



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 5

München, Mai 1956

11. Jahrgang

Das Würzburger Ärztehaus

Auf Einladung der Bezirksstelle Unterfranken der KV Bayern fanden sich am Vormittag des 14. April zahlreiche Vertreter der Ärzteschaft und der Behörden zur Feier der Einweihung des neuen Ärztehauses in Würzburg zusammen. Der Neubau war notwendig geworden, weil das alte Ärztehaus in die Neuplanung der Post- und Bahnhofsgebäude einbezogen worden war und geräumt werden mußte. Als Bauherr begrüßte der I. Vorsitzende der Bezirksstelle Unterfranken, Dr. Diem, im Kongreßraum des neuen Hauses außer dem Vertreter der Bayer. Staatsregierung, Regierungspräsidenten von Unterfranken, Dr. Hölzl, die Vertreter zahlreicher Behörden, der beiden Kirchen, der Universität, der Stadt Würzburg, der Versicherungsträger, der Zahnärzte und der Apotheker wie auch der Presse, sowie als Vertreter ärztlicher Spitzenorganisationen den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Neuffer, den I. Vorsitzenden der Bundes-KV, Dr. Sievers, den I. Vorsitzenden der KV Nordbaden, Dr. Benz, und von den bayerischen Kollegen den Präsidenten der Landesärztekammer, Dr. Sewering, den I. Vorsitzenden der KVB, Dr. Völlinger, Mitglieder des Landesvorstandes der Kammer und KV und besonders herzlich die Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksvereine Unterfrankens.

Die Reihe der Redner eröffnete gebührenderweise der Schöpfer des Werkes, Reg.-Baumeister Hannig, der einen Rückblick über die Entstehung des Baues gab und die ihm gestellte Aufgabe darlegte, welche die Schaffung optimaler Arbeitsräume verlangte, die gleichzeitig den Forderungen der Schönheit wie einer gewissen Repräsentation bei Vermeidung jeglichen Luxus' genügen sollten. Nach der feierlichen Schlüsselübergabe nahm Dr. Diem, der den Bau von seinen ersten Anfängen an betreut hatte, das Wort zu einer nachdenklichen Betrachtung über die Vorgeschichte des Baugrundes, wie sie durch die Grabungen zutage getreten war, nicht im Sinne einer bloß historischen Reminiszenz, sondern eines verpflichtenden Programms für die Zukunft. Da seine Ausführungen weit über den Rahmen ihres eigentlichen Anlasses hinausgehen, sollen sie — einem mehrfach geäußerten Wunsche entsprechend — auf den nächsten Seiten unseres Blattes veröffentlicht werden.

Unter den Gästen, die ihre Glückwünsche zum Ausdruck brachten, sprach Dr. Sewering noch den besonderen Dank der ganzen bayerischen Ärzteschaft aus an Dr. Diem, der während der 16monatigen Bauzeit einen großen Teil seiner Zeit und Arbeit dem Bau gewidmet und der vor allem die ganze Gestaltung und Atmosphäre der Innenräume maßgebend mitbeeinflußt hatte. Unter der Führung des neuen Hausherrn und des Baumeisters fand anschließend eine Besichtigung des Hauses statt. Es sei versucht, wenigstens einen Gesamteindruck wiederzugeben.

Es gibt wohl kaum eine Stadt in Westdeutschland, in der es so schwer wäre, neben die geschlossene Einheit eines hohen Baustils ohne allzu krasse Dissonanz einen modernen Zweckbau zu stellen wie gerade in Würzburg, diesem Kleinod höfischen Barocks, von dem trotz aller Zerstörung immer noch so viel geblieben ist, daß es die dominante Note im Stadtbild ausmacht. Nun steht in unmittelbarer Nähe des alten Domes, im Anblick des Käppele, das neue Ärztehaus — und mit Befriedigung

kann man feststellen, daß es mit seinen noblen Proportionen, seiner ausgewogenen, klaren Gliederung und jedem Verzicht auf eine Überbetonung der rein konstruktiven Elemente durch die Redlichkeit seiner Baugesinnung sich harmonisch in das alte Bild einfügt. Völlig überraschend ist der Eindruck der Innenräume! Es war ein kühner Gedanke Dr. Diems, in einem modernen Zweckbau die großflächige Verwendung eines pompejanischen Rots zu wagen. Aber der Erfolg hat ihm recht gegeben: den Eintretenden empfängt ein Vestibül von so festlichem Charakter, geziert von zwei dekorativen Schmuckvasen aus der Künstlerhand einer Tochter unseres Kollegen Dr. Forchheimer, daß er es unmittelbar verspürt, wie von der Magie der Farbe der graue Geist des Bürokratismus in diesen Räumen gebannt wird. Die Verwendung diskreter Farben in den Innenräumen betont diesen Eindruck. Wie sich die Glaskonstruktion als Bauelement in einer Zimmerflucht bewährt, muß die Zukunft zeigen. Die weitläufige Anlage von 1200 qm überbauter Fläche gestattet es, die einzelnen Räume in angenehmen Proportionen zu halten. Der meiste Platz wird naturgemäß von der KV selbst benötigt, wobei nahezu der ganze Keller durch die Registratur in Anspruch genommen wird. Neben den eigentlichen Arbeitsräumen befinden sich in einem Flügel ein Kongreßsaal mit 130 Sitzen, ein kleiner Sitzungssaal und ein Bibliotheksraum.

Für alle Kollegen Unterfrankens, denen der Raum-mangel nicht gestattete, an der Einweihungsfeier teilzunehmen, bot sich aus Anlaß des Unterfränkischen Ärztetages am Sonntag, den 15. April, die Gelegenheit