente zusammen. Während die Steigerungssätze vom Beitrag und damit vom Einkommen abhängig sind, ist die Grundrente bei allen Rentnern gleich. Die Grundrente wird zum Teil aus Staatszuschüssen, also durch den Steuerzahler, zum anderen Teil aber aus den Beiträgen finanziert. Es sind also nur Teile des Beitrags echte Versicherungsaufwendung, während — besonders in den höheren Beitragsklassen — wesentliche Beitragsteile Solidaritätslasten sind.

So hat nach der seit 1. 6. 1945 geltenden Regelung der Beitragszahler in der höchsten Klasse zwar das 15,5fache des Beitrags der niedersten Klasse zu zahlen, erwirbt aber nach 360 Beitragsmonaten nur das 3,14fache, nach 240 Beitragsmonaten nur das 2,46fache, nach 60 Monaten gar nur das 1,42fache an Rente. Damit haben wir weniger eine Versicherung als eine Armenfürsorge vor uns.

Der Angestellte trägt also in doppeltem Sinne dem Solidaritätsprinzip Rechnung: Einmal durch die höheren Beiträge, andererseits als Zahler höherer Steuern. Es kommt hinzu, daß in der Angestelltenversicherung für den Beitrag wesentlich niedrigere Steigerungssätze erworben werden als in der Invalidenversicherung, so daß also der Angestellte in gewissem Sinne auch für die Versorgung des Arbeiters einsteht.

Auch der Arzt, der Beiträge zur Angestelltenversicherung zahlt, trägt in dieser doppelten Weise zur Versorgung der sozial Schwächeren bei.

Solange die Kirche im Dorf belassen wurde, das Versorgungsziel nach Zahl der Berechtigten und nach der Höhe der Leistungen begrenzt blieb, also der Versicherungsgedanke gegenüber dem Solidaritätsgedanken die Vorhand hatte, war die Institution finanziell und konstruktiv in Ordnung. Je weitere Kreise aber in die Sozialversicherung hineingezwungen wurden, je höhere Versorgungsleistungen angestrebt werden, um so höher das Defizit, um so stärker die Belastung des Steuerzahlers, um so ungerechter die Beitragsforderung gegenüber dem Angestelltenversicherten mit höherem Einkommen, wozu der Arzt, falls er Angestelltenversicherungsbeiträge zahlt, stets zu rechnen sein dürfte.

Einige Zahlen mögen diese Situation verdeutlichen.

In der „schönfärbenden“ Darstellung des Bundesarbeitsministeriums, bei der das Loch in der Bilanz mit „Rentenbestandteilen aus Bundesmitteln“ gestopft wird, sind die kapitalisierten Bundeszuschüsse mit 53,8 Milliarden in der Invalidenversicherung, mit 14,3 Milliarden in der Angestelltenversicherung ausgewiesen; für die Knappschaftsversicherung fehlen die Zahlen. In 45 Jahren werden die Staatszuschüsse rund 38% der Einnahmen in der Invalidenversicherung, aber nur knapp 20% der Einnahmen in der Angestelltenversicherung ausmachen. Sind

hier etwa politische Gesichtspunkte für die Schlechterstellung der Angestelltenversicherung maßgebend?

Bei einem Beitrag von 10% des Arbeitsentgeldes und 500.— DM Monatseinkommen erwirbt nach 40 Beitragsjahren

ein Invalidenversicherter 340.— DM monatliche Rente,
ein Angestelltenversicherter 244.— DM monatliche Rente.

Der Steigerungssatz in dieser Einkommensklasse beträgt nämlich

in der Invalidenversicherung 6.— DM) pro Monats-
in der Angestelltenversicherung 3.50 DM) beitrags

Ist diese Regelung eine gerechte?

Der freiwillig Angestelltenversicherte konnte seine Anwartschaft aufrecht erhalten

1949 durch 6 Beiträge zu 25.— DM, also für 150.— DM jährl.,
1950 durch 6 Beiträge zu 55.— DM, also für 330.— DM jährl.,
1953 durch 6 Beiträge zu 70.— DM, also für 420.— DM jährl.,
1955 durch 6 Beiträge zu 77.— DM, also für 462.— DM jährl.

(S. Dr. Stumpf in „Angestellter Arzt“, Heft 6, Juni 1955.)

Er muß zur Erhaltung seiner Anwartschaft heute also mehr als das Dreifache dessen aufwenden, was er vor 5 Jahren nötig hatte, während sich der Steigerungssatz pro Beitrag nur von 3.— DM auf 4.90 DM erhöht hat.

Wo soll diese Entwicklung enden?

Diese drei Beispiele stehen für andere. Sie zeigen deutlich: Das Fiasko der Sozialversicherung muß sowohl durch den Steuerzahler als auch durch den Angestelltenversicherten getragen werden. Damit aber ist der letztere doppelt belastet, weil er ja nicht nur Beitragszahler, sondern zugleich Steuerzahler ist.

Die Entwicklung wird immer bedenklicher, je weiteren Umfang die Sozialversicherung annimmt.

Wenn wir nicht die allgemeine Staatsbürgerversorgung wollen, d. h. die endgültige Vermassung und das Staatskollektiv östlicher Prägung, dann heißt es, alle interessierten Kreise und die gesamte Öffentlichkeit zur Abwehr aufzurufen.

Wir bayerischen Ärzte haben unsere eigene Standesversorgung auf versicherungstechnischer Grundlage. Sie deckt ein Existenzminimum und läßt uns darüber hinaus Mittel frei für eine zusätzliche individuelle Versorgung, die meines Erachtens niemals die Angestelltenversicherung sein darf.

Es kann doch gar keinem Zweifel unterliegen, daß früher oder später eine Sanierung der Sozialversicherung von innen heraus, also durch Veränderung der Beitrags- und der Leistungsseite kommen muß, weil selbst dann die staatlichen Subventionen durch Steuergelder noch sehr beträchtliche und auf die Dauer kaum tragbare Ausmaße annehmen müssen.

Als Möglichkeiten für eine Sanierung ständen der Sozialversicherung folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- (1) Heraufsetzung der Beiträge ohne Erhöhung der Gegenleistung (so geschehen mit Wirkung vom 1. 4. 1955 durch Erhöhung der Beiträge von 10% auf 11% des Einkommens ohne Erhöhung der Renten).
- (2) Hinausschieben des Rentenbeginns vom 65. auf das 68. oder 70. Lebensjahr, wobei in gewissem Sinne eine Bedürftigkeitsprüfung gekoppelt sein kann dadurch, daß die Renten nur der erhält, wer nach dem Grenzalter nicht mehr arbeitet. Zwangsläufig wird sich aber wegen der ungünstigen Bevölkerungsstruktur die Pensionierungsgrenze hinausschieben.
- (3) Anrechnung anderer Bezüge. Bisher finden nur Leistungen aus anderen Zweigen der Sozialversicherung Anrechnung. Dabei ist eine solche Anrechnung nicht einmal unbegründet, wenn die Leistungen zu wesentlichen Teilen aus Steuermitteln oder Beiträgen anderer finanziert werden müssen. Ich kenne z. B. eine Studienratswitwe, die monatlich über 900.— DM bezieht, weil ihr tödlich verunglückter Ehemann Beiträge zur Invalidenversicherung zahlte, sie also neben der Pension als Studienratswitwe auch noch die Witwenrente aus der Invalidenversicherung mit Kinderzuschüssen

erhält. Es ist tatsächlich die Frage, ob sich so etwas vertreten läßt.

- (4) Befreiung von Verpflchtungen dadurch, daß dem freiwillig Versicherten die Aufrechterhaltung der Anwartschaften unmöglich gemacht wird (siehe Beitrag 1949: 150.— DM — im Jahre 1955: 462.— DM).
- (5) Einstellung jeglicher Beitragsrückgewähr. Die früher übliche Beitragserstattung an weibliche Versicherte im Falle der Heirat oder im Falle des Todes ohne das Ruhegeld bezogen wurde, ist nach Kriegsende „suspendiert“ worden.
- (6) Höhere Anforderungen an Vorliegen der Invalidität.
- (7) Aufhebung der freiwilligen Hausfrauenversicherung!

Diese sieben als Beispiel aufgeführten Möglichkeiten einer Sanierung der Sozialversicherung von der Beitrags- und der Leistungsseite her sind, wie die Hinweise zeigen, bereits zum Teil genutzt worden. Nach meiner Auffassung bleibt aber gar keine andere Wahl, als diese Möglichkeiten voll auszuschöpfen.

Es ist gut, wenn gerade der Arzt, der Angestelltenversicherungsbeiträge zahlt, sich vor diesem Hintergrund seine eigene Situation vergegenwärtigt, er muß sich sagen, daß er stets in der höchsten Beitragsklasse stehen wird.

Doch ist diese Frage nicht nur für den bayerischen Arzt interessant, weil nach der neuen Fassung von Abs. 5, Ziff. 1 des § 368 der Reichsversicherungsordnung jetzt im gesamten Bundesgebiet die kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt wurden, Versorgungseinrichtungen zu schaffen, hier also ebenfalls eine Kollision zweier gesetzlicher Versorgungseinrichtungen des Arztes zutage treten wird.

Im Zusammenhang mit der Sozialreform müssen wir daher fordern:

1. Befreiung des abhängigen Jungarztes von der Angestelltenversicherungspflicht. Er hat während der Wartezeit, d. h. während 60 Beitragsmonaten hinsichtlich Witwen- und Invalidenversorgung, während 180 Beitragsmonaten hinsichtlich Altersruhegeld, ohnehin keinen Anspruch auf Versorgungsleistung. Gerade während seiner Angestelltentätigkeit ist er daher unversorgt und gewinnt erst dann Anrechte, wenn er als freier Arzt andere Versorgungsmöglichkeiten besitzt.

Und sollte das Ziel einer völligen Befreiung von der Angestelltenversicherung nicht zu erreichen sein, dann erwarten wir eine Rückgewähr der zur Angestelltenversicherung gezahlten Beiträge zum Zeitpunkt der Niederlassung als freier Arzt.

Jede Versicherungsgesellschaft zahlt eine Rückgewähr, obwohl dort das volle Risiko von Anfang an getragen wird. Warum sollte ausgerechnet eine öffentliche Einrichtung sich an diesen Mitteln bereichern dürfen, wenn in der Zeit der pflichtmäßigen Zugehörigkeit zur Angestelltenversicherung nicht einmal ein Risiko getragen wird. Es macht dabei wenig aus, daß für Berufskrankheiten und Berufsunfälle eine Wartezeit nicht gilt.

2. Die arbeitsrechtliche Gleichstellung der Bayerischen Ärzteversorgung mit der Sozialversicherung.

Diese Forderung habe ich bereits in meinem früheren Artikel in Heft 1/55 des Bayer. Ärzteblattes zum Ausdruck gebracht. Es ist unumgänglich, den Arbeitgeber zu verpflichten, den Arbeitgeberanteil zur Bayer. Ärzteversorgung in gleicher Weise zur Soz.-Versicherung zu leisten. Zweifelsohne könnte der Jungarzt seine Frau oder seine Familie besser sichern, wenn er den Angestelltenversicherungsbeitrag einschließlich des Arbeitgeberanteils entweder zur freiwilligen Versicherung bei der Bayerischen Ärzteversorgung oder bei einem beliebigen privaten Lebensversicherungsunternehmen benutzt.

Wenn ich nun zum Schluß die Frage in der Überschrift aufgreife, ob die Angestelltenversicherung die geeignete Form der Zukunftssicherung des Arztes und seiner Familie ist, so kann ich nach meinen Ausführungen diese Frage nur mit einem glatten „Nein“ beantworten.

Dem Arzte, der schon viele Jahre Beiträge zur Angestelltenversicherung gezahlt hat und nunmehr fragt, ob er die Beitragszahlung einstellen soll, dem kann man nur

zur sogenannten Halbdeckung raten. (S. Dr. Stumpf in „Angestellter Arzt“ Heft 2/Februar 1955.) Es gilt nämlich, daß die Anwartschaft auch dann aufrecht erhalten ist, wenn bei Eintritt des Versorgungsfalles die Zeit seit Zahlung des ersten Beitrags zur Hälfte mit Beiträgen gedeckt ist, gleichgültig, wann diese gezahlt wurden.

Hat aber ein Arzt erst kürzere Zeit die Beiträge entrichtet, dann wird er sich in vielen Fällen entschließen, diesen Beitrag zukünftig einer versicherungstechnisch einwandfreien Einrichtung zuzuführen. Wozu gibt es schließlich in der arbeitsteiligen Wirtschaft unseres Staates sonst Versicherungsunternehmen?

Mit den oben formulierten Forderungen huldigen wir keinem Standesegoismus. Wir müssen uns darüber klar sein, daß wir damit zu unserem Teil ein Grundproblem des gesamten gesellschaftlichen Lebens anfassen. Wenn bisher auch nur wenige Stimmen in Politik und Wirtschaft die Aufmerksamkeit auf diese entscheidenden Fragen zu lenken suchten, so steht dennoch fest, daß die Ent-

wicklung der Sozialversicherung zu einer allgemeinen Staatsbürgerversorgung unter Einbeziehung von Bevölkerungskreisen, die ihrer Struktur nach nicht hineingehören, den Kreislauf der Wirtschaft tödlich lähmen müßte. Staatsverschuldung mit inflationistischen Erscheinungen würden die unausbleibliche Folge sein.

Man kehre daher zu dem bewährten Grundsatz zurück, dem Staate zu geben, was dem Staate ist, aber dem einzelnen zu lassen, was seine ureigenste Aufgabe sein sollte: Zu arbeiten, zu sparen und in eigener Initiative vorzusorgen, um heute und in der Zukunft besser und sorgenfreier leben zu können. Je mehr uns der Staat an Steuern und Beiträgen für eine allgemeine Versorgung nimmt, um so weniger können wir in der für unseren Beruf erforderlichen Freiheit unsere Persönlichkeitskräfte entfalten und selbst die Verantwortung für unsere Zukunftssicherung in die Hand nehmen.

Anschrift des Verfassers: Marktzeuln/Ofr.

Medizinische Probleme in der Presse

Von J. F. Volrad Deneke

Referat auf dem Weltärztertäg in Wien am 23. 9. 55

Man kann keine deutsche Tages- oder Wochenzeitung aufblättern, ohne über die Wunderwirkung eines neuen Heilmittels, über den Verlauf eines medizinischen Kongresses, über ein unheilbar erkranktes Kind, über die Hygiene des Alltags oder über die Primanerstreiche eines berühmten Chirurgen mehr oder weniger zutreffend unterrichtet zu werden. Krankheit sowie die Mittel und Wege zu ihrer Abwehr, aber auch der Arzt als Helfer und Meister zwischen Leben und Tod nehmen in der deutschen Presse einen breiten, einen sehr breiten Raum ein.

Die deutsche Ärzteschaft beobachtet diese Entwicklung nicht ohne Sorge; denn diese Publizistik bricht vielfach störend in die Intimsphäre zwischen Arzt und Patient ein, sie vermag Psychosen zu entzünden, sie züchtet Hypochonder, sie nährt trügerische Hoffnungen, sie weckt die Begehrlichkeit der Kassenpatienten und sie regt zu allerlei Mitteln und Methoden der Selbstbehandlung an. Aber der Journalismus ist ja nicht nur zur Führung und Bildung öffentlicher und privater Meinungen berufen, er ist auch Sprachrohr und Spiegel der Gedanken und Meinungen, der Furcht und der Hoffnung der Massen. Die vielfältige und breite Erörterung medizinischer Probleme in der Presse ist damit ein Faktum, dessen Problematik nicht einfach durch Unwillenskundgebungen der Ärzteschaft weggewischt werden kann.

Es gilt vielmehr, Ursachen, Erscheinungsformen und Wirkungen dieses Faktums nüchtern zu betrachten, wenn irgend der Arzt eine Chance haben will, nicht nur als Objekt, als immer wieder reizvolle Reportage- und Romanfigur durch den Blätterwald gescheucht zu werden.

Zunächst die Ursachen: Wie sieht der Boden aus, auf dem diese üppige und bunte Publizistik medizinischer Probleme wuchert? Die Fragestellung zielt in jenen Bereich, in dem sich Leserpsychologie und Psychologie des Patienten begegnen. Leserpsychologie, Patientenpsychologie — gewiß ein weites Feld! An dieser Stelle können nur einige Spatenstiche gewagt werden.

Und schon beim ersten Spatenstich stoßen wir auf das seltsame Gemisch von Lebensangst und Lebensliebe, das jedenfalls in Europa die Menschheit unseres chaotischen Jahrhunderts zu beherrschen scheint. Man will leben, auf alle Fälle leben; man will das Leben genießen und von den Tellern der guten Dinge möglichst doppelt soviel herunterraffen, als überhaupt zubereitet ist. An den bitteren Kelchen aber möchte man vorbeigehen, möglichst sogar vorbei sehen. Man will keine Schmerzen ertragen, man will keine Leiden erdulden. Man will dem Tod möglichst niemals ins Auge sehen.

Welch faszinierende Wirkung muß auf Menschen solcher Mentalität die Schlagzelle ausüben: „Heilmittel gegen jedes Leiden!“ Oder die andere: „So wirst du 120 Jahre alt!“ Welch fruchtbarer Boden breitet sich hier für die

ganze Publizistik der Verjüngungskuren und der Allheil-mittel aus! Und wie erfolgreich kann hier nach den harten Talern breiter Abonnentenschichten geschürft werden, da feige Lebensangst und wilde Lebensliebe in eine nahezu grenzenlose Wundergläubigkeit eingebettet sind! Denn auch dies ist ein Lebewesen der populären Publizistik medizinischer Probleme: Die Wundergläubigkeit des modernen Menschen — eine Wundergläubigkeit, die sich im Zeitalter der Naturwissenschaften vor allem der Chemie und Technik zuwendet. Wo auch immer der Schuh drückt



Winterthur-Versicherungen

arbeiten seit Jahrzehnten
im Dienste des Arztes!

Sie empfehlen sich

im Einvernehmen
mit der Bayerischen Landesärztekammer

zum Abschluß von Haftpflicht-, Unfall-, Kinderlähmungs- (Palla-), Hausrat-, Praxis-, Feuer-, Einbruchdiebstahl-, Be-raubungs-, Leitungswasserschäden-, Glasbruch-, Kraftfahrt- und Lebensversicherungen.

Unverbindliche Auskunft in allen Sie interessierenden
Versicherungsfragen erteilen

Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft
in Winterthur

„Winterthur“ Lebensversicherungs-Gesellschaft
in Winterthur

Direktionen für die Bundesrepublik Deutschland
München 23, Leopoldstraße 34/36, Telefon 36 07 21

oder das Herz schneller schlägt als gestern, wo Schmerzen anklopfen oder Funktionsstörungen auftreten, gleich ist man mit dem Satz bei der Hand: „Dagegen muß es doch ein Mittel geben!“

Der Glaube an die Unfehlbarkeit von Technik und Chemie, von Medizin und Pharmazie eilt allen Chancen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis um Generationen voraus. Er verbindet sich mit einer Wandlung des Krankheitsbegriffs: Gesundheitsstörungen werden wie technische Defekte empfunden und begriffen. Der moderne Mensch nimmt Pillen etwa in der Weise, wie er eine gelockerte Schraube nachzieht. Das Gefühl für die schicksalsprägende Kraft von Not und Krankheit geht verloren, und von keinerlei Ehrfurcht mehr gehemmt, aber von prickelnder Neugier getrieben sucht der Mensch in das geheimnisvolle Grenzland zwischen Leben und Tod einzudringen. Seine Gedanken beschäftigen sich um so lebhafter und hemmungsloser mit diesem Land der Schmerzen, der Angst und der Hoffnung, je irreligiöser er dem Diesseits dieses Grenzlandes mit jeder Faser seiner leiblichen und seelischen Existenz verfallen ist. Und wenn der Leser dann die Blätter, die die Welt bedeuten, aus der Hand legt, sagt er sich: „Das Mittel sollte man doch auch einmal probieren!“ Oder: „Dies ist das Mittel, das mir helfen wird!“

Auf diesem Boden der Leser- und Laienpsychologie wachsen die Phänomene der breiten und bunten Publizistik medizinischer Probleme. Man sollte die Journalisten nicht für die Beschaffenheit dieses Bodens verantwortlich machen wollen, denn kein Journalist ist schlechter als seine Leser.

Nach den kurzen Bemerkungen zur „Bodenanalyse“ nun ein Blick auf die publizistischen Gewächse selbst, auf die Erscheinungsformen populärer Darstellung medizinischer Probleme. Ohne den Anspruch der Vollständigkeit oder der klaren Abgrenzbarkeit erheben zu wollen, mag unterschieden werden zwischen

1. Nachrichten und Nachrichtenberichten,
2. Reportagen und Tatsachenberichten und
3. medizinischen Aufklärungsartikeln und redaktionellen Ratschlägen.

Die Nachricht und der Nachrichtenbericht, vor allem der Kongreßbericht, werden vornehmlich in der Tagespresse gepflegt. Abgesehen von einzelnen Boulevardblättern, die ihrer Bedeutung nach aber — im Gegensatz zu den Verhältnissen in anderen Ländern — hinter den Auflagen der abonnierten Tageszeitung zurückbleiben, berichtet die Tagespresse im allgemeinen zuverlässig, sie bemüht sich um zutreffende Nachrichtengebung und Berichterstattung. Das fällt ihr nicht immer ganz leicht, zumal es vor allem der Masse der mittleren und kleinen Blätter an geeigneten, fachlich vorgebildeten, ständigen Mitarbeitern auf medizinischem Gebiet fehlt. Nur die großen Tageszeitungen verfügen über derartige ständige Mitarbeiter bzw. Redaktionsmitglieder, die selbst Mediziner sind oder sich nach dem Studium der Naturwissenschaften in jahrelanger publizistischer Praxis die erforderlichen Kenntnisse z. T. in hervorragendem Maße angeeignet haben.

Selbstverständlich wäre auch auf dem Gebiete der aktuellen Kurznachricht und der Kongreßberichterstattung manches noch zu verbessern. Aber ein großer Teil der ärztlichen Kritik auf diesem Gebiet ist wohl nicht ganz berechtigt. Insbesondere der deutsche Wissenschaftler zeigt nicht immer Verständnis dafür, daß wissenschaftliche Fragen überhaupt populär erörtert werden. Die Allgemeinheit hat nun aber einmal ein starkes Interesse daran. Natürlich entstehen auch beim Umprägen des Goldes der Wissenschaft in die Scheidemünze der Alltagssprache gerade im deutschen Sprachgebiet allerlei Präverluste. Wie kann das anders sein, wo als unwissenschaftlich verdächtigt wird, wer sich auch auf seinem Fachgebiet allgemein verständlich auszudrücken versteht? Im übrigen zeigt sich, daß gerade die Kongreßberichterstattung dort an Zuverlässigkeit gewinnt, wo sich die Kongreßleitung um die Unterrichtung der Journalisten verantwortlich und sachverständig bemüht, statt sich von den Vertretern der Öffentlichkeit nur belästigt zu fühlen.

Das Mißtrauen, mit dem medizinische Forscher und Ärzte vielfach in Deutschland den Journalisten begegnen,

wird verständlich, wenn man die außerordentliche Fülle der Reportagen und der sogenannten Tatsachenberichte über medizinische und ärztliche Fragen durchmustert. Diese Art der Publizistik findet sich massiert in der Wochenpresse und vor allem in den illustrierten Wochenzeitungen. Die Tatsachenberichte sind praktisch erst von hier aus auch in die Tagespresse eingedrungen. Sie spielen in der deutschen Nachkriegspublizistik eine früher nicht gekannte Rolle.

Um so bedauerlicher ist es, daß die Ärzteschaft hier nahezu machtlos zusehen muß, wie vielfach das Vertrauen des Patienten zum Arzt untergraben wird, wie falsche Hoffnungen geweckt werden, wie Psychosen geschürt werden, wie Modekrankheiten und therapeutische Moden „gemacht“ werden, wie Wahrheit und Dichtung vertauscht wird, und wie ehrfurchtslose Neugier alle Geheimnisse von Leben und Tod blitz-belichtet. Die wiederholten Appelle der Ärzteschaft, die Grenzen der Publizistik in medizinischen Fragen verantwortlich zu beobachten, wurden nur von einem Teil dieser illustrierten Presse zur Kenntnis genommen, von einem anderen Teil überhaupt nicht beachtet und von einigen Blättern geradezu als Herausforderung aufgefaßt.

Es wäre jedoch falsch, hier nicht zu differenzieren. In der Tat sind es immer dieselben Blätter, die alle Grenzen einer verantwortlichen Publizistik überrennen.

Gerade in den Reportagen und sogenannten Tatsachenberichten fließen medizinische Fragen und ärztliche Standesfragen vielfach ineinander. So gab es im Laufe des letzten Jahres eine ganze Serie von Veröffentlichungen, die sich mit dem Thema „Arzt — Patient — Krankenkasse“ beschäftigten. Das ging dann unter so zugkräftigen Titeln vor sich wie „Wenn du arm bist, mußt du früher sterben“. Aber auch die ärztliche Schweigepflicht, die ständige Berufsbereitschaft des Arztes und nicht zuletzt seine wirtschaftliche Lage sind immer wieder Zentralthemen von Darstellungen, die einmal zu positiven und ein andermal zu negativen Wertungen einzelner Ärzte, einzelner Arztgruppen oder des ganzen Standes vorstoßen. Die Romanliteratur in diesen Blättern ergänzt zusammen mit der Memoirliteratur das Bild dieser sehr breiten Publizistik, in deren Endeffekt der Arzt in der öffentlichen Meinung zwischen derart kraß kontrastierenden Schlagzeilen steht wie „Helfer der Menschheit“ und „Kann man den Ärzten noch vertrauen?“

Die medizinischen Ratschläge und populärwissenschaftlichen Aufklärungsartikel über richtiges Verhalten in kranken Tagen oder zur vorbeugenden Gesundheitspflege und Hygiene haben ihre Heimat wiederum in einer anderen Kategorie der allgemeinen Presse. Sie finden sich vor allem in den Familienzeitschriften, — in den Publikationsorganen also, die sich auf den Abonnementsabsatz stützen, während die stark illustrierte Wochenpresse ja vor allem über den Straßenverkauf und durch Zeitungskioske abgesetzt wird. Aber auch in der Tagespresse und hier vor allem in der kleineren und mittleren Provinzpresse mit ländlichem und kleinstädtischem Leserkreis findet man die Sparten „Der Hausarzt hat das Wort“, „Kleine Winke für kranke Tage“, „Raten Sie mir, Herr Doktor!“ usw.

Auf diesem ganzen Gebiet der Ratschläge und der hygienischen Aufklärung steht Nützlichkeits vielfach sehr kraß neben dem Schädlichen. Hier ist der Tummelplatz der offenen und versteckten Laienpropaganda. Hier fließen vielfach auch die Grenzen zwischen redaktioneller Verantwortung und Anzeigengeschäft. Eine Familienzeitschrift in der Art der illustrierten Wochenzeitung enthält durchschnittlich 30 bis 40 Anzeigen für irgendwelche Mittel zur Bekämpfung von Krankheiten, zur Vorbeugung, zur Stärkung usw.

Auf den redaktionellen, wie auf den Anzeigenseiten dieser Art Presse wird der Sehnsucht der Menschen nach Jugendkraft und Leibesschönheit ausgiebig Rechnung getragen. Hier wie dort werden allerlei Mittel und Methoden empfohlen, die der Leibesfülle wehren sollen oder auch dürftige Formen aufzurunden versprechen, die den Nervösen beruhigen und den Müden ermuntern, die unfehlbar gesund erhalten und den gläubigen Jünger hundert Jahre alt werden lassen. Die Lektüre dieser Blätter ist lohnend, denn die Ärzte können hier allerlei Mittel

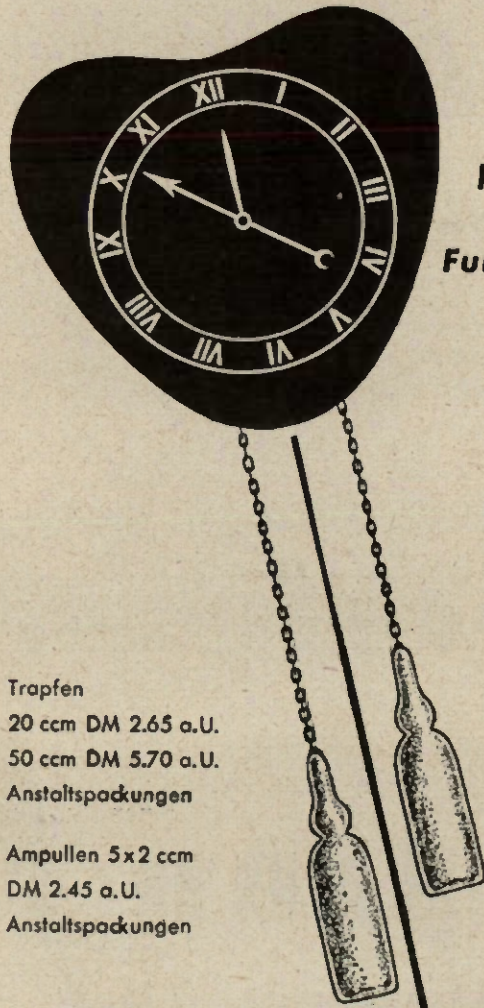
**Bei hypotonen Zuständen,
 Vasolabilität
 und anderen
 kardiovaskulären
 Funktionsstörungen**

Harmonisch abgestimmte Wirkung
 auf Herz und Kreislauf durch:

**Normalisierung
 der peripheren Durchströmung
 Steigerung der Coronardurchblutung
 Ökonomisierung der Herzarbeit
 Regulierung des Blutdrucks**

Trapfen
 20 ccm DM 2.65 a.U.
 50 ccm DM 5.70 a.U.
 Anstaltspackungen

Ampullen 5x2 ccm
 DM 2.45 a.U.
 Anstaltspackungen



CARNIGEN^{WZ}

Roc. p-Oxyphenylmethylaminopropanolhydrochlorid in nucleosidhaltigem Organextrakt mit konstantem Adenosingehalt



FARBWERKE HOECHST AG *vormals Meister, Lucius & Brüning* FRANKFURT (M) - HOECHST

7/6

PLANT I

HOMBURG

Prophylaxe und Therapie des apoplektischen Insults

CORDALIN

Oxyäthyltheaphyllin · Homburg ·

Senkung des Liquordruckes — Oedemausschwemmung

Zur Frühbehandlung

bis zum Abklingen der neurologischen Ausfallserscheinungen 2stündlich 2ccm i. v.,
während der folgenden 3Tage 3mal täglich 2ccm i. v.,
dann 2 Wochen täglich 2ccm i. v.

Weitere Behandlung und zur Prophylaxe 3mal täglich 10 Tropfen

Chemiewerk **HOMBURG** Aktiengesellschaft
Frankfurt/Main



Narcompren

REINES NARKOTIN 0,05

Gegen Hustenreiz

Sichere Hustenstillung
ohne Gefahr der Gewöhnung
oder sonstiger Nebenwirkungen

10 COMPRETTEN DM -.95 o.U.
20 COMPRETTEN DM 1.70 o.U.



kennenlernen, denen eigentlich keine Krankheit zu widerstehen vermag.

So skeptisch der Arzt dieser Art medizinischer Volksaufklärung im Stile der Briefkastenonkel zusehen mag, so wird er doch nicht verkennen können, daß auch diese Presse Wesentliches zur gesundheitlichen Volksbelehrung beiträgt, und daß ohne ihre Hilfe allgemeine Hygiene und gesündere Lebensführung sich kaum in dem Maße durchgesetzt hätten, wie das tatsächlich im Laufe der letzten Jahrzehnte geschehen ist. Die Auswirkungen der breiten Behandlung medizinischer Themen in der allgemeinen Publizistik sind also nicht nur negativ, und man wird sich daran gewöhnen müssen, gerade diese Differenzierung zum Ausgangspunkt jedes Versuches zur aktiven Einschaltung der Ärzteschaft in die allgemeine Publizistik zu machen.

Der deutschen Ärzteschaft stehen hierfür vor allem ihre Pressestellen zur Verfügung: Die zentrale „Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft“ in Bonn und Köln und drei regionale Pressestellen in Hamburg, München und Stuttgart. Wenn es auch die vordringlichste Aufgabe dieser von den Organisationen der Ärzteschaft getragenen Pressestellen ist, die Standes- und Berufspolitik der Ärzte in der Öffentlichkeit zu vertreten und damit in Gesundheits- und Sozialpolitik Sprachrohr der Ärzteschaft in die Öffentlichkeit zu sein, so dienen die Pressestellen doch auch zugleich der allgemeineren Aufgabe, auf die publizistische Erörterung gesundheitlicher und medizinischer Fragen in der Presse und im Rundfunk Einfluß zu nehmen.

In diesem Sinne arbeitet die zentrale Pressestelle in Bonn mit dem „Deutschen Gesundheitsmuseum — Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e. V.“ in Köln zusammen, und ist Mitherausgeber des von diesem Institut gegründeten Artikeldienstes. Hier wird der Versuch unternommen, durch ärztlich und medizinisch einwandfreie und qualifizierte Artikel das vielfältige Angebot verantwortungsloser sogenannter Aufklärungspublizistik zurückzudrängen. Die Mitgliedschaft und Mitarbeit der zentralen Pressestelle im „Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung“, im Ausschuß „Fortbildung der Ärzte und Unterrichtung der Bevölkerung“, in der „Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V.“ und in ähnlichen Gremien liegt auf der gleichen Ebene.

Die regionalen Pressestellen übernehmen vielfach die Pressearbeit anlässlich medizinischer Kongresse und Tagungen, veranstalten hierfür die Pressekonferenzen und beraten die Veranstalter hinsichtlich der zweckmäßigen Maßnahmen auf dem Gebiete der Öffentlichkeitsarbeit. Vor allem in den Großstädten Hamburg und Stuttgart hat sich ferner der Auskunftsdienst dieser Pressestellen für die Redaktionen der allgemeinen Presse sehr bewährt. Den Leitern der Pressestellen stehen hierfür Fachbeiräte zur Verfügung, deren ärztliche Mitglieder sich verpflichtet haben, den Redaktionen auf telefonische Anfragen sachdienliche Auskünfte zu erteilen. Die Redaktionen haben — wie sich zeigt — oft das Bedürfnis, Meldungen und Berichte über medizinische Fragen auf diesem Wege zu

verifizieren oder fachlich beurteilen zu lassen. Freilich mußte dieses Bedürfnis erst in vertrauensvoller Zusammenarbeit geweckt werden.

Die Pressestellen haben bei der Durchführung dieser Aufgaben keinen leichten Stand, denn sie müssen gleichzeitig nach zwei Seiten missionieren: Sie müssen in der Presse das Verständnis für den Standpunkt der Ärzte wecken und das Verantwortungsgefühl der Presse auf medizinischem Gebiete pflegen und fördern; sie müssen zugleich auch in der Ärzteschaft um Verständnis für die Journalisten und für die Aufgaben der Presse werben.

An dieser doppelten Aufgabe werden die Pressestellen der Ärzteschaft ständig arbeiten müssen, da es ständig gewisse Spannungen zwischen Publizistik und Arztum geben wird und geben muß. Das Wesen des ärztlichen Berufes entfaltet sich vor allem und optimal in der Intimsphäre Arzt — Patient; das Feld des Journalismus ist die Öffentlichkeit. Der Schweigepflicht des Arztes steht die Redefreiheit des Journalisten gegenüber. Nur wo beide Seiten Verständnis füreinander und in gegenseitiger Achtung Kenntnis von der Eigentümlichkeit der Arbeit des anderen haben, wird dieses Spannungsverhältnis ein fruchtbares sein, werden Patient und Leser in diesem Spannungsfeld nicht zu Schaden kommen.

Anschrift: Bonn/Rhein, Gustav-v.-Veit-Straße 8.

„Zur Vertreterkalamität“

Erwiderung auf den Artikel „Zur Vertreterkalamität“ von Dr. Otto in Heft 10/1955 des BÄBL.

Vielleicht ist es angebracht, zur Vertreterkalamität auch die Gesichtspunkte eines Ärztevertreters zu hören. Ich stimme dem Verfasser des Artikels „Zur Vertreterkalamität“ vollkommen bei, wenn er feststellt, daß die Tätigkeit eines Krankenhausassistenten stark abweicht von der eines praktischen Arztes. Ebenso bin ich der Meinung, daß zur Kassenzulassung eine längere Tätigkeit als Vertreter unbedingt notwendig ist. Eine Vertretertätigkeit stellt die einzige Möglichkeit zur Vorbereitung auf eine Praxis dar.

Es taucht nun die Frage auf, woran es liegt, daß die Kollegen, die praktische Ärzte werden wollen, diese Möglichkeit umgehen. Sicherlich sind mangelndes Interesse und Freude an dieser Tätigkeit nicht Schuld daran. Soweit ich aus meiner eigenen Vertreterperspektive die Lage beurteilen kann, ist der Grund ein ausschließlich wirtschaftlicher. Die Schwierigkeit, von den Vertretungen seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, besteht in der Aufeinanderfolge der einzelnen Vertretungen. Man muß bedenken, daß ein arbeitsloser Tag einen Verlust von 20 DM bedingt. Beim Zusammentreffen mehrerer Tage ist der Verdienstaufschlag schon ein beachtlicher. Hinzu kommen noch die Zeiten, in denen Vertreter wenig gefragt sind: Herbst, Kassenaufrechnungszeit usw. Über diese Zeiten kann nur ein erkrankter Kollege hinweghelfen. Das Durchschnittseinkommen ist deshalb sehr gering, viel zu niedrig im Vergleich zur Leistung.

Die vorgesehene neue Bundeszulassungsordnung wird den jetzigen Vertretern das wirtschaftliche Grab schau-

Antiphlogisticum und Thermo-Therapeuticum

ENELBIN

mit **hervorragender
Tiefenwirkung**



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

fein, sofern sie nicht in der Zwischenzeit schon ihre Zulassung erhalten haben.

Einen Ausweg aus dieser Lage brächte die Organisation einer „Vertretergemeinschaft“, deren Finanzierung teils von den praktischen Ärzten und teils von der KVB getragen werden müßte.

Ein neues bayerisches Landesstrafrecht

Der Entwurf eines „Gesetzes über das Landesstrafrecht und das Verordnungsrecht auf dem Gebiete der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ (Landesstraf- und Verordnungsrechtsgesetz — LStVG) wurde seitens der Bayer. Staatsregierung dem Bayer. Landtag vorgelegt, nachdem der Bayer. Senat ein Gutachten dazu erstattet hatte. Der Landtagsausschuß für Verfassungs- und Rechtsfragen hat am 20. Oktober 1955 mit der Beratung des Entwurfes begonnen. Die allgemeine Aussprache wurde von Justizminister Dr. Fritz Koch begonnen, der darauf hinwies, daß eines der ältesten bayerischen Gesetze, das im Jahre 1871 in Kraft getretene Polizeistrafgesetzbuch, durch das neue Gesetz ersetzt werden soll, da sich die Verhältnisse außerordentlich geändert haben und Rechtsgepflogenheiten und auch Grundsätze von wichtiger Bedeutung neu entstanden seien. Dadurch sei eine Neufassung notwendig geworden.

In der Begründung, die dem Entwurf angefügt ist, wird u. a. darauf hingewiesen, daß heute — im Einklang mit dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens — unter „Polizei“ nur die Polizeiverbände, ihre Einrichtungen und ihre Tätigkeit verstanden werden, während früher auch die sicherheitsrechtliche Tätigkeit der Behörden der allgemeinen inneren Verwaltung zur „Polizei“ gerechnet wurden. Verschiedene Bestimmungen des Polizeistrafgesetzes vom Jahre 1871 sind auch durch die Änderung der tatsächlichen, insbesondere der wirtschaftlichen und soziologischen Verhältnisse überholt, trotzdem aber noch formell in Kraft.

Es erübrigt sich wohl, in diesem Rahmen auf die Rechtsgrundlagen des neuen Gesetzes und die dabei berücksichtigten Punkte der Gesetzestechnik einzugehen. Das Gesetz gliedert sich u. a. in folgende Abschnitte: Allgemeine Vorschriften über Straftaten und Ordnungswidrigkeiten (Begriffsbestimmungen, Straftaten, Ordnungswidrigkeiten, Zuwiderhandlungen für den Einzelfall, Geldbußen), einzelne Straftaten und Ordnungswidrigkeiten (darunter Schutz der Gesundheit und Reinlichkeit, Leichen- und Bestattungswesen, Sonstige Vorschriften zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung), Vorschriften zum Vollzug des Strafgesetzbuches (darunter: Gifte, Giftwaren, Arzneien). Der Schluß betrifft Verfahrensfragen.

In diesem neuen Gesetz ist auch eine Reihe von Bestimmungen enthalten, die für den Arzt von Interesse sind. Sie seien nachstehend mit der amtlichen (hier allerdings gekürzten) Begründung angeführt.

Der 2. Abschnitt mit dem Titel: „Schutz der Gesundheit und Reinlichkeit“ umfaßt die Art. 12 bis 16.

Art. 12 Übertragbare Krankheiten

(1) Zum Schutz gegen den Eintritt oder die Verbreitung solcher übertragbarer Krankheiten, für die nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen, können

1. die kreisfreien Gemeinden, die Landkreise, die Bezirke und das Staatsministerium des Innern durch Verordnung Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln treffen;
2. das Staatsministerium des Innern durch Verordnung oder Anordnung für den Einzelfall Einfuhrverbote erlassen.

(2) Abs. 1 Ziff. 1 gilt entsprechend für den Erlaß von Anordnungen für den Einzelfall durch die kreisfreien Gemeinden, die Landratsämter, die Regierungen und das Staatsministerium des Innern.

(3) Auf Grund der Abs. 1 und 2 dürfen nur Maßnahmen getroffen werden, die im Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vorgesehen sind.

Alle Überlegungen führen schließlich und endlich zur Einführung eines Numerus clausus, womit die Schwierigkeiten noch leichter behoben werden könnten. Aber leider sieht man durch die Brille eines Universitätsprofessors anders als durch die eines gewöhnlichen sterblichen Arztes.

Dr. Heinrich Belz, Kallmünz über Regensburg

(4) Wer einer auf Grund des Abs. 1 oder 2 erlassenen Verordnung oder Anordnung zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bestraft, soweit die Tat nicht nach anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.

(5) Neben der Strafe kann auf Einziehung der durch die Zuwiderhandlung gewonnenen oder erlangten oder der zu ihrer Begehung gebrauchten oder dazu bestimmten Gegenstände erkannt werden. Es können auch Gegenstände eingezogen werden, auf die sich die Zuwiderhandlung bezieht.

Aus der Begründung: Die Bestimmung lehnt sich an den bisherigen Art. 67 Abs. 2 Polizeistrafgesetzbuch (PStGB) an. Für eine solche Vorschrift besteht ein Bedürfnis, damit Krankheiten, die von den einschlägigen Bundesgesetzen nicht erfaßt werden, insbesondere neu auftretende Krankheiten wirksam bekämpft werden können.

Die bundesrechtlichen Vorschriften des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 306) und der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1721) i. d. F. vom 21. August 1948 (GVBl. S. 165) gelten nur für die in ihnen besonders genannten Krankheiten. Daneben gibt es aber noch eine Reihe weiterer übertragbarer Krankheiten wie die Mykosen, Windpocken, Leptospiiren u. a. Zum Schutz vor solchen bundesrechtlich nicht erfaßten übertragbaren Krankheiten sieht § 48 des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten landesrechtliche Vorschriften über Schutzmaßnahmen ausdrücklich vor.

Bezüglich der zulässigen Maßnahmen ist die Bestimmung dem § 327 StGB*) angelehnt. Dabei dürfen nur solche Maßnahmen getroffen werden, die das Gesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vorsieht.

Von § 327 StGB unterscheidet sich Art. 12 dadurch, daß er nicht auf unmittelbar drohende Krankheiten beschränkt ist, sondern auch vorbeugende Maßnahmen zum Schutz gegen erst entfernt mögliche Krankheiten zuläßt. Außerdem sind entgegen § 327 StGB auch fahrlässige Zuwiderhandlungen strafbar.

Der besonders schwerwiegende Erlaß eines Einfuhrverbots ist dem Staatsministerium des Innern vorbehalten; die übrigen Maßnahmen sind auch auf der Ebene der kreisfreien Gemeinden, der Landkreise und der Bezirke vorgesehen.

Da die auf Grund dieses Artikels erlassenen Verordnungen und Anordnungen sowohl dem Schutz von Leben und Gesundheit des einzelnen als auch den Interessen der Allgemeinheit dienen, wird Kriminalstrafe angedroht. Vorschriften im Sinn des Abs. 4, die eine schwerere Strafe vorsehen, sind insbesondere in § 327 StGB enthalten.

Entsprechend der Regelung in Art. 67 Abs. 3 PStGB sollen nach Abs. 5 die Gegenstände eingezogen werden können, auf die sich die Zuwiderhandlung bezieht, z. B. die unter Verletzung eines Einfuhrverbots eingeführten Gegenstände, die geeignet sind, die Krankheit weiter zu übertragen. Darüber hinaus ist in Übereinstimmung mit § 18 Abs. 1 und 2 OWiG auch die Einziehung der durch die Zuwiderhandlung gewonnenen oder erlangten sowie der zu ihrer Begehung gebrauchten oder bestimmten Gegenstände vorgesehen. Abweichend von Art. 67 Abs. 3 PStGB ist jedoch die Einziehung nicht mehr zwingend vorgeschrieben.

(Anm. § 327 Strafgesetzbuch lautet:

1. Wer die Absperrungs- oder Aufsichtsmaßregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wesentlich verletzt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

2. Ist infolge dieser Verletzung ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden, so tritt Gefängnisstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren ein.)

Art. 13 Öffentliche Reinlichkeit und Ruhe

(1) Zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Reinlichkeit, Gesundheit oder Ruhe können die Gemeinden Verordnungen erlassen über

1. Die Reinhaltung und Reinigung der öffentlichen Wege, Straßen, Plätze und Anlagen;
2. Die Reinhaltung der Einrichtungen, die der Wasserversorgung oder der Abwässerbeseitigung dienen, sowie des für die Wasserversorgung bestimmten Wassers;
3. die Abfuhr, das Abladen und die Lagerung von Unrat, Bauschutt, Schrott, Schnee oder Eis;
4. das Halten von Haustieren in Ställen;
5. die zeitliche Beschränkung ruhestörender Hausarbeiten.

(2) Verordnungen im Sinn des Abs. 1 Ziff. 2 können auch die Bezirke erlassen.

(3) Wer einer auf Grund des Abs. 1 oder 2 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen bestraft.

Aus der Begründung:

Für die Vorschrift besteht ein dringendes Bedürfnis. Da die Erfordernisse der öffentlichen Reinlichkeit, Gesundheit und Ruhe örtlich verschieden sind, wird der Erlaß der Vorschriften grundsätzlich den Gemeinden übertragen.

Gegenüber dem bisherigen Art. 94 wird die Vorschrift wegen der verfassungsrechtlichen Notwendigkeit, Inhalt, Zweck und Anmaß der Ermächtigung zu bestimmen, näher umrissen; die typischen Anwendungsfälle werden im einzelnen geregelt.

Die in Abs. 1 Ziff. 1 festgelegte Pflicht zur Reinhaltung wird in der Regel den Benutzer der dort genannten Grundstücke und Anlagen, die Pflicht zur Reinigung den Eigentümer oder den Unterhaltspflichtigen treffen. Ziff. 2 bezieht sich auf den bisher unzureichend geregelten Schutz der Anlagen zur Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung und schließt damit eine wesentliche Lücke des geltenden Rechts. Ziff. 4 ermöglicht vor allem für die größeren Städte den Erlaß von Vorschriften, die dort unentbehrlich und immer schon üblich sind. Ziff. 5 bezieht sich insbesondere auf das Ausstauben und Ausklopfen von Polstermöbeln, Teppichen und ähnlichen Gebrauchsgegenständen und läßt im Interesse der Lärmbekämpfung in Übereinstimmung mit dem geltenden Recht zeitliche Beschränkungen dieser ruhestörenden Arbeiten zu.

Abs. 2 ermächtigt auch die Bezirke, Verordnungen zum Schutz der in Abs. 1 Ziff. 2 genannten Anlagen zu erlassen, da hierfür wegen der häufig weiten Entfernung dieser Anlagen vom Versorgungsgebiet eine zwingende Notwendigkeit besteht.

Art. 14 Lebensmittel, Reinlichkeit in Lebensmittelbetrieben

(1) Zur Verhütung von Gefahren für die Gesundheit können, soweit nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen,

1. die Bezirke und das Staatsministerium des Innern Verordnungen über die Beschaffenheit, Aufbewahrung, Verpackung sowie das Ausstellen, Ausmessen und Auswiegen von Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen erlassen;
2. die Gemeinden, die Landkreise und die Bezirke Verordnungen über die Reinlichkeit in Betrieben erlassen, in denen Lebensmittel hergestellt, verarbeitet oder abgegeben werden.

(2) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, kann mit Geldbuße bis zu ein-tausend Deutsche Mark belegt werden.

(3) Neben der Geldbuße kann auf Einziehung der durch die Zuwiderhandlung gewonnenen oder erlangten oder der zu ihrer Begehung gebrauchten oder dazu bestimmten Gegenstände erkannt werden. Es können auch Gegenstände eingezogen werden, auf die sich die Zuwiderhandlung bezieht.

Aus der Begründung:

Die Ermächtigungsnormen des Abs. 1 kommen nur in Betracht, soweit nicht bundesrechtliche Vorschriften, insbesondere im Lebensmittelgesetz, bestehen. Dies ergibt sich bereits aus Art. 31 GG, soll an dieser Stelle jedoch zur Klarstellung noch ausdrücklich ausgesprochen werden. Der Begriff der Lebensmittel im Sinn dieser Vorschrift ist derselbe wie im Lebensmittelgesetz. Die Zuwiderhandlungen gegen die nach Abs. 1 erlassenen Vorschriften stellen bloßes Verwaltungsrecht dar. Andererseits müssen bei der Art der in Betracht kommenden Verstöße fühlbare Geldbußen möglich sein. Es werden daher solche bis zu 1000 DM angedroht. Ebenso wie bei Verstößen gegen das Lebensmittelgesetz (§ 13) muß bei Zuwiderhandlungen gegen die dieses Gesetz ergänzenden Bestimmungen die Einziehung der Gegenstände möglich sein, auf die sich die Zuwiderhandlung bezieht.

Art. 15 Schädliche Tiere und Pflanzen

(1) Zur Verhütung von Gefahren für Gesundheit oder Eigentum können, soweit nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen, die Gemeinden und die Landkreise Verordnungen über die Bekämpfung bestimmter Arten von schädlichen Tieren oder Pflanzen erlassen. In diesen Verordnungen kann den Eigentümern von Grundstücken und den Nutzungsberechtigten insbesondere vorgeschrieben werden, das Auftreten der schädlichen Tiere oder Pflanzen anzuzeigen, sie auf eigene Kosten zu bekämpfen oder bei der amtlich angeordneten Bekämpfung mitzuwirken. Dies gilt auch für Personen, denen die Unterhaltung von Dämmen, Ufern oder Wegen obliegt.

(2) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen bestraft.

Aus der Begründung:

Verordnungen, die auf Grund dieser Bestimmung ergehen, können sich stets nur auf bestimmte Arten schädlicher Tiere oder Pflanzen beziehen; als solche kommen in erster Linie Ratten, aber auch Miesingkäfer u. a. in Betracht. Da das Auftreten solcher Schädlinge örtlich verschieden sein kann und deren Bekämpfung nicht nur eine Tätigkeit des einzelnen, sondern ein Zusammenwirken sämtlicher Grundstückseigentümer erfordert, sollen zum Erlaß entsprechender Vorschriften die Gemeinden und die Landkreise ermächtigt werden. Durch derartige Verordnungen kann vor allem die Verpflichtung begründet werden, das Auftreten der betreffenden Schädlinge anzuzeigen, sie auf eigene Kosten zu bekämpfen oder mitzuwirken, wenn Maßnahmen amtlich angeordnet werden. Die Vorschriften nach Art. 15 richten sich an die Eigentümer von bebauten oder unbebauten Grundstücken oder die Nutzungsberechtigten, ferner an die Personen, denen die Unterhaltung von Dämmen, Ufern und Wegen obliegt.

Der 3. Abschnitt mit dem Titel „Leichen- und Bestattungswesen“ enthält die Art. 17 bis 19.

Art. 17 Vorzeitige Leichenöffnung

Wer eine Leichenöffnung vornimmt, ehe die vorgeschriebene Leichenschau stattgefunden hat, kann mit Geldbuße bis zu fünfhundert Deutsche Mark belegt werden.

Aus der Begründung:

Die Vorschrift betrifft die vorzeitige — nicht die unbefugte — Leichenöffnung. Art. 17 bezieht sich auf die sog. klinischen Leichenöffnungen in Krankenanstalten und die Leichenöffnungen, die Versicherungsgesellschaften häufig vor Anerkennung eines Anspruchs aus dem Versicherungsvertrag fordern. Art. 17 gilt nicht für Leichenöffnungen, die nach §§ 67 ff. StPO vom Richter oder nach § 7 des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten oder § 6 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten von den Gemeinden auf Antrag des Gesundheitsamtes bei Verdacht auf gemeingefährliche Krankheiten angeordnet werden, da insoweit bundesrechtliche Regelungen vorliegen. Art. 17 sieht im Gegensatz zu Art. 60 Abs. 1 PSStGB Geldbuße bis zu 500 DM vor. Der Tatbestand enthält Verwaltungsunrecht, nicht kriminelles Unrecht. Entsprechend der Bedeutung der Vorschrift erscheint eine Geldbuße bis zu 500 DM angebracht.

Art. 18 Anzeige verdächtiger Todesfälle

Mit Geldbuße bis zu fünfhundert Deutsche Mark kann belegt werden,

1. wer als Leichenschauer von Umständen Kenntnis erlangt, die den Verdacht eines nicht natürlichen Todes begründen, und es unterläßt, dies unverzüglich einer Polizeidienststelle, der Staatsanwaltschaft oder dem Amtsgericht anzuzeigen;
2. wer beim Öffnen einer Leiche Spuren oder Merkmale eines an dem Verstorbenen verübten Verbrechens wahrnimmt und es unterläßt, unverzüglich mit dem



CEFAK
Kempten/Allg.

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

Öffnen der Leiche einzuhalten und seine Wahrnehmungen einer Polizeidienststelle, der Staatsanwaltschaft oder dem Amtsgericht anzuzeigen.

Aus der Begründung:

Es wird entsprechend den §§ 158 und 159 StPO vorgesehen, daß die Anzeige bei einer Polizeidienststelle, der Staatsanwaltschaft oder dem Amtsgericht zu erstatten ist. Ferner wird die Anzeigepflicht nach Ziff. 1 entgegen dem geltenden Recht auf Leichenschauer beschränkt, da eine solche Pflicht nur bei diesem Personenkreis, nicht aber auch bei Personen, die das Reinigen und Ankleiden von Leichen gewerhmäßig betreiben, angezeigt erscheint.

Die Geldbußdrohung nach Ziff. 2 richtet sich gegen alle Personen, die Leichenöffnungen vornehmen.

Aus den gleichen Gründen wie bei Art. 17 ist auch hier eine Geldbuße bis zu 500 DM vorgesehen.

Art. 19 Bestattungs- und Gräberordnungen

(1) Zum Schutze der öffentlichen Gesundheit oder zur Wahrung der Ordnung und Würde auf den Friedhöfen können die Gemeinden Verordnungen über die Behandlung der Leichen, insbesondere das Reinigen und Bekleiden, ihre Verbringung in Leichenhäuser und ihre Aufbahrung sowie über Anlage, Tiefe, Instandhaltung und Öffnen der Gräber erlassen.

(2) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, kann mit Geldbuße bis zu fünfhundert Deutsche Mark belegt werden.

Aus der Begründung:

Die Bestimmung gibt den Gemeinden die Befugnis, Bestattungs- und Gräberordnungen zu erlassen. In den Bestattungsordnungen können Vorschriften über das Reinigen und Bekleiden der Leichen, das Einlegen in den Sarg, das Verbringen der Leichen in Leichenhäuser und ihre Aufbahrung, die Öffnung des Sarges, die Ausstellung der Leichen im Leichenhaus, das Betreten des Leichenhauses und den Zutritt der Angehörigen zum Sarg getroffen werden. Gräberordnungen können Bestimmungen über die Anlage, Tiefe, Instandhaltung und das Öffnen der Gräber enthalten. Diese Regelungen müssen sich weitgehend nach den örtlichen Verhältnissen richten; insbesondere gilt dies für die Anlage und Tiefe der Gräber. Die Vorschrift ermächtigt daher die Gemeinden zum Erlaß solcher Vorschriften.

Aus dem 6. Abschnitt „Sonstige Vorschriften zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ dürften die Ärzte folgende Bestimmungen interessieren:

Art. 25 Falscher Notruf

Wer vorsätzlich ohne berechtigten Grund um Hilfe ruft oder ein Notzeichen gibt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bestraft.

Aus der Begründung:

Die Bestimmung geht auf Art. 30 PSiGB zurück. Sie ist jedoch wesentlich enger gefaßt, weil die meisten Begehungsformen des Art. 30 PSiGB bereits unter andere Strafvorschriften fallen, insbesondere unter § 360 Abs. 1 Ziff. 11 StGB, der die Ruhestörung und den groben Unfug unter Strafe stellt. Liegen die Voraussetzungen dieser Strafvorschriften nicht vor, so besteht ein kriminalpolitisches Bedürfnis für eine selbständige Strafform nur für den Fall, daß jemand vorsätzlich ohne berechtigten Grund um Hilfe ruft oder ein Notzeichen gibt (Beispiele: Jemand alarmiert aus Mutwillen die Bergwacht oder täuscht Ertrinken vor und ruft um Hilfe). Da diese Handlungen — wie die Beispiele zeigen — auch fernab von bewohnten Gegenden begangen werden können und daher nicht immer zu einer Beeinträchtigung einer unbestimmten Mehrheit von Personen zu führen brauchen, wird der falsche Notruf unter Strafe gestellt, auch wenn im Einzelfall diese Folge nicht eintritt. Wie bisher wird zwischen unberechtigtem Hilferuf und unberechtigtem Notzeichen unterschieden. Die Art der Straftat verlangt vorsätzliches Handeln. Dies wird gemäß Art. 2 Abs. 2 des Entwurfs ausdrücklich bestimmt. Entsprechend der Strafandrohung des § 360 Abs. 1 Ziff. 11 StGB sieht der Entwurf wegen des engen Zusammenhangs beider Vorschriften eine Geldstrafe bis zu 150 DM oder eine Haftstrafe bis zu 6 Wochen vor.

(Anm.: Strafgesetzbuch § 360, Abs. 1 Ziff. 11 lautet:

1. Mit Geldstrafe bis zu 150 DM oder mit Haft wird bestraft:

11. Wer ungebührlicherweise ruhestörenden Lärm erregt oder wer groben Unfug verübt.)

Art. 29 Menschenansammlungen

(1) Zur Verhütung von Gefahren für Leben, Gesundheit, Sittlichkeit, ungestörte Religionsausübung, Eigentum oder Besitz können die Gemeinden für Ansammlungen einer größeren Anzahl von Menschen, insbesondere bei religiösen Feierlichkeiten, Volksfesten und Sportveranstaltungen, Verordnungen und Anordnungen für den Einzelfall erlassen. Die Vorschriften des Versammlungsgesetzes bleiben unberührt.

(2) Für Ansammlungen, die über das Gebiet einer kreisangehörigen Gemeinde hinausgehen, kann der Landkreis Verordnungen, das Landratsamt Anordnungen für den Einzelfall im Sinn des Abs. 1 erlassen. Für Ansammlun-

gen, die über das Gebiet einer kreisfreien Gemeinde oder eines Landkreises hinausgehen, kann der Bezirk Verordnungen, die Regierung Anordnungen für den Einzelfall im Sinn des Abs. 1 erlassen.

(3) Wer einer auf Grund des Abs. 1 oder 2 erlassenen Verordnung oder Anordnung zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bestraft.

Aus der Begründung:

Die Vorschrift betrifft Ansammlungen, die nicht unter das Versammlungsgesetz fallen, wie Gottesdienste, Volksfeste und Sportveranstaltungen, sowie zufällige Ansammlungen größeren Umfangs. In soweit besteht für ihre Beibehaltung ein Bedürfnis. Da die Verordnungen und Anordnungen für den Einzelfall auf die örtlichen Verhältnisse abgestellt werden müssen, sollen die Gemeinden zu ihrem Erlaß ermächtigt werden. Nur wenn Ansammlungen über das Gebiet einer Gemeinde oder eines Landkreises hinausgehen, können auch Verordnungen und Anordnungen in der nächsthöheren Ebene erlassen werden (Abs. 2). Für Zuwiderhandlungen ist Kriminalstrafe vorgesehen, da auch Verstöße gegen die Straßenverkehrsordnung so geahndet werden.

Art. 30 Skiabfahrten

(1) Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft wird bestraft,

1. wer als Skifahrer auf einer Hauptabfahrtsstrecke die gebotene Sorgfalt in rücksichtsloser Weise außer acht läßt;
2. wer eine Hauptabfahrtsstrecke außer in einem Notfall ohne Ski benutzt;
3. wer ein Tier auf eine Hauptabfahrtsstrecke mitnimmt oder dort frei umherlaufen läßt.

(2) Hauptabfahrtsstrecken sind Fahrbahnen, die zum Skifahren für die Allgemeinheit zur Verfügung gestellt, als Hauptabfahrtsstrecken gekennzeichnet und von der kreisfreien Gemeinde oder dem Landratsamt öffentlich bekanntgemacht sind. Diese sollen nur solche Strecken zu Hauptabfahrtsstrecken erklären, die regelmäßig von einer größeren Anzahl von Skifahrern befahren werden.

Aus der Begründung:

Die Vorschrift wird zur Verhütung von Skiunfällen neu in den Entwurf aufgenommen. Die starke Zunahme des Skisports in den letzten Jahren hat vielfach Mißstände ergeben, gegen die in einem gewissen Umfang auch die Möglichkeit strafrechtlichen Einschreitens gegeben sein muß. Ein solches Bedürfnis besteht jedoch nur für das Skifahren auf Hauptabfahrtsstrecken. Nur dort halten sich im allgemeinen so viele Skifahrer auf, daß eine Regelung des Verkehrs erforderlich ist. Hauptabfahrtsstrecken müssen zum Skifahren für die Allgemeinheit zur Verfügung gestellt, besonders gekennzeichnet und von der kreisfreien Gemeinde oder dem Landratsamt öffentlich bekanntgemacht sein (Abs. 2).

Die Vorschrift bedroht die Handlungen mit Strafe, die erfahrungsgemäß die meisten Skiunfälle herbeiführen. Demnach soll bestraft werden, wer als Skifahrer auf einer Hauptabfahrtsstrecke die gebotene Sorgfalt in rücksichtsloser Weise außer acht läßt (z. B. durch zu schnelles Fahren, aber andererseits auch durch unnötiges Verweilen auf der Fahrbahn), oder wer eine Hauptabfahrtsstrecke außer in einem Notfall ohne Ski benutzt oder wer auf die Fahrbahn ein Tier mitnimmt oder dort frei umherlaufen läßt.

Da die Vorschrift die Gefährdung und Verletzung anderer verhindern will, also nicht bloßes Verwaltungsunrecht darstellt, wird Kriminalstrafe vorgesehen.

Art. 31 Zelten, Aufstellen von Wohnwagen

(1) Zur Sicherung der Erholung in der freien Natur, zum Schutz der Unversehrtheit der Landschaft, zur Verhütung von Gefahren für Leben, Gesundheit, Sittlichkeit, Eigentum oder Besitz sowie zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe können die Gemeinden und das Staatsministerium des Innern durch Verordnung das Verhalten beim Zelten sowie die Einrichtung, den Betrieb und die Benutzung von Zeltlagerplätzen regeln. Die Gemeinden können in der Verordnung die Errichtung von Zeltlagerplätzen auf bestimmte Grundstücke beschränken.

(2) Abs. 1 gilt entsprechend für den Erlaß von Verordnungen über das Aufstellen von Wohnwagen. Die Vorschriften der Landfahrerordnung bleiben unberührt.

(3) Wer einer auf Grund des Abs. 1 oder 2 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, kann mit Geldbuße bis zu fünfhundert Deutsche Mark belegt werden.

Aus der Begründung:

Die starke Zunahme des Zeltens durch Angehörige aller Bevölkerungsschichten und Altersklassen macht es im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie der Zeltenden selbst erforderlich, das Zelten in geordnete Bahnen zu lenken. Deshalb müssen unter

Hostacyclin ^{WZ}

Tetracyclin »HOECHST«

Breitspektrumantibioticum mit hervorragender Verträglichkeit

Große Stabilität · Hohe Konzentrationen in Blut und Liquor

Handelsformen:

Kapseln mit je 250 mg

Packung mit 8 Stück DM 17,50 a.U.
 Packung mit 16 Stück DM 30,70 a.U.
 Anstaltsp. mit 100 und 500 Kapseln

Kapseln mit je 50 mg

Packung mit 25 Stück DM 12,65 a.U.
 Anstaltspackung mit 100 Kapseln

Dragées zu 250 mg

Packung mit 8 Stück DM 17,50 a.U.
 Packung mit 16 Stück DM 30,70 a.U.
 Anstaltspackung mit 100 Stück

Saft

40 ccm (1 ccm entspr. 50 mg) DM 18,35 a.U.

Tropfen

10 ccm (1 ccm entspr. 100 mg) DM 10,05 a.U.

Zur intramuskulären Injektion Flasche mit 100 mg (mit Lösungsmittelpulle) DM 5,80 a.U.
 Anstaltspackungen mit 25 und 100 Flaschen (mit Lösungsmittelpullen)

Zur intravenösen Injektion Flasche mit 250 mg DM 11,10 a.U., Flasche mit 500 mg DM 18,15 a.U.
 Anstaltspackung mit 25 Flaschen zu 500 mg



FARBWERKE HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning Frankfurt (M) - Höchst

Ph 486 a

SEDOVEGAN

bei
Hyperthyreosen

vegetativen
Dystonien

- ① zentral : beruhigend
- ② peripher : dämpfend

In Klinik und Praxis hervorragend bewährt



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

Bei
grippalen
Infekten
akuter
und
chronischer
Bronchitis

*Felsol-
ehinin*



R o l a n d G . m . b . H . C h e m i s c h e F a b r i k , E s s e n

EUSEDON

NEUROSEDATIVUM

ANALGIT

EXTERNES ANALGETICUM

Uro-Med

schmerzstillendes
Harnantisepticum

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

85 JAHRE

HELFENBERGER
HEILMITTEL

*Capsifer-
Helfenberg*

Das Rheuma-Spezificum
mit eindrucksvoller Tiefenwirkung
(Segment-Therapie)

Jetzt verstärkt durch
Nicotinsäurebenzylester

Arztproben und Lit. auf Wunsch

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

bestimmten Voraussetzungen Vorschriften auch dort möglich sein, wo auf Privatgrund gezielte wird.

Die vorliegende Bestimmung gestattet den Gemeinden und dem Staatsministerium des Innern, durch Verordnung Vorschriften über das Verhalten beim Zelten zu erlassen, soweit dies aus den in Abs. 1 genannten Gründen erforderlich ist. Darüber hinaus können die Einrichtung, der Betrieb und die Benutzung der Zeltlagerplätze geregelt werden, da diese wegen der mit ihnen verbundenen Menschenansammlung besonders häufig Anlaß zu Störungen sein können. Schließlich kann durch Verordnung der Gemeinden die Errichtung von Zeltlagerplätzen auf bestimmte Grundstücke beschränkt werden; dadurch können vor allem die Interessen der Kirchen, Schulen, Krankenhäuser und des Fremdenverkehrs berücksichtigt werden.

Die Entwicklung der letzten Jahre machte es erforderlich, auch für das Aufstellen von Wohnwagen Vorschriften zu erlassen. Nach Abs. 2 sollen die Bestimmungen über das Zelten entsprechend gelten.

Art. 32 Baden, Betreten von Eisflächen

(1) Zur Verhütung von Gefahren für Leben oder Gesundheit können die Gemeinden durch Verordnung das Baden an bestimmten Orten sowie das Betreten von Eisflächen verbieten. Die Vorschriften des Wassergesetzes bleiben unberührt.

(2) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, kann mit Geldbuße bis zu einhundert Deutsche Mark belegt werden.

Aus der Begründung:

Für eine solche Vorschrift besteht nach wie vor ein Bedürfnis, da das Wassergesetz lediglich in begrenztem Umfang eine Beschränkung des Gemeingebrauchs an bestimmten Arten von Gewässern zuläßt, jedoch keine Grundlage dafür bietet, das Baden an bestimmten Orten oder das Betreten von Eisflächen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zu verbieten.

Als Bewehrung ist Geldbuße vorgesehen, da den Zuwiderhandlungen gegen Verordnungen der genannten Art kein krimineller Charakter innewohnt.

Art. 35 Störende Anlagen

(1) Die kreisfreien Gemeinden und die Landkreise können durch Verordnung die Errichtung von Anlagen, die durch Lärm, Erschütterung, Gase, Dämpfe, Gerüche, Rauch, Ruß oder Wärme erhebliche Gefahren oder Nachteile für Leben, Gesundheit, Eigentum oder Besitz herbeiführen können, in bestimmten Gemeindeteilen verbieten oder davon abhängig machen, daß Störungen durch geeignete Vorkehrungen verhütet werden. Die Vorschriften über den Arbeitsschutz bleiben unberührt.

(2) Die kreisfreien Gemeinden und die Landratsämter können durch Anordnung für den Einzelfall vorschreiben, daß bei Anlagen, die durch Lärm, Erschütterung, Gase, Dämpfe, Gerüche, Rauch, Ruß oder Wärme erhebliche Gefahren oder Nachteile für Leben, Gesundheit, Eigentum oder Besitz herbeiführen, die von ihnen ausgehenden Störungen vermindert oder beseitigt werden müssen. Die Regierungen können durch Anordnung für den Einzelfall den Betrieb solcher Anlagen an bestimmten Tagen oder zu bestimmten Stunden verbieten. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Anlagen, die nach den Vorschriften der Gewerbeordnung der Genehmigung bedürfen.

(3) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung oder einer auf Grund des Abs. 2 erlassenen Anordnung zuwiderhandelt, kann mit Geldbuße bis zu eintausend Deutsche Mark belegt werden.

Aus der Begründung:

Die Bestimmung entspricht einem Anliegen, das in den letzten Jahren mit der Steigerung der technischen Entwicklung immer dringender geworden ist: der Schutz der Bevölkerung vor unerträglichen Belästigungen durch Lärm, Erschütterung, Gase, Dämpfe, Gerüche, Rauch, Ruß oder Wärme. Diese Belästigungen haben ein derartiges Ausmaß angenommen, daß es nicht mehr angeht, ihre Abwehr allein dem einzelnen zu überlassen und ihn auf den Privatrechtsweg zu verweisen.

Abs. 1 beruht auf einem bundesrechtlichen Vorbehalt in § 23 Abs. 3 der Gewerbeordnung. Diese Bestimmung gestattet landesrechtliche Vorschriften, wonach gewisse Anlagen oder gewisse Arten von Anlagen in einzelnen Ortsteilen nicht oder nur unter gewissen Beschränkungen zugelassen sind; derartige Vorschriften gelten dann auch für die genehmigungspflichtigen sog. lästigen Anlagen im Sinn des § 16 der Gewerbeordnung. Die vorliegende Bestimmung hält sich im Rahmen dieser Ermächtigung und sieht entsprechende Verbote oder Einschränkungen durch Verordnung vor. Die Zuständigkeit hierfür ist wegen der Bedeutung der Angelegenheit den kreisfreien Gemeinden und den Landkreisen übertragen. Anlage im Sinn dieser Bestimmung ist wie nach der Gewerbeordnung jede ständige, d. h. auf längere Dauer berechnete Einrichtung; der Begriff ist sehr weit und umfaßt Baulichkeiten wie auch andere Betriebsstätten und maschinelle Einrichtungen. Abs. 1 hebt sich jedoch über den Bereich des § 23 Abs. 3 der Gewerbeordnung hinaus auch auf nichtgewerbliche Anlagen; insoweit hat der Landesgesetzgeber unter dem Gesichtspunkt des Sicherheitsrechts freie Hand.

Kolleginnen und Kollegen!

Bitte, beachten Sie den Aufruf zur Weihnachts-spende, der dieser Nummer beiliegt.

Während Abs. 1 eine allgemeine Regelung durch Verordnung vorseht, ist Abs. 2 auf dem Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt im einzelnen aufgebaut. Diese Bestimmung gibt in Satz 1 der Kreisverwaltungsbehörde die Befugnis, für den Betrieb einzelner Anlagen, die keiner vorherigen Genehmigung bedürfen und durch Lärm, Erschütterung, Gase, Dämpfe, Gerüche, Rauch, Ruß oder Wärme erhebliche Gefahren oder Nachteile für Leben, Gesundheit, Eigentum oder Besitz herbeiführen, Anordnungen zur Verminderung oder Beseitigung der von ihnen ausgehenden Störungen zu treffen. Satz 2 sieht für solche Anlagen ein Verbot des Betriebs an bestimmten Tagen oder zu bestimmten Stunden vor; die Ermächtigung zu dieser weitergehenden Maßnahme ist den Regierungen vorbehalten. Bei dieser Regelung wird davon ausgegangen, daß es bereits nach Art. 2 Abs. 1 GG niemanden gestattet ist, von dem Grundrecht der freien Persönlichkeitsentfaltung so Gebrauch zu machen, daß er damit die Rechte anderer verletzt. Es ist Sache der Verwaltungsbehörde, derartige Rechtsverletzungen dann zu unterbinden und den Störer in seine verfassungsmäßigen Schranken zurückzuweisen, wenn hieran ein öffentliches Interesse besteht.

Es erscheint angemessen, Geldbuße bis zu 1000 DM vorzusehen, da die einschlägigen Verstöße keinen kriminellen Charakter haben, aber dennoch erheblich ins Gewicht fallen können.

Aus dem Dritten Teil „Vorschriften zum Vollzug des Strafgesetzbuches“ seien nachstehende Artikel erwähnt:

Art. 38 (Zu § 366 Ziff. 10) Sicherheit auf öffentlichen Wegen, Straßen und Plätzen

(1) Zur Verhütung von Gefahren für Leben, Gesundheit, Eigentum oder Besitz können die Gemeinden durch Verordnung die Eigentümer von Grundstücken, die an öffentliche Wege, Straßen oder Plätze angrenzen, und die Nutzungsberechtigten verpflichten,

1. die Gehbahnen vor ihrem Anwesen, insbesondere bei Schnee und Glatteis, auf eigene Kosten in sicherem Zustande zu erhalten;
2. bei der Einfriedung von Grundstücken, insbesondere mit Stacheldraht, erforderliche Sicherheitsvorkehrungen zu treffen.

(2) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung zuwiderhandelt, wird nach § 366 Ziff. 10 des Strafgesetzbuches mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen bestraft.

(Anm. § 366, Ziff. 10 StGB lautet:

Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen wird bestraft:

10. Wer die zur Erhaltung der Sicherheit, Bequemlichkeit, Reinlichkeit und Ruhe auf den öffentlichen Wegen, Straßen, Plätzen oder Wasserstraßen erlassenen Polizeiverordnungen übertritt.)

Aus der Begründung:

Abs. 1 Ziff. 1 betrifft die Verpflichtung der Anlieger, die Gehbahnen vor ihrem Anwesen in sicherem Zustand zu erhalten. Diese Vorschrift entspricht altem bayerischen Gewohnheitsrecht, das auf § 366 Ziff. 10 StGB gestützt wurde. Die Frage, ob die Tragung der Kosten von den Anliegern auf andere Personen (Pächter, Mieter) abgewälzt werden kann, bleibt privatrechtlicher Regelung vorbehalten.

Ziff. 2 tritt an die Stelle oberpolizeilichen Vorschriften vom 28. August 1909, betreffend die Sicherheit auf öffentlichen Wegen, Straßen und Plätzen (GVBl. S. 668). Sie will den Gefahren begegnen, die bei der Einfriedung von Grundstücken am Rande öffentlicher Verkehrsflächen, insbesondere mit Stacheldraht, für die Verkehrsteilnehmer auftreten können. Es kann danach etwa ein gewisser Abstand vom Verkehrsraum und eine gewisse Höhe für die Anbringung von Stacheldraht vorgeschrieben werden. Zum Erlaß von Verordnungen im Sinn des Abs. 1 werden die Gemeinden ermächtigt, da es sich hierbei um Angelegenheiten handelt, deren Regelung von den örtlichen Verhältnissen bestimmt wird.

Art. 39 (Zu § 367 Abs. 1 Ziff. 3 und 5) Gifte, Giftwaren, Arzneien

(1) Zur Verhütung von Gefahren für Leben oder Gesundheit kann das Staatsministerium des Innern, soweit nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen, Verordnungen erlassen über

1. die Erlaubnispflicht für das Zubereiten, Feilhalten, Verkaufen oder sonstige Überlassen von Giften;
2. das Aufbewahren und Befördern von Giftwaren;
3. die Erlaubnispflicht für das Zubereiten, Feilhalten, Verkaufen oder sonstige Überlassen von Arzneien sowie die Ausübung einer erteilten Erlaubnis zum Zubereiten oder Feilhalten von Arzneien.

(2) Wer ohne Erlaubnis Gifte oder Arzneien zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt, wird nach § 367 Abs. 1 Ziff. 3 des Strafgesetzbuches mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bestraft.

(3) Wer einer auf Grund des Abs. 1 erlassenen Verordnung über das Aufbewahren oder Befördern von Giftwaren oder über die Ausübung der Erlaubnis zum Zubereiten oder Feilhalten von Arzneien zuwiderhandelt, wird nach § 367 Abs. 1 Ziff. 5 des Strafgesetzbuches mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft bestraft.

Aus der Begründung:

Die Bestimmung bezieht sich auf § 367 Abs. 1 Ziff. 3 und 5 StGB. Obwohl das Arzneimittelrecht weitgehend bundesrechtlich geregelt ist, besteht für die Ausfüllung der Blankettvorschriften auch heute noch ein Bedürfnis; verschiedene Bundesländer waren z. B. in den letzten Jahren genötigt, Vorschriften über den Umgang mit Betäubungsmitteln zu erlassen, deren Bewehrung in § 367 Abs. 1 Ziff. 5 enthalten ist.

Abs. 1 begründet die Ermächtigungen zum Erlass von Verordnungen, auf die sich die angegebenen Vorschriften des Strafgesetzbuchs beziehen. Er ist nach den verschiedenen in Betracht kommenden Gegenständen aufgliedert. Ziff. 1 betrifft Gifte, Ziff. 2 Giftwaren, Ziff. 3 Arzneien. Die Ermächtigung zum Erlass solcher Verordnungen kann wegen der Notwendigkeit einheitlicher Vorschriften für das ganze Land nur einer Zentralbehörde, und zwar dem Staatsministerium des Innern erteilt werden, da dieses auf dem Gebiet des Arzneimittelrechts federführend ist.

Die Abs. 2 und 3 weisen auf die einschlägigen Strafbestimmungen hin.

(Anm. Strafgesetzbuch § 367, Abs. 1 Ziff. 3 und 5:

„Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Deutsche Mark oder mit Haft wird bestraft:

3. Wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt;

5. Wer bei der Aufbewahrung oder bei der Beförderung von Giftwaren . . . oder bei Ausübung der Befugnis zur Zubereitung oder Feilhaltung dieser Gegenstände sowie der Arzneien die deshalb ergangenen Verordnungen nicht befolgt.“)

Aus dem Wortlaut der zitierten Artikel des Gesetzentwurfes kann ihre Bedeutung für das Gesundheitswesen entnommen werden. Es wurde hier von einer Kommentierung Abstand genommen. Es sei jedoch besonders auf die Bestimmungen, die sich mit dem „Leichen- und Bestattungswesen“ befassen, hingewiesen, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Daß der Art. 25 (Falscher Notruf) auch für die ärztliche Tätigkeit von Bedeutung sein kann, sei angemerkt. Zu begrüßen ist, daß den Skiunfällen auf den Hauptabfahrtsstrecken gesteuert werden soll, da die dort vielfach entstandenen Unfälle Unachtsamkeit und sogar Gewissenlosigkeit zuzuschreiben waren. Allerdings fehlt hier eine Bestimmung über die Überwachung, da sich bisher die Übeltäter sehr oft durch „Fahrerflucht“ einer Bestrafung entzogen haben. Daß das „Zelten und Aufstellen von Wohnwagen“ auch zu hygienischen, die Allgemeinheit betreffenden Unzukömmlichkeiten führen kann und ihre Abstellung notwendig macht, ist, zumindest in der Begründung, vielleicht nicht mit der erwünschten Klarheit betont.

Durch den Art. 35 „Störende Anlagen“ ist die Möglichkeit gegeben, mehr als bisher gegen die von Tag zu Tag steigende Belästigung, ja zur Schädigung der Gesundheit führenden Auswirkungen vermeidbaren Lärmes einzuschreiten.

Wenn die Ärzteschaft, deren Ansicht bisher nicht eingeholt worden zu sein scheint, zu dem oder jenem Punkt ihre Meinung im Interesse der Volksgesundheit äußern will, dann wäre es zweckmäßig, den maßgebenden Stellen konkrete und begründete Vorschläge zu unterbreiten.

K-g.

MITTEILUNGEN

Ein herzliches Willkommen

den aus der Kriegsgefangenschaft endlich zurückkehrenden Kollegen! Die Bayer. Landesärztekammer spricht damit die große Freude aus, welche wir Ärzte alle darüber empfinden, und wünscht ihnen für den sicher nicht immer leichten Weg zurück Kraft, Geduld und jene Ausdauer, welche sie die schweren Jahre überstehen ließ!

Wir bitten die heimkehrenden Kollegen, sich nach ihrer Rückkehr mit uns in Verbindung zu setzen, die Kammer wird das ihr Mögliche tun, um ihnen diesen Weg zurück auch von sich aus zu erleichtern.

Dr. Sondermann,
Vizepräsident

Dr. Sewering,
Präsident

Nachfolgend bringen wir die Namen der Kollegen, denen es vergönnt war, wieder in ihre alte oder neue Heimat zurückzukommen:

Dr. Hermann Böhlau, geb. 13. 3. 1895, Widdersberg, Post Seefeld, Kr. Starnberg.

Dr. Karl Heilmann, geb. 4. 2. 1906, München-Laim, Villacher Str. 38.

Dr. Max Oberdorfer, geb. 25. 6. 1910, München-Lochham, Rudolfstr. 10.

Dr. Anna Raykowski, geb. 27. 12. 1895, Berchtesgaden-Strub, Altersheim „Insula“.

Dr. Otto Karl Renoldi, geb. 9. 10. 1886, München 19, Löfftzstr. 4.

Dr. Hans Rumfelder, geb. 18. 8. 1908, Eltersdorf 117 b. Nürnberg.

Dr. Konrad Schubert, geb. 13. 8. 1909, Coburg, Leopoldstr. 17.

Wir hoffen zuversichtlich, daß wir auch die nachgenannten Kollegen, auf deren Ankunft wir noch warten, bald wieder in unseren Reihen begrüßen dürfen:

Dr. Harry Abrahamson, geb. 1898, München 12, Astallerstr. 24, b. Thaler.

Dr. Barth, München 56, Unterbiberger Str. 10, b. Thurner.

Dr. Lajos Bodoczy, geb. 10. 4. 1910, München 12, Astallerstr. 24, b. Thaler.

Dr. Claude de Fries, geb. 1920, München 13, Adalbertstr. 24, b. Herget.

Dr. Fritz Kreutzer, geb. 25. 3. ?, München 9, Plattnerstr. 2, b. Grohrock.

Dr. Michael Laub, geb. 6. 10. 1905, Eschenbach/Opf., Wohnlager B 2 LK.

Dr. Moczinski, München 12, Astallerstr. 24, b. Thaler.

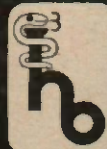
Dr. Willi Semrau, geb. 1913, München 19, Voltstr. 4, b. Bosch.

Dr. Steppermann, München 13, Hohenstaufenstraße 2, b. Schmidt.

AZOVAG GLOB.

FLUOR aller Art.
zur OPERATIONSVORBEREITUNG

DR. MED. HUBOLD & BARTSCH, HAMBURG 1



SCHNELLE AUFLÖSUNG

AZOVAG OESTRO

Die erstmalige
RHODAN - JOD - THERAPIE

PHARMACOLOR GMBH., SANDKRUG i. Oldbg.

Heimkehrerhilfe der deutschen Ärzteschaft

Die deutsche Ärzteschaft erwartet in diesen Tagen die Rückkehr von 60 bis 70 Kollegen aus russischer Gefangenschaft. Nach mehr als zehn Jahre währenden Leiden und Entbehrungen werden die Heimkehrenden an den Grenzen der Bundesrepublik mit offenen Armen und mit überschwenglichen Worten des Dankes und der Hilfsbereitschaft empfangen.

Damit aus der Rückkehr eine echte Heimkehr werden kann, bedarf es aber monatelanger freundschaftlicher Geduld und monatelanger tätiger Hilfe. Große Schwierigkeiten menschlicher und beruflicher Art gilt es zu überwinden, bis die heimkehrenden Kollegen ihren Platz in einer ihnen fremd gewordenen Welt zurückgewonnen haben. Besonders hart ist das Los derer, die ohne nähere Angehörige wieder in Beruf und Leben Fuß fassen und heimisch werden wollen.

Alle deutschen Ärzte in der Bundesrepublik und West-Berlin sind daher aufgerufen, diesen so spät heimkehrenden Kollegen mit Rat und Tat zu helfen.

Vor allem bedarf es der unermüden persönlichen Beratung und Betreuung, damit der einzelne sich möglichst rasch und möglichst ohne ernüchternde Enttäuschung in das berufliche und soziale Leben in der Heimat zurückfindet. Persönliche Patenschaft ist ein bewährter Weg, um einem heimkehrenden Kollegen als Freund und Helfer den schweren Weg zu ebnen und zu erleichtern. Übernehmen Sie eine Patenschaft! Melden Sie sich dafür noch heute bei Ihrer Landesärztekammer!

Die von Bund und Ländern geleistete finanzielle Hilfe wird zur beruflichen Wiedereingliederung gerade der heimkehrenden Ärzte nicht ausreichen, denn über zehn Jahre haben die meisten ihren Beruf nicht ausüben können. Eigene Fortbildungskurse müssen eingerichtet und durchgeführt werden. Darüber hinaus muß den heimkehrenden Kollegen ermöglicht werden, in geeigneten Krankenanstalten und Kliniken ohne Sorge um das tägliche Brot ihre Kenntnisse und Fähigkeiten wieder aufzufrischen. Für diese der Gesamtärzteschaft als vornehmste Aufgabe der Kollegialität gestellten monatelangen Verpflichtungen bedarf es hinreichender finanzieller Mittel.

Alle deutschen Ärzte sind daher aufgerufen, zur Erfüllung dieses großen Werkes der kollegialen Hilfe Spenden zu leisten und finanzielle Opfer zu bringen für die Kollegen, die mehr als ein Jahrzehnt ihres Lebens opfern mußten.

gez. Prof. Dr. Neuffer

Präsident des Deutschen Ärztetages
und der Bundesärztekammer

Spenden sind einzuzahlen auf das Postscheck-Sonderkonto Nr. 545 Köln.

Die überwiesenen Spenden sind nach § 10 EStG steuerlich absetzbar. Die Spender erhalten nach Eingang ihrer Spende eine entsprechende Quittung.

Weiterberatung der Anträge auf Änderung des Bayer. Ärztegesetzes

Am 13. Oktober 1955 setzte der Sozialpolitische Ausschuß des Bayer. Landtags nach längerer Pause seine Beratungen über die Änderung des Bayer. Ärztegesetzes fort. Dabei wurde im Hinblick auf eine zur Zeit beim Bundesgerichtshof schwebende Klage die Frage erörtert, ob die Materie noch in die Zuständigkeit der Länder falle.

Min.-Rat L. Hopfner vom Bayer. Innenministerium erklärte, daß der Bundesgerichtshof zur Zeit darüber entscheide, ob das Ärztegesetz, soweit es mit der Approbation zusammenhängt, Bundesrecht geworden ist. Das Recht der Standesorganisation und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte werden auf jeden Fall auch weiterhin in die Zuständigkeit der Länder fallen. Er verwies darauf, daß der Bayer. Verfassungsgerichtshof vor drei Jahren entschieden habe, daß das Ärztegesetz im vollen Umfang Landesrecht sei. Auf dem Deutschen Ärztetag in Baden-Baden habe der Bundesinnenminister erklärt, daß sein Ministerium eine neue Bundesärzteordnung ausgearbeitet habe. Die Bundesärzteordnung könne jedoch nur den Gegenstand gesetzlich regeln, der nach dem Grundgesetz dem Bunde zugewiesen ist.

Auf Grund dieser Erklärung sah der Ausschuß keine Veranlassung, die Beratung der Gesetzentwürfe bis zur Entscheidung des Bundesgerichtshofs auszusetzen. Der Ausschuß trat dann in die Weiterberatung der einzelnen Bestimmungen des Gesetzes ein.

Es wurde beschlossen, daß der Art. 14a, Abs. 3, folgenden Wortlaut erhält: „Der Landesärztekammer gehören weiter die nicht aus der Zahl der Abgeordneten gewählten ersten und zweiten Vorsitzenden der Landesärztekammer sowie die ersten Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksverbände an“. Abs. 3 des Regierungsentwurfs wird Abs. 4. Die Formulierung dieses Absatzes bleibt unverändert.

Der Art. 14b, Abs. 1, soll lauten: „Ein Abgeordneter verliert seinen Sitz in der Landesärztekammer

1. durch Verzicht, der dem Vorstand der Landesärztekammer gegenüber schriftlich erklärt werden muß und unwiderruflich ist;
2. mit der Verlegung seiner ärztlichen Tätigkeit aus dem Bereich des Landes Bayern.“

Abs. 2 und 3 des Art. 14b wurden in der Fassung des Regierungsentwurfs angenommen. Abs. 4: „Während des Ruhens des Mandates übt der Ersatzmann die Funktion aus.“

Art. 15, Abs. 2, soll lauten: „Die Abgeordneten der Landesärztekammer wählen den ersten Vorsitzenden und den zweiten Vorsitzenden sowie aus ihrer Mitte die übrigen Vorstandsmitglieder und die erforderlichen Ausschüsse.“ Abs. 3 des Regierungsentwurfs soll über einstimmigen Beschluß gestrichen werden.

Art. 15a und 15b wurden in der Fassung der Regierungsvorlage angenommen, ebenso Art. 16.

In der nächsten Sitzung kommt der Abschnitt III „Vermittlungs-, Schieds- und Beschlußverfahren“ zur Beratung.
ID 20/55

Erhöhung der Medizinalassistentenbeihilfe

Durch Verfügung des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus wurde mit Wirkung vom 1. 8. 1955 die bisher den Pflichtassistenten gewährte monatliche Beihilfe im Betrag von 50 DM auf 100 DM neben freier Verpflegung erhöht. Diese Regelung hat auch für die zu erwartenden Medizinalassistenten Geltung.

Arztdichte

gpk. - In Deutschland entfiel im Jahre 1900 auf 2041 Einwohner, in der Bundesrepublik dagegen im Jahre 1952 auf 722 Einwohner ein Arzt. Die Anzahl der auf die Einwohnerzahl entfallenden Ärzte hat sich deshalb in einem halben Jahrhundert etwa verdreifacht. Zur Zeit entfallen in der Bundesrepublik auf 10 000 Einwohner 13,9 Ärzte, in der Sowjetzone dagegen auf 10 000 Einwohner nur 5,9 Ärzte, also noch weniger als in der Bundesrepublik.

O. P. mit 15 ccm DM 1.15 o. U.

Besonders wohltuende
Wirkung durch Inhalation nach Ein-
tropfen von Pectamed-Hustentropfen
in heiße Flüssigkeit.

Pectamed

Literatur- und Musterabgabe:
E. MERCK AG - Abteilung München
(13 b) München 2 - Alfonsstraße 1 - Tel. 6 12 92

„Arztsache!“

Wie von Kollegen berichtet wurde, ist es beim Schriftwechsel zwischen einweisenden Ärzten und den behandelnden Ärzten des Krankenhauses mehrfach vorgekommen, daß Arztberichte von Angestellten der Verwaltung eines Krankenhauses geöffnet und erst dann an den Krankenhausarzt weitergeleitet wurden.

Von den Kollegen wird darin mit Recht eine Gefährdung des ärztlichen Berufsgeheimnisses erblickt, dessen Wahrung für den Arzt eine Pflicht und für den Patienten ein Rechtsanspruch ist. Zu derartigen unliebsamen Vorkommnissen kann es leicht kommen, wenn es aus der Anschrift nicht eindeutig hervorgeht, daß der Brief ärztlichen Inhaltes und nur für den behandelnden Arzt bestimmt ist.

Es wird daher empfohlen, alle Schreiben, deren Inhalt den Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses beanspruchen kann, entweder mit dem Namen des betreffenden Arztes oder mit der Anschrift „Stationsarzt“, „Chefarzt“ usw. zu versehen. Am zweckmäßigsten wäre, die Schreiben mit einem Stempelaufdruck

„Arztsache“

zu versehen, die unzweideutig zum Ausdruck bringt, daß zum Öffnen des Schreibens nur der Arzt befugt ist.

Kein Anspruch auf einen bestimmten Zulassungsort

In einem Urteil des Sozialgerichts Münchens vom 3. 8. 1955, AZ.: 108/AR/d/54, wegen Zuweisung eines Tätigkeitsbereiches auf Grund einer Zulassung nach § 44, Abs. 5, des Bayer. Zulassungsgesetzes wurde entschieden: Dem Kläger, der als „Übergangsfall“ gemäß § 44 Abs. V ZG zugelassen worden war, wurde vom ZA nicht sein Wohnort M. sondern der Ort S. als Tätigkeitsbereich zugewiesen. Der Berufungsausschuß bestätigte die Entscheidung des Zulassungsausschusses (ZA). Die dagegen erhobene Anfechtungsklage wurde vom Sozialgericht abgewiesen.

Aus den Gründen sei angeführt:

„In allen Fällen einer ausnahmsweisen Zulassung, also außerhalb des sonst üblichen Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens, ist der ZA kraft gesetzlicher Vorschrift gehalten, dem außer der Reihe Zugelassenen sofort einen Tätigkeitsbereich zuzuweisen, also für ihn einen Ort zu bestimmen, wo er seine Kassenpraxis ausüben kann (vgl. § 44 ZG, § 7b HKG, § 70 BVFG). Bei Zuweisung dieses Zulassungsortes handelt der ZA nach freiem Ermessen; der auf diese Weise zugelassene Arzt hat keinen Rechtsanspruch darauf, gerade an einem bestimmten, selbstgewählten Ort seine Kassenpraxis ausüben zu dürfen. Die Auswahl eines solchen Tätigkeitsbereichs bleibt dem in dieser Hinsicht sachverständigen Zulassungsausschuß überlassen, der im Rahmen der §§ 13, 14 ZG an Hand seiner Unterlagen und auf Grund seiner Erfahrungen und Sachkenntnisse seine Planungsmaßnahmen trifft, für welche er allein zuständig und verantwortlich ist. Auch für Heimkehrer, Vertriebene und solche Ärzte, bei denen ein Übergangsfall vorliegt, bestimmt also der Zulassungsausschuß den Tätigkeitsort. Der Kläger irt somit, wenn er meint, er müsse mit Rücksicht auf seine Heimkehrereigenschaft gerade an dem von ihm selbst gewählten Ort M. zugelassen werden. Der angefochtene Verwaltungsakt . . . , durch welchen S. als Zulassungsort bestimmt wurde, ist nach alledem eine Ermessensentscheidung, die vom Gericht nur darauf hin geprüft werden kann, ob die gesetzlichen Grenzen des freien Ermessens überschritten oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht wurde und somit Rechtswidrigkeit vorliegt (vgl. § 54 Abs. 2 SGG). Mit seinem schriftlichen und mündlichen Vorbringen greift der Kläger ganz besonders die Planungstätigkeit des ZA an. Er meint, M. benötige einen zweiten Facharzt für HNO-Krankheiten, während der ihm zugewiesene Ort S. einen solchen Facharzt nicht nötig habe; im übrigen biete S. im Vergleich zu M. einem Facharzt für HNO-Krankheiten keine genügende Existenzmöglichkeit. Mit diesem Vorbringen kann der Kläger indessen in dem von ihm eingeleiteten Gerichtsverfahren, wo ein Individualanspruch Gegenstand des Streites ist, nicht gehört werden; die Prüfung, ob in M. oder in S. oder anderswo ein Facharzt

irgendeiner Disziplin benötigt wird oder ob irgendwo ein Notstand in der kassenärztlichen Versorgung besteht, obliegt nur dem hierfür allein zuständigen und verantwortlichen ZA. Die Wünsche und Anregungen anderer Stellen und Kreise sind indessen, wie auch bereits das Bayerische Landessozialgericht zutreffend entschieden hat, für die Beschlüsse der Zulassungsinstanzen nicht maßgeblich. Bei diesen sogenannten Planungsmaßnahmen des ZA handelt es sich um reine Verwaltungsaufgaben, welche der gerichtlichen Nachprüfung entzogen sind, und deren Richtigkeit und Zweckmäßigkeit daher auch grundsätzlich nicht Gegenstand eines Gerichtsverfahrens sein können (vgl. a. Bayer. Landessozialgericht, Urteil vom 11. 11. 1954 Ka 32/54). Hinsichtlich der Durchführung der ihm gesetzlich übertragenen Planungsmaßnahmen, die, wie gesagt, reine Verwaltungsaufgaben darstellen, untersteht der ZA allenfalls der Aufsicht seiner vorgesetzten Verwaltungsbehörde. Sache des Gerichtes war es nur, zu prüfen, ob der ZA bei Abwägung der von ihm für notwendig befundenen Planungen mit den Belangen des Klägers: sein freies Ermessen überschritt oder gar mißbrauchte und damit rechtswidrig handelte. Das Gericht vermochte nach gründlicher Prüfung des Falles indessen keine Rechtswidrigkeit festzustellen. Selbstredend hat der ZA bei seiner Entscheidung in erster Linie die Grundsätze einer ordnungsmäßigen Planung zu berücksichtigen und hat dabei die ausreichende kassenärztliche Versorgung der Versicherten im Auge zu behalten. Daneben sind auch die Belange des einzelnen, eine Zulassung anstrebenden Arztes zu berücksichtigen. Eine Rechtswidrigkeit liegt stets vor, wenn der Zulassungsausschuß bei Abwägung dieser beiderseitigen Interessen eine unsachliche Entscheidung trifft. Hiervon kann im vorliegenden Falle indessen nicht die Rede sein. Freilich mag es für den Kläger eine Härte bedeuten, wenn er sich erst in M. Praxis und Wohnung beschaffte, um dann durch den ZA einen anderen kassenärztlichen Tätigkeitsbereich zugeteilt zu erhalten. Indessen begründet einerseits die Niederlassung eines Arztes an einem bestimmten Ort nach geltendem Recht noch keinen Rechtsanspruch darauf, gerade dort zugelassen zu werden. Weiter war der Kläger, als er seine Praxis in M. ausbaute, doch an diesem Ort gar nicht zugelassen. Er mußte vielmehr stets damit rechnen, daß ihm der ZA im Falle einer Zulassung außer der Reihe im Rahmen der Planungen einen Tätigkeitsbereich anderswo zuweisen würde. Demnach handelte er auf eigenes Risiko, als er in M. seine Praxis und seinen Wohnraum ausbaute. Folgte man im übrigen der Auffassung des Klägers, so würde dies bedeuten, daß der einzelne, die Zulassung anstrebende Arzt den Zulassungsausschuß vor vollendete Tatsachen stellen und zu einer von ihm gewünschten Entscheidung zwingen kann, wenn er sich an einem bestimmten Ort niederläßt und sich daselbst Praxis- und Wohnräume beschafft. Hierdurch würde notwendigerweise die Planungstätigkeit des Zulassungsausschusses — im Ergebnis auf Kosten der Versicherten — gestört werden.“

ID 20/55

Blutbank

An der Med. Univ.-Klinik Erlangen (Direktor Prof. Dr. N. Henning) besteht seit 1. 9. 1955 eine Blutbank. Es stehen sofort Blutkonserven sämtlicher Blutgruppen sowie Plasmakonserven und Konserven gewaschener Erythrozyten zur Verfügung. Voraussichtlich sind auch bis Ende dieses Jahres blutgruppenspezifische Thrombozytenanreicherungen vorhanden. Nähere Auskünfte erteilen das Ambulatorium und das Sekretariat der Med. Univ.-Klinik Erlangen.
Prof. Dr. N. Henning, Direktor d. Klinik

Ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder

gpk. - Das Bundesgesetz über Klassenarztrecht, das am 17. 8. 1955 in Kraft trat, enthält die Bestimmung, daß der Versicherte Anspruch auf die ärztliche Versorgung hat, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt und der beteiligte Arzt dürfen sie nicht bewirken

PURÆTON E

PURÆTON „E“-Pulver	Kl.-P., 8 Pulver	DM 1.10 o. U.
PURÆTON - Ampullen	Kl.-P., 3 Ampullen	DM 1.35 o. U.
PURÆTON - Inhalat	Kl.-P., 10 ccm	DM 2.80 a. U.
PURÆTON - Hustensoft	Kl.-P., ca. 120 g	DM 1.40 o. U.
PURÆTON - Hustentropfen	Kl.-P., ca. 15 ccm	DM 1.— o. U.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

Alle Formen
Pertussis

Bronchitis

**Mona-
pax**

(Name geschützt)

Ohne Codein und Antibiotica
Prompt wirksam, gut verträglich

Muster und Literatur bereitwillig durch



APOTHEKER MÜLLER GMBH
ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD



Seit 125 Jahren

vereinen sich weifblickende Menschen unter dem
Symbol der Gemeinschaft zur selbstverantwort-
lichen Vorsorge für Familie und eigenes Alter.
Nützlischen Rat aus fachmännischer Erfahrung gibt
auch Ihnen gern die

Alte Leipziger

LEBENSVERSICHERUNGSGESELLSCHAFT
AUF GEGENSEITIGKEIT
FRANKFURT AM MAIN

Fragen Sie unsere Mitarbeiter in Stadt und Land!

OXYMORS

Unübertroffen in der Wirkung!
Unschädlich, gut verträglich!

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

bei Oxyuriasis

VERLA-3

20 Drag. DM 0,85 a.U.

Bewährt bei
Grippe und Schmerzen



VERLAPHARM - TUTZING/OBB.

hochwirksam

Bei Keuchhusten
Bronchitis
Reizhusten

Prospan

mit den Gesamtglykosiden
aus Hedera helix, atoxisch,
standardisiert

klinisch und praktisch
bewährt



FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE
KARL ENGELHARD
FRANKFURT AM MAIN

CHELIDOPHYT

Dr. HETTERICH

zur Weiterbehandlung von Cholecystitis, Cho-
lelithiasis, Icterus nach Kupierung des An-
falls.

Z.: Plencocofat, Chelidon cp.



Galenika
Dr. HETTERICH
FÜRTH/BAVARN G. M. B. H.

70 JAHRE



FORTSCHRITTLICHE TARIFE
SORGFÄLTIGE BERATUNG
ZUVERLÄSSIGE LEISTUNG

WITWEN UND WAISENKASSE

ALLGEM. LEBENSVERSICHERUNGSANSTALT o.G.

MÜNCHEN 2 MARSSTR. 22-23a

Krewel



Mallebrin

Chlor u. Sauerstoff abspaltendes
Adstringens u. Antisepticum
Gurgeln - Spülungen
Wundbehandlung
KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

Beste 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 DIETRICH WEVELINGHOVEN - RHEINLAND

oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.

Da es oft vorkommt, daß Kassenmitglieder sich insbesondere Arznei und Heilmittel, Bädereuren und dgl. selbst besorgen und dann bei der Krankenkasse Kostenersatz verlangen, ist darauf hinzuweisen, daß den Krankenkassen die nachträgliche Bewilligung gesetzlich untersagt ist. Die Bestimmung stellt etwas fest, was im Grunde selbstverständlich sein sollte. Es geht nicht an, daß in der Sozialversicherung Arzneien oder Heilmittel auf Kosten der Versichertengemeinschaft in Anspruch genommen werden, die für die Heilung gar nicht erforderlich oder die unnötig teuer sind. Der Privatpatient würde

sich auch wehren, wenn ihm sinnlos hohe Kosten aufgebürdet würden.

Der private Verbrauch

Bonn (ÄPI) — Die Bevölkerung der Bundesrepublik gab im ersten Halbjahr 1955 rund 1,68 Mrd. DM für Körper- und Gesundheitspflege aus. Für Genußmittel gab sie im gleichen Zeitraum nahezu das Vierfache, nämlich rund 6,53 Mrd. DM aus. Während der Genußmittelkonsum im ersten Halbjahr um 12 v.H. höher war als im Vergleichszeitraum des vergangenen Jahres, betrug die entsprechende Zuwachsrate bei den Ausgaben für Körper- und Gesundheitspflege nur 9,3 v.H.

Die Tuberkulose im Bundesgebiet und in Bayern

Nach dem Bericht des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden vom 21. 10. 1955 über den Stand der Tuberkulose im Bundesgebiet und in den Ländern ergaben sich für Ende des zweiten Vierteljahres 1955 folgende Zahlen:

Neuzugänge der an aktiver Tuberkulose Erkrankten

	Tuberkulose der Atmungsorgane ansteckend (offen)	nicht ansteckend (aktiv geschlossen)	insgesamt	Tuberkulose anderer Organe	Tuberkulose aller Formen insgesamt
Bayern	1 216	2 302	3 518	538	4 056
Bundesgebiet	6 091	13 895	19 986	3 704	23 690
Verhältniszahlen auf 10 000 der Bevölkerung und ein Jahr					
Bayern	5,3	10,1	15,4	2,4	17,8
Bundesgebiet	4,9	11,2	16,1	3,0	19,0
Bestand der an aktiver Tuberkulose Erkrankten					
Bayern	20 725	32 192	52 917	7 237	60 154
Bundesgebiet	123 413	255 546	378 959	63 107	442 066
Verhältniszahlen auf 10 000 der Bevölkerung und ein Jahr					
Bayern	22,6	35,1	57,8	7,9	65,7
Bundesgebiet	24,7	51,1	75,8	12,6	88,4

Sterbefälle der jungen Männer in Bayern

Den Mitteilungen des Bayer. Statistischen Landesamtes (Bayern in Zahlen Nr. 241/242) entnehmen wir folgende Sterbeziffern der jungen Männer im Alter unter 15 und 25 Jahren:

	bis 15 Jhr.	unter 25 Jhr.
Alle Todesursachen	484	1 116
darunter alle Verunglückung.	208	632
darunter durch Kraftverkehr	82	427
Selbstmord	13	150
Tuberkulose	10	25
Krebs und andere Gewächse	55	63

„Also, 70,1 v.H. der gesamten Sterbefälle der jungen Männer von 15 bis unter 25 Jahren geschahen 1954 durch die äußeren Einwirkungen (ohne Mord, durch den vier dieser Altersgruppen endeten). Und nur 2,2 v.H. der gesamten gestorbenen jugendlichen Männer starben an der früher so gefürchteten Tuberkulose. Etwa ein Viertel der Gestorbenen dieser Gruppe sind bei den etwa 350 anderen Todesursachen zu finden. Überraschend ist, daß von den 1116 gestorbenen jungen Männern von 15 bis 25 Jahren immerhin 63 an Krebs litten (5,6 v.H.).“

Leitsätze betr. die Gefahren der Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung

aufgestellt vom Präsidium des Deutschen Ärztetages

1. Die Verbreitung von Rauschgiftsuchten verschiedenster Art hat seit dem Ende des letzten Weltkrieges wieder zugenommen. Neben den eigentlichen Opiaten spielen die Schlafmittel, die sogenannten Weckamine der Benzodrin-Pervitin-Gruppe und schließlich stark wirkende Analgetica aus der Reihe der Methadone, wie z. B. Polamidon oder Keto-Bemidone sowie Cliradon eine steigende Rolle als Suchtmittel.

2. Es ist eine vordringliche Aufgabe der Ärzte, als die berufenen Hüter der Volksgesundheit, in dem gegebenen gesetzlichen Rahmen auf eine wirksame Suchtbekämpfung ständig bedacht zu sein. Die Behandlungsfreiheit des Arztes soll dabei in vollem Umfange erhalten bleiben, sofern er sich bei der Verwendung von Betäubungsmitteln streng an die Indikationen der ärztlichen Wissenschaft und Praxis hält.

3. Das „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln“ (Opiumgesetz) und die „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken“ in Verbindung mit den verschiedenen Zusatz- und Ergänzungsverordnungen sind

Vertigo-Heel

10 u. 30 ccm Liquid-
50 TABLETTEN

brauchbare gesetzliche Bestimmungen für eine wirksame Bekämpfung der Rauschgiftsucht, wenn sie von allen beteiligten Instanzen konsequent befolgt werden. Dazu kommen die verschiedenen ländergesetzlichen Regelungen über die Unterbringung geisteskranker, alkohol- und rauschgiftsüchtiger Personen. Der Arzt muß diese Bestimmungen nicht nur kennen, er darf auch vor ihrer Anwendung im Einzelfall nicht zurückschrecken.

4. Der Arzt muß sich bei der Durchführung solcher Maßnahmen auf die rückhaltlose Unterstützung staatlicher Instanzen verlassen können. Zwischen den behandelnden Ärzten und den Gesundheitsämtern, die auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen die Betäubungsmittelverordnung überwachen, ist eine enge Zusammenarbeit und gegenseitiger nachrichtlicher Verkehr erforderlich.

5. Die unter 1. angeführten Mittel werden häufiger als unbedingt notwendig verordnet. Da die im Opiumgesetz aufgeführten Mittel nach den gesetzlichen Vorschriften in die Hand der Verbraucher eigentlich nur durch eine ordnungsgemäße Verschreibung des Arztes gelangen können, müssen die Ärzte in Praxis und Krankenhaus ständig auf die hohe Verantwortung hingewiesen werden, die mit jeder Verschreibung von Betäubungsmitteln verbunden ist. Insbesondere gehört es zu den Pflichten der leitenden Ärzte der Krankenhäuser und Kliniken, ihre Krankenhausärzte bezüglich der Verschreibung von Betäubungsmitteln zu überwachen.

6. Die Behandlung von Rauschgiftsüchtigen kann nur im Rahmen einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung durchgeführt werden. Ambulante Behandlung ist erfahrungsgemäß erfolglos und verstößt daher gegen die ärztlichen Berufspflichten.

7. Die Behandlung der Rauschgiftsüchtigen erfolgt in zwei Abschnitten: der Entziehung und der Entwöhnung. Rasche Entziehung ist heute die Methode der Wahl. Sie dauert etwa 4—8 Wochen und ist stets mit einer nachfolgenden Entwöhnungskur von in der Regel 6 Monaten zu verknüpfen. Entziehungs- und Entwöhnungskur bilden eine obligatorische Behandlungseinheit. Außer staatlichen Kliniken und Krankenanstalten kommen für Entziehungs- und Entwöhnungskuren nur solche privaten Institutionen in Frage, die den allgemeinen Forderungen der Suchtbekämpfung genügen und unter laufender staatlicher Aufsicht stehen.

8. Die Durchführung der Entwöhnung braucht nicht in derselben Klinik oder Anstalt wie die Entziehung zu erfolgen. Die Krankenabteilungen müssen über ausreichende Möglichkeiten für eine angemessene und vielseitige Arbeitstherapie sowie für eine individuelle und anpassungsfähige Psychotherapie verfügen, da erfahrungsgemäß ein derartig kombiniertes therapeutisches Vorgehen für den Erfolg der Entwöhnung entscheidend ist.

9. Nach Abschluß von Entziehung und Entwöhnung muß sich der Betroffene freiwillig für einen Zeitraum von etwa 2 Jahren einer laufenden Überwachung unterziehen. Im Laufe der Überwachungszeit sind in unregelmäßigen Abständen und überraschend Harnkontrollen durchzuführen. Nachuntersuchungen durch den die Entwöhnung durchführenden Arzt sind je nach Lage des Einzelfalles vorzunehmen.

10. Der Rauschgiftsüchtige ist vom Arzt als Kranker, nicht als Krimineller oder Lasterhafter, zu behandeln. Diese grundsätzliche Haltung darf kein Hindernis für die Anwendung ärztlich notwendiger und gesetzlich statthafter Maßnahmen der Suchtbekämpfung sein.

Sozialreform: Gutachten, Denkschriften, Tagungen — aber keine praktischen Ergebnisse —

gpk. - Das große Wort von der „allumfassenden Sozialreform“ hat seit einiger Zeit dem viel bescheideneren „Neuordnung der sozialen Leistungen“ Platz gemacht. Durch das sogenannte Vier-Professoren-Gutachten ist, besonders weil es angeblich im Auftrag des Herrn Bundeskanzlers angefertigt worden ist, die Diskussion stark angeregt und damit eine wichtige Aufgabe erfüllt. Sein sachlicher Inhalt erscheint, nachdem jetzt die Debatte vertiefter fortgeführt wird, nicht mehr so überzeugend wie beim ersten Hinsehen. Auf jeden Fall hat es aber eine Fülle von neuen Äußerungen, Überlegungen und Diskussionen ausgelöst. Es scheint aber nun des Guten zuviel getan zu werden. Wie schon berichtet worden ist, hat das Bundesministerium für Arbeit seinerseits drei Professoren beauftragt, ein Gutachten über die Realisierbarkeit der Vorschläge im Gutachten der vier Professoren anzufertigen. Das schon vor langer Zeit erstattete Gutachten von Prof. Bogs soll jetzt endlich auch veröffentlicht werden, nachdem es so lange nur in internen Beratungen eine Rolle spielte. Ein großer Verband von Versicherungsträgern hat seinerseits drei Professoren um ein Gutachten zur Neuordnung der sozialen Leistungen gebeten. Ein anderer Verband legt in diesen Tagen der Öffentlichkeit seinerseits einen umfangreichen Vorschlag zum gleichen Thema vor. Der Beirat, der beim Bundesministerium für Arbeit gebildet ist, hat inzwischen neuere Ergebnisse seiner Arbeit der Öffentlichkeit unterbreitet. Bei seinen Mitgliedern türmt sich das Arbeitsmaterial aus den verschiedenen Ausschüssen des Beirats und die Fülle der Denkschriften, Gutachten, Stellungnahmen zu den Gutachten usw. Es ist dem Fachmann nicht möglich, diesen Wust von Papier durchzuarbeiten, viel weniger dem Versicherten, zu dessen Wohl das alles geschieht. Es ist nötig, daß sich die Debatte auf die Probleme konzentriert, die zur Lösung drängen. Das sind die Neuordnung der Rentenleistungen, die Krankheitsvorbeugung und die Wiederherstellung der Lebenstätigkeit bei vorzeitiger Invalidität. Diese Feststellung wird denjenigen nicht gefallen, die eine Reform aus einer großen Schau erwarten. Die Zielsetzung dieser Neuordnung ist darin ausreichend gegeben, daß die Rentenleistungen intensiviert werden, daß Krankheiten nach Möglichkeit vorgebeugt und vorzeitige Invalidität verhindert wird. Das sind praktische Aufgaben; sie sollten nun von allen Beteiligten jenseits aller noch so verlockenden, aber zeitraubenden und allzuoft nur theoretischen Grundsatzdebatten angepackt werden. Die große Schau ist ebenso ein nebelhafter Begriff wie manches andere Schlagwort, das jetzt die sachliche Arbeit an der Neuordnung der sozialen Leistungen erschwert.

Englands kommendes großes Sozialproblem

Die Altersfürsorge scheint in näherer Zukunft zu einem der größten Sozialprobleme Englands zu werden. Dies geht aus einer kürzlich erfolgten Feststellung Lord Beveridges hervor, dessen bekannter Bericht während des Krieges Anlaß zu dem heutigen System der sozialen Sicherheit auf den britischen Inseln war.

Lord Beveridge wies auf die Umbildung hin, die sich in der Struktur der Familie im Verlauf des letzten halben Jahrhunderts vollzogen hat. Darnach trafen im Jahre 1901 auf jede Person im Pensionsalter, d. h. 65 Jahren bei Männern und 60 Jahren bei Frauen, 5 Arbeitende unter 15 Jahren und 10 Personen im erwerbstätigen Alter, die Güter produzierten und für den Unterhalt des einen Pensionisten und der 5 Arbeitenden sorgten.

Asgoviscum

mit Rutinon, Viscum, Crataegus und Allium

Das biologische Herz- und Kreislaufmittel

bei Arteriosklerose, Altersherz und Apoplexiegefahr, Herzinsuffizienz nach Infektionskrankheiten.

RHEIN-CHEMIE  ARZNEIMITTEL

RHEIN-CHEMIE · Pharm. Abt. · HEIDELBERG

Im Jahre 1951 trafen auf je eine Person im Pensionsalter nur 1 1/2 Kinder unter 15 Jahren und 5 Personen im Erwerbsalter. 1977 wird es in England mehr Menschen im Pensionsalter geben als Kinder, und auf jeden Pensionisten treffen nur 3 Erwerbstätige. Lord Beveridge führte aus, daß alte Menschen nicht nur finanzielle Unterstützung, sondern auch persönliche Pflege benötigen. In Zukunft, so fügte er hinzu, werden die Familien in dieser Richtung mehr zu leisten haben als heute, doch es ist bei dem voraussichtlichen Lauf der Entwicklung bereits sicher, daß die Familien dazu nicht in der Lage sein werden. In der Altersfürsorge wird daher die persönliche Pflege von Familienmitgliedern gelöst werden müssen, sowohl für die noch halbwegs Rüstigen, wie auch für die mit zunehmendem Alter zur völligen Hilflosigkeit Verurteilten.

(World Health Org. Press.)

Einweihung des Balneologischen Institutes (Gollwitzer-Meier-Institut)

Staatsbad Oeynhausen — am 21. Juli 1955

Das neue Balneologische Institut (Gollwitzer-Meier-Institut), das am 21. Juli 1955 in Anwesenheit des Herrn Ministerpräsidenten des Landes Nordrhein-Westfalen und hoher Vertreter der Landesregierung, des öffentlichen Rechts und der medizinischen Wissenschaft in feierlicher Form seiner Bestimmung übergeben wurde, geht auf eine Gründung der bekannten und im vergangenen Jahr verstorbenen Hamburger Balneologin, Frau Professor Dr. Clothilde Gollwitzer-Meier, zurück. Nach Kriegsende wurde das Institut in die Eppendorfer Krankenanstalten, Hamburg, verlegt. Die Rückverlegung nach Bad Oeynhausen erfolgte am 1. Mai 1955. Inzwischen hatte der Neubau des Institutes im April 1953 bereits begonnen; das Richtfest wurde am 1. Juni 1954 gefeiert, und am 15. Juni 1955 zogen bereits die ersten Patienten ein.

Mit der feierlichen Einweihung des Institutes ist der erste Abschnitt des Wiederaufbaues des Staatsbades abgeschlossen und der imposante Neubau somit zu einem Markstein und Symbol des wiedererstandenen Bades Oeynhausen geworden.

Studienfahrten deutscher Akademiker

Eine 19tägige Studienfahrt nach Ägypten wird im März 1956 veranstaltet, sie soll von Genua nach Alexandrien, Cairo (mit Memphis und Sakkarah, Gizeh), Luxor und Theben, Edfu und Assuan führen. — Für die Osterzeit und anschließend vom 5. bis 18. April noch einmal ist eine Kreuzfahrt zu den griechischen Inseln geplant: Venedig, Korfu, Katakolon—Olympia, Kreta—Knossos, Rhodos, Delos, Mykonos, Nauplia—Epidauros—Tiryns—Mykenae, Piräus—Athen, Itea—Delphi, Triest. — Ebenfalls mit dem Schiff geht die Pfingststrecke nach Dalmatien, und es werden dabei Venedig, Pola, Opatija, Cricvenica, Senj, Rab, Trogir, Split, Kotor, Cetinje, Bar, Budvar, Dubrovnik, Mjlet, Korcula, Hvar, Sibenik und Zara aufgesucht. Die Reise ist vom 19. bis 27. Mai.

Programme, Auskunft und Anmeldung beim Leiter der Fahrten: Univ.-Prof. Dr. Artur Kutscher, München 33, Postfach 5.

AUS DER FAKULTÄT

Für das Rektoratsjahr 1955/56 wurde an der Universität München Prof. Dr. med. Werner Bickenbach zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

PERSONALIA

Nobelpreisträger Prof. Dr. med. Gerhard Domagk, Leiter der Abteilung für experimentelle Pathologie der I.G. Farbenindustrie, feierte am 30. Oktober 1955 seinen 60. Geburtstag.

Die Oberärzte der Dermatologischen Klinik München, die Privatdozenten Dr. Hans Götz und Dr. Hans-Wolfg. Spier, wurden von der Italienischen Dermatologischen Gesellschaft (anlässlich des 40. Kongresses in Neapel) — „Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia“ — zu korrespondierenden Mitgliedern ernannt.

Dem Honorarprofessor für Innere Medizin, Prof. Dr. Arno Eduard Lampé, wurde am 1. 10. 1955 durch den Herrn Bundespräsidenten das Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik verliehen.

Dr. med. Hans Neuffer, Stuttgart, wurde am Sonntag, dem 11. September, anlässlich der Einweihung der Landessanitätsschule in Pfalzgrafenweiler bei Freudenstadt das Goldene Ehrenzeichen des Roten Kreuzes verliehen.

Die Medizinische Fakultät der Universität München hat dem Professor für Innere Medizin a. d. Universität Boston (USA), Dr. Siegfried Thannhauser, in Anerkennung seiner großen Verdienste um die medizinische Wissenschaft den Ehrendoktor („Dr. med. honoris causa“) verliehen.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Verband der Ärzte Deutschlands

Die Bezirksvereine Ober- und Niederbayern des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) laden zu einer Vortragsveranstaltung am

Sonntag, den 27. November 1955, 10 Uhr,

in Burghausen, Helmbrechtssaal (am Stadtplatz), ein. Dr. Dr. von Gugel, 1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), spricht über die „Reform der sozialen Krankenversicherung“.

Im Anschluß an diese Versammlung ist ein gemeinsames Mittagessen im Hotel „Vier Jahreszeiten“ geplant und für den Nachmittag ein Besuch der Burghausener Burg. Als Abschluß ist eine gemeinsame Fahrt nach Ach (Oberösterreich) vorgesehen.

Für Kollegen, die bereits am Samstagabend anreisen, findet ein kleines geselliges Beisammensein im Hotel „Vier Jahreszeiten“ statt.

Douglasin

bisher
DILATOL-CHININ

Prophylaxe, Kupierung und
Therapie von Erkältungs-
krankheiten, insbesondere
Schnupfen und Grippe

Alle 2 Stk. 1-2 Dragées

TROPON

5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion

In der Zeit vom 3./4. Dezember 1955 findet in Bochum im Bergmannsmuseum die 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion statt. Leitung: Prof. Dr. Bürkle de la Camp. Hauptthemen: 1. Nicht blutgruppenmäßig bedingte Transfusionsstörungen. 2. Die intraarterielle Bluttransfusion. Anfragen wegen Teilnahme und Programm sind zu richten an Prof. Dr. Bürkle de la Camp, Bochum/Westf., Krankenanstalten „Bergmannsheil“.

KONGRESSKALENDER

INLAND

November 1955

24.—26. in Gießen: Arbeitstagung der Fachärzte für Chirurgie. Auskunft: Prof. Herzog, Patholog. Institut, Gießen.

Dezember 1955

3.—4. in Bochum: 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion. Auskunft: Prof. Dr. Bürkle de la Camp, Bochum/Westf., Krankenanstalten „Bergmannsheil“.

AUSLAND

November 1955

19.—20. in Amsterdam: gemeinsame wissenschaftliche Tagung der Niederländischen und Deutschen Sektion des „International College of Surgeons“ im Koninginlijk Instituut vor de Tropen.

RUNDSCHAU

Deutschlands Sozialversorgung an erster Stelle. Die Aufwendungen der Bundesrepublik für die soziale Sicherheit sind, auf das Volkseinkommen bezogen, nach einer Aufstellung des Bundesarbeitsministeriums mit 18,2 Prozent die höchsten aller vergleichbaren Staaten der Erde. Der Aufstellung liegt eine nach einheitlichen Richtlinien durchgeführte Untersuchung über die diesbezüglichen Kosten bei den Mitgliedstaaten der internationalen Arbeitsorganisation zugrunde. Verteilt man die Ausgaben für die soziale Sicherheit auf die Gesamtzahl der Bevölkerung in der Bundesrepublik, dann ergibt sich eine Kopfquote von 436,60 DM (vgl. zu 1949 ein Anstieg um 75 Prozent). „Hannoversche Allgem. Zeitung“ v. 4. 10. APR 13/55

Keiner weiß, wer für was zahlt. (Wirtschaftsztg., Stgt., 22. 10. 55): Die Bemühungen um eine ernstliche Sozialreform müssen in dem Augenblick als suspendiert oder gescheitert betrachtet werden, in dem die Koalitions- und Oppositionsparteien ihren Wettlauf um politisch erfolgreiche Wahlversprechen beginnen. Dieser Augenblick scheint schon da zu sein. Wenn nämlich die politische Maschinerie nur dazu da ist, jeden greifbaren Betrag so schnell wie möglich propagandistisch auszuschütten, so kann die Sozialreform nicht einmal beginnen. Offensichtlich rächt sich jetzt, daß der Mischmasch der Motive, der in der 70jährigen Entwicklung unserer Sozialversicherung aufgekommen ist, nie gründlicher betrachtet wurde. In diesen 70 Jahren haben von jeher Versicherungs- und Versorgungsprinzipien, Bedarfs- und Standesüberlegungen, politische Augenblicksstimmungen, vorübergehende Schlagkraft einzelner Gruppen das Bild gestaltet, von dem heute ganz zu Unrecht behauptet wird, es sei bereits ein klares Gesamtsystem. Noch immer herrscht bis heute die größte Unbedenklichkeit in der Kreuzung der Prinzipien. 1949 verhielten sich die drei Arten von Renten, die es in der deutschen Rentenversicherung gibt, wie 46 : 49 : 110; diese Relation hat sich kaum geändert. Das Leistungsgefälle der einzelnen Versicherungssparten ist also auch bei gleichen sozialen Tatbeständen außerordentlich. Das ist einer der Gründe, warum es so viele schandbar schlechte,

unzureichende Rentenleistungen gibt, während selbstverständlich tiefes Schweigen über die anderen Fälle herrscht, in denen das Geld mangels „gezielter Leistung“ nutzlos vertan wird. Es gibt also keinen Maßstab für die Gerechtigkeit auf der Leistungsseite.

Es gibt aber auch keinen Maßstab auf der Aufbringungsseite. Ein Drittel des deutschen Konsums wird aus Renten und ähnlichen Leistungen finanziert, nicht aus Arbeitseinkommen. Nachdem die Methode, die Rentenlasten durch Beiträge zu finanzieren, aufs äußerste angespannt ist, verlagert sich die Aufbringung mehr und mehr auf indirekte Steuern. Schon die Arbeitgeberbeiträge wirken technisch als solche dem allgemeinen Konsum auferlegte Taxen. Das hat zur Folge, daß niemand mehr weiß, wer wofür zahlt. Sicher ist nur das eine, daß die breite Masse immer mehr auch die Lasten aufbringt und daß dieses ganze System nach dem grausamen Einwand von Frau Alva Myrdal, Stockholm, darauf hinausläuft, daß man die Armen für die Armen zahlen läßt. Zu Bismarcks Zeiten wurde die Tragkraft der Wirtschaft als Grenze eingewendet, die Arbeitgeber glaubten, noch bremsen zu müssen. Heute wissen wir längst, daß sie die Auflagen weitergeben können und müssen. Das Verhältnis zwischen dem Finanzministerium und dem Parlament ist aber geradezu umgedreht. Das Parlament als Hüter des Steuersäckels zeigt heute seine Kraft in einer Bewilligungsfreudigkeit, der nur der Finanzminister Widerstand leistet, als ob er sein Geld gäbe und nicht das Geld des kleinen Mannes, das hier durch die Mühle der zweiten Einkommensverteilung gedreht wird.

Leider ist nicht anzunehmen, daß die bestehenden Gremien für die Sozialreform zu einem Erfolg kommen, ehe das heranrückende Wahlfever jede sachliche Erörterung verfälscht. Die bekannten Anträge auf Rentenzulagen vor Weihnachten zeigen das mit erschreckender Deutlichkeit. Dennoch bleibt nur die Möglichkeit, neben der unvermeidlichen Tagespolitik daran weiterzuarbeiten, daß vernünftige Maßstäbe gefunden werden, nach denen das wild gewachsene Gefüge sozialer Leistungen klarer und wirksamer gemacht werden kann. Renten also, die nicht nur an die richtige Person gelangen, sondern die auch ausreichend sind. Es soll niemand sagen, daß wir zu arm wären, um unseren sozialen Pflichten nachzukommen. Aber es ist auch kein Zweifel, daß die größte Wirtschaftskraft nicht ausreicht, alle sozialen Wünsche zu befriedigen, solange man versucht, nach einem politischen Berechnungsprinzip mit möglichst breiter Streuung den Staat als Wohltäter beliebt zu machen. DZA/C/86/55

Soziale Sicherheit mit Belgeschmack. (Der Volkswirt, Fkft., 22. 10. 55): Unlängst hat das Internationale Arbeitsamt in Genf (ILO) eine Übersicht über die Aufwendungen der Mitgliedstaaten für die soziale Sicherheit von 1949 bis 1951 veröffentlicht . . . Etwas mehr Aktualität wäre zu wünschen, denn auch der Sozialpolitiker betrachtet Ergebnisse, die vor mehr als 4 Jahren erzielt worden sind, schon als historisch. Immerhin interessiert an dem veralteten Fazit, daß das Bundesgebiet 18,2 v. H. seines Volkseinkommens für die Leistungen der sozialen Sicherheit verwendet hat und damit an der Spitze liegt . . . Obwohl in allen Industrieländern und selbst in wirtschaftlich unterentwickelten Gebieten ein förmlicher Wettlauf um gute und ausreichende soziale Sicherung eingesetzt hat, wird das deutsche „Sozialwunder“ nicht so schnell erreicht werden. Dafür sprechen die Übersichten, die das BMA — erfreulich schnell und regelmäßig — über den Sozialaufwand 1954 vorlegt. 1954 schließt mit 21,62 Mrd. DM an Netto-Ausgaben und 23,97 Mrd. DM an Brutto-Einnahmen ab. Die Ausgaben sind auf 19,2% des Volkseinkommens angewachsen. Bemerkenswert ist, daß etwa 22 v. H. der Ausgaben durch Beiträge der Arbeitnehmer, etwa 33 v. H. vom



Standardart.

antitussicum

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

Bellacornut

bei neurovegetativen Störungen

Wirkungsweise:

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

Extr. Belladonn. DAB 6	2 mg
Extr. Hyoscyam. DAB 6	2,5 mg
je Dragée: Extr. Secal. cornut. titr.	10 mg
Ac. phenyl-aethylcarb.	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. phenyl-aethylcarb. = sedativ (Zwischenhirn).

Aethinyl-Oestradiol	0,5 Gamme
Methyltestosteron	1 mg
je Dragée: Extr. Belladonn. DAB 6	2 mg
Extr. Hyoscyam. DAB 6	2,5 mg
Extr. Secal. cornut. titr.	10 mg
Ac. phenyl-aethylcarb.	25 mg

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

Hormocornut

bei neurohormonalen Störungen im Klimakterium

AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE • BERLIN 65

Dr. E. Ritsert

Anaesthesin-*) { Bonbons u. Dragées
Salben
Puder
Suppositorien
Tabletten 0,2 und 0,5

Schmerzstillende Spezial-Präparate

Subcutin-Lösung 2%

Schmerzstillendes Schleimhaut-Antiseptikum
Bei Verordnung O. P. oder Ritsert hinzufügen

Anaesthesin-Rivanol) Pastillen**

Schmerzstillendes Antiseptikum

Vaselin 10%

**Anaestheform- Puder
Suppositorien**

Schmerzstillende Wundantiseptika



Dr. E. RITSERT

Fabrik pharmazeutischer Präparate
FRANKFURT/Main

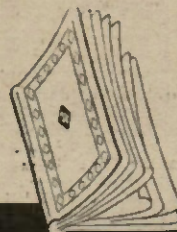
*) Erfinder Dr. E. Ritsert, Wz. Inh. Farbwerke Hoechst A.G.
**) Wz. Inh. Farbwerke Hoechst A.G.

Aus unserem Almanach



Ich war ein Teil seiner Bequemlichkeit,
Ich war seine — Frau.

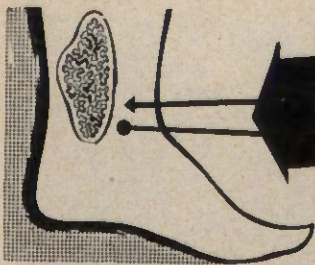
Gide



Asthma bronchiale
anginöse Beschwerden,
cerebr. Durchblutungs-
störungen

Befreit!

FEBENA · KÖLN



MEDICRUCIN

Die NEUE,
ERFOLGREICHE
THERAPIE DES

Ulcus cruris



• MEDICE • CHEM.-PHARM. FABRIK G. M. B. H. ISERLOHN/WESTF.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum



HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

Frankenwald-Sanatorium

Wirsberg/Boyers

Offene Privatnervenklinik

Alle Indikationen und modernen Behandlungsmethoden
der Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie.
Leit. Arzt: Dr. H. J. Welland — Tel. Neuenmarkt 5



Privatklinik
Dr. C. Ph. Schmidt
für Nerven- und Gemütskranke.
Neuzeitl. Diagnostik u. Therapie.
Elektroschock, Aoxie, Dauer-
schlaf, Psychotherapie, Mast-
kuren etc.
München 15, Pettenkofenstr. 32
Telefon 5 10 02

**NEUROLOGISCHE
ABTEILUNG**
Kurheim Ludwigsbad
Bad Albtng/Obb.
Neurologische und psychiatrische
Medikamentöse, diätetische,
physikalische Therapie, Bäder,
Massagen, Entziehungskuren,
Psychotherapie.
Leitender Arzt:
Dr. Eisheuer,
Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie.

In allen Fragen der
**Bäder- u. Heilstätten-
Werbung**
berät Sie
CARL GABLER
WERBEGESellschaft M.B.H.
München I, Theatinerstr. 8, Ruf 2 86 86

Klinische Kurabtlg. Feldafing
im Hotel „Kaiserin Elisabeth“.
700 m. Herrl. Lage über dem
Starnberger See im Süden
Müchens, Innere, bes. Herz-
Kreislaufkrankheiten. Leitender
Arzt Dr. Hüglin, F. f. l.,
EKG, Rö., Stoffwechsellabor
usw., Diät, Orig. Schrothkur,
med. Bäder, Massage, Pro-
spekte, Telefon 215.

Sanatorium **ST. BLASIEN**
südlicher Schwarzwald — 800 m ü. d. M.
Deutschlands höchstgeleg. Privatheilanstalt
für Lungenkranke
und andere Formen der Tuberkulose
alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden
einschl. großer Tharox-Chirurgie
Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE

Herzoghöhe Bayreuth
Privatklinik für innere Krankheiten, Nerven- u. Gemütsleiden.
Klinische Diagnostik und Therapie
Diätetik-, Fastea- und Mestkuren (Diabeteseinstellung).
Nervonpunkt-, Bindegewebs- und Periostmassagen, Kurzweilena-,
Ultraschall-, Überwärmungsbehandlung, Heilnästhesie u. Blok-
kadetherapie. Moderater Arzneitherapie, Entziehungskuren und
Psychotherapie, Elektroschocktherapie, Fiebertkuren
Leitung: Ordentl. Professor Dr. KURT GUTZEIT

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien
Abbach (372 m). Schwefelhaltige Quelle gegen Rheuma, Frauen-
leiden, Nervenentzündungen, Hautkrankheiten.
Ebenbansen bei München. Sanatorium Ebenbansen, klinische
Anstalt für innere Krankheiten, speziell Herz-Kreislauf-
krankheiten. Psychotherapie. Chefarzt Dr. Stark.
Rottach-Egern am Tegernsee, Ringhergklinik
Telefon Tegernsee 43 41 - 60 Betten
Private Spezialklinik für biol. interne Tumortherapie und
zur Behandlung chronischer Krankheiten.
Chefarzt: Dr. Issels.
Intrae Nechtheadlung nach Op. u. Bestr. Primär inkurable
Tumoren. Lymphogrennolomatose, Leukämie.

Anzeigenschluß für die Dezember-Ausgabe ist am 28. 11. 1955

OPEL-HAUSLER
ZENTRALE
MÜNCHEN 12
LANDSBERGER STRASSE 83 - 87
TELEFON 858631

AUSSTELLUNGSRAUM, MÜNCHEN 2 · LENBACHPLATZ 6 · TEL. 52414
OPEL-KUNDENDIENSTSTATIONEN
MÜNCHEN-OST, M B · XUSSERE WIENERSTRASSE 65 · TEL. 45216
MÜNCHEN-WEST, MD-OBERMENZING · VERDISTRASSE 96 · TEL. 82050
MÜNCHEN-SÜD, GRONWALD · SÜDL. MÜNCHNERSTE · TEL. 471967



Salistoperm Inasthmon

Das percutane Heilanaestheticum

Das percutane Expectorans

PERMUCUTAN-GESELLSCHAFT MBH · MÜNCHEN 13

Staat, anderen öffentlichen Stellen und Sondersteuern (Lastenausgleich) sowie etwa 40 v. H. von den Arbeitgebern aufgebracht werden. Was der Staat für die soziale Sicherheit auswirft, muß die Bevölkerung durch Steuern bezahlen. Die besonders hohe Belastung der Arbeitgeber ist auffällig, aber noch nicht vollständig. Die ILO erkennt als Leistung der sozialen Sicherheit nur an, was gesetzlich vorgeschrieben und durch öffentliche oder Körperschaften des öffentlichen Rechts verwaltet wird. Mithin bleiben die erheblichen Aufwendungen der Arbeitgeber, die sie neben den gesetzlichen noch als betriebliche Sozialleistungen gewähren, völlig unberücksichtigt. Im Bundesgebiet gehen die Bestrebungen dahin, die sozialen Einrichtungen der Betriebe zu verstärken. Die Arbeitnehmerorganisationen streben hingegen nach dem Wohlfahrtsstaat und wollen von den zusätzlichen Arbeitgeberleistungen wenig wissen. Diesem Standpunkt hat sich die ILO angeschlossen, denn ihre Übersichten enthalten keine Angaben darüber, was außer den staatlich dirigierten Sicherheitsmaßnahmen noch sonst für die Altersversorgung und die „berühmten Wechselfälle des Lebens“ getan wird. Dadurch bekommen die internationalen Leistungsversuren für die soziale Sicherheit einen sozialistischen Beigeschmack.

DZA/C/86/55

Sozialreform im Hintertreffen. (Der Volkswirt, Frankfurt, 22. 10. 55): Während die Sozialreform in den ministeriellen Gremien dahinsiecht, bis heute noch keine konkreten Pläne vorgelegt worden sind, und die Regierung also auch noch über kein Programm verfügt, hat im Bundestag eine Art „soziale Offensive“ der Parteien begonnen. Schon Ende September hat die SPD Gesetzentwürfe eingebracht, die eine entscheidende Aufbesserung der Bezüge gemäß dem Bundesversorgungsgesetz vorsehen, die Gleichstellung der Arbeiter mit den Angestellten in Krankheitsfällen sowie Sonderzulagen für die Empfänger von Unterhaltsbeihilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz. Auch die fast gleichlautenden Anträge der CDU und des GB/BHE für ein 2. Rentenmehrtragsgesetz, lassen erkennen, daß die langwierigen theoretischen Erörterungen über die Reform aufmerksame Parlamentarier zwingen, nicht länger zu warten und die heißesten Eisen anzupacken. Aber nicht nur die Parteien, auch die außerparlamentarischen Interessenverbände der Rentenempfänger einschließlich des DGB verstärken ihre Aktivität, die im Hinblick auf die näher rückende Bundestagswahl wohl immer spürbarer werden dürfte. Die Gefahr ist jetzt mit Händen zu greifen, daß die eigentliche Sozialreform durch einzelne „Vorwegnahmen“ überrollt und schließlich gegenstandslos wird. In der Öffentlichkeit ist darauf schon wiederholt hingewiesen worden, aber man predigte tauben Ohren. Anstatt entschlußfreudiger zu werden und wenigstens in Kürze die Rahmenplanung der Reform abzuschließen sowie die allgemeinen Wege festzulegen, auf denen man weiterzugehen ge-

denkt, steckt man immer noch in „ernsthafter Prüfung“ und kommt keinen Schritt voran. Läge wenigstens der allgemeine Rahmen der Reform fest, dann hätte die Legislative einen Richtungspunkt und müßte nur prüfen, ob die einzelnen Vorschläge und Gesetzentwürfe in die allgemeine Linie passen. Ginge man nach dem Grundsatz: erst der Rahmen, dann die Füllung, vor, ersparte man sich viel Leerlauf und könnte vor allem den Ärmsten der Armen schnell helfen, ohne die Reform des Gesamtsystems in Frage zu stellen

DZA/C/86/55

Sozialreformen. Im Verlauf der Hauptversammlung des Gesamtverbandes der Versicherungswirtschaft in München kam Generaldirektor Dr. Werner Plath, der Vorsitzende des Präsidiums des Gesamtverbandes, auch auf die Sozialreform zu sprechen. Der Versicherungsgedanke dürfe nicht durch ein vielleicht unklares Solidaritätsprinzip oder ein unübersehbares Subsidiaritätsprinzip abgelöst werden. Wörtlich erklärte der Redner: „Wir Privatversicherer möchten uns nicht in die Rolle eines Konkurrenten der Sozialversicherung drängen lassen; wir sind überzeugt davon, daß Sozial- und Privatversicherung eine wichtige Aufgabe zu erfüllen haben. Wir wenden uns nicht dagegen, daß der sozial Bedürftige eine angemessene Hilfe des Staates erfahren muß. Wir wollen auch einräumen, daß hier noch manche Lücken geschlossen werden müssen. Wir wenden uns aber dagegen, daß mit der Steuerkraft und den Garantien des Staates der überwiegende Teil unserer berufstätigen Bevölkerung in ein System gelockt wird, das die Selbstverantwortung ablehnt, der Wirtschaft untragbare Lasten auferlegt und schließlich zu einem nur noch vegetierenden Versorgungsstaat führt.“ ... (Münchener Merkur, 7. 10. 55).

DZA/C/82

Arbeitstagung des Beirats für die Neuordnung der sozialen Leistungen. (Die Welt, Hbg., 6. 10. 55): ... Auf der Arbeitstagung in Unkel stellte der Beirat zwei Grundsätze seinem Programm für die krankheitsvorbeugenden Maßnahmen voran: Der großzügige Ausbau der Krankheitsverhütung soll bei der kommenden Sozialreform eine wichtige Rolle spielen. Dazu gehört auch die ständige ärztliche Überwachung aller Gesunden ... Auch die Frage der Invalidität stand im Vordergrund. — Der Beirat empfiehlt vor allem:

1. Die Bevölkerung soll aufgeklärt werden, wie sie ihre Gesundheit schützen kann.
2. Mehr Beratungsstellen für bestimmte Krankheitserscheinungen.
3. Die Bevölkerung soll sich in regelmäßigen Abständen freiwillig untersuchen lassen. Zentrale Gesundheitskarteien, -akten und -pässe werden ausdrücklich abgelehnt. Jeder soll sich vom Arzt seines Vertrauens untersuchen lassen können. Über Einzelheiten wird mit den Ärzten und Krankenkassen noch beraten.

Ohne HCl —
trotzdem starke Säurebildung —
hohe kateptische und peptische
Verdauungskraft —

HELOPHARM KG · BERLIN N 20

Helo-acid

Dragees zur Magensaft- und Fermentsubstitution

4. Besondere Bedeutung haben Vorsichtsuntersuchungen, um Herz, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Rheuma, Krebs sowie Zahn- und Kieferschäden zu erkennen.
5. Unter bestimmten Voraussetzungen sollen zum Schutz der Gesundheit nicht nur für Kranke Kuren gewährt werden. Dabei soll auch eine ausreichende wirtschaftliche Hilfe für die Familienangehörigen während der Kur berücksichtigt werden.

Noch nicht abgeschlossen hat der Beirat seine Beratungen über die Leistungen im Fall der Invalidität. Die Dauerinvalidenrenten sollen Aufgabe der Rentenversicherungen bleiben. Für die Frühinvalidität spielt die Krankheitsverhütung eine Rolle. Staatssekretär Sauerborn erklärte dazu, daß jedoch nicht jeder jeden Augenblick einen Arzt neben sich haben wird.

DZA/C/82

Die Allgemeine Ortskrankenkasse München meldet in ihrem Jahresbericht einen alarmierend hohen Krankenstand. In früheren Jahren waren es 3,7, jetzt 5 v. H. Der Münchner Krankenstand liegt weit über dem der Bundesrepublik. Um die Ursachen zu ergründen, erteilte die AOK dem Institut für medizinische Arbeitsforschung einen Forschungsauftrag. Bisher vermuteten die Ärzte, daß vor allem das ungesunde Münchner Klima mit seinen Wetterstürzen und Temperaturschwüngen daran schuld sei. Die Erkrankungen der Atmungsorgane überwiegen seit Jahren ... Von den insgesamt 453 001 Versicherten erkrankten 168 664; 53 968 Patienten mußten in eine der 75 Kliniken eingewiesen werden; es entstanden durchschnittliche Krankenhauskosten von 213 DM, für Rentner = 321 DM. Für Arzneikosten wurden 680 000 DM mehr als 1954 ausgegeben. Rund ein Fünftel der gesamten Beitragseinnahmen von 73 Mill. DM mußten für Arzthonorare bereitgestellt werden. Rund 19 Mill. DM wurden für Krankengelder ausgegeben. Die Ausgaben pro Mitglied betragen 59,68 DM (Durchschnitt in der übrigen Bundesrepublik = 41,22 DM).

Daß die AOK 1954 mit einem Defizit von etwa 265 000 DM abschließen mußte, wird auf eine nicht zu vertretende Mehrausgabe in der Krvvrs. der Rentner zurückgeführt. Ohne die KvdR wäre eine Mehreinnahme von 1,6 Mill. DM zu verbuchen gewesen. Die LVA-Oberbayern stiftete der AOK zur Überbrückung ein „Darlehen“ von 1 Mill. DM. Das Vermögen der AOK beträgt trotz des Defizites noch 23,3 Millionen DM. (Südd. Ztg., Mchn., 6. 10. 55).

DZA/C/82

Oberlandesgericht Düsseldorf verweist Zahntechniker ins Labor. (Dr. Maetzky, Pressestelle des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte, Köln, 8. 10. 55): Das Oberlandesgericht Düsseldorf hat am 6. 10. die Revision verworfen, die ein Zahntechnikermeister gegen das durch die Große Strafkammer des Landgerichts Wuppertal gegen ihn wegen unerlaubter Ausübung der Zahnheilkunde verhängte Strafurteil eingelegt hatte. Dieses Strafverfahren war von der Gruppe der Zahntechniker als Musterprozeß aufgezo-gen worden, die den Anspruch darauf erhebt, Zahnersatz nicht nur im Auftrag von Zahnärzten herzustellen, sondern ihn auch selbstständig unter Vornahme aller notwendigen Maßnahmen am Patienten eingliedern zu dürfen.

Durch die Entscheidung des Oberlandesgerichts ist nicht nur die Verurteilung des angeklagten Zahntechnikermeisters rechtskräftig geworden, sondern auch eindeutig festgestellt, daß auch das Eingliedern herausnehmbaren Zahnersatzes ärztliche Behandlung und Ausübung der Zahnheilkunde im Sinne des Zahnheilkundengesetzes ist. Das OLG erklärte die Bestimmungen des Gesetzes für so eindeutig und klar, daß eine andere Auslegung nicht in Frage käme. — Im übrigen wird die wichtige Tätigkeit der Zahntechniker, im Auftrage von Zahnärzten Zahnersatz entweder im eigenen gewerblichen Labor oder im praxiseigenen Laboratorium eines Zahnarztes herzustellen, durch dieses Urteil nicht berührt.

DZA/C/82

Von der belgischen Ärzteschaft ist die Reform des Krankenversicherungswesens in Belgien abgelehnt worden. Der Gesamtverband der belgischen Ärzteschaft beschloß, gegen die Regierungserlasse in den Streik zu treten. Vermutlich werden sie die Ausfüllung der Unterlagen für die Krankenkassen ablehnen und die Aufnahme des „Gutscheins“ verweigern, den die Kranken als Bezahlung übergeben sollen. Die Ärzte wollen jedoch die Bedürftigen kostenlos behandeln. (Hannoversche Allgemeine Zeitung, 5. 10. 55).

DZA/C/81

AMTLICHES

Einführungslehrgang für die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle München-Stadt und -Land, veranstaltet am Samstag, den 17. Dezember 1955, in der Universitäts-Frauenklinik, München, Maistraße 11, einen Einführungslehrgang für die Kassenpraxis gem. § 15 Abs. 6 des Bayer. Zulassungsgesetzes vom 14. 6. 1949. Anmeldungen zu diesem Lehrgang sind schriftlich bis spätestens 1. 12. 1955 an die KVB-Bezirksstelle München-Stadt und -Land, München 2, Briener Straße 11, zu richten. Das Vortragsprogramm für den Lehrgang geht den Teilnehmern nach erfolgter Anmeldung zu.

Dr. Petz, Vorsitzender.

Stellenausschreibung für die staatl. Gesundheitsämter

Die Amtsarztstellen bei den staatlichen Gesundheitsämtern in Hofheim, Bad Kissingen und Miltenberg sind neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den 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 Dienort zuständige Regierung. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. Dezember 1955 eingegangen sein.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor.

BUCHBESPRECHUNGEN

Medizinalkalender 1956. 77. Jahrgang. Herausgeber: Dr. W. von Brunn. Verlag Georg Thieme, Stuttgart. 842 S. mit Tageskalendarium, flexibl. Leinen, DM 7.50.

Der 77. Jahrgang des von Börner begründeten Medizinalkalenders hat die altbewährte Form beibehalten. Inhaltlich hat sich gegenüber der vorjährigen Ausgabe nichts Wesentliches verändert. Die Referate wurden von den Autoren überarbeitet und das Spezialitätenverzeichnis auf den neuesten Stand gebracht. Letzteres könnte dadurch für den Praktiker als Nachschlagewerk noch wesentlich wertvoller werden, wenn bei injizierbaren, stark wirkenden Arzneien die genaue Applikationsart angegeben werden würde. Aber auch ohne diese kleine wünschenswerte Verbesserung wird der Medizinalkalender dem praktischen Arzt ein wertvoller Helfer sein. Si.

Deutscher Arztekalendar 1956. 29. Jahrgang. Verlag Urban & Schwarzenberg, München. 602 S., Kunstleder, DM 7.50.

Der Deutsche Arztekalendar enthält auch in seinem 29. Jahrgang wieder die bewährten, dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis entsprechend überarbeiteten Kapitel. Neu hinzugekommen sind die „10 Regeln zur Aerosol-Therapie“ sowie eine Zusammenstellung und Dosierung der wichtigsten Medikamente zur Aerosol-Therapie.

Der Bedeutung der Präventiven-Medizin und zugleich der Forderung der praktizierenden Ärzteschaft, diese als ihr Aufgabengebiet nicht dem Staat zu überlassen, wurde durch die Aufnahme der bei Schwangeren und Diabetikern im Rahmen der vorbeugenden Behandlung zu beachtenden Gesichtspunkte Rechnung getragen.

Damit wird auch der Deutsche Arztekalendar 1956 wieder zum unentbehrlichen Begleiter des Arztes bei seiner täglichen Arbeit. Si.

Bestellungsordnung für Ärzte. Herausgegeben von Dr. Friedrich Koch/Julius Franke. Carl Heymanns Verlag KG., Köln I, 150 Seiten, Broschur DM 5.25.

Mit dem vorliegenden Werk erscheint zum erstenmal ein Kommentar zur Bestellungsordnung für Ärzte. Die Herausgeber, die am Zustandekommen der Bestellungsordnung wesentlichen Anteil haben, bieten damit der Praxis auf einem schwierigen Rechtsgebiet einen zuverlässigen Wegweiser.

Der Kommentar gibt Auskunft über alle Zweifelsfragen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung, Prüfung und Bestallung. Dem Werk ist eine eingehende historische Darstellung des ärztlichen Ausbildungswesens vorangestellt, es bringt im Anschluß an einschlägige Texte eine erschöpfende Erläuterung. Ein ausführliches Sachverzeichnis erleichtert die Handhabung.

Die genaue Kenntnis der Bestellungsordnung für Ärzte ist für deutsche und ausländische Studierende der Medizin von wesentlicher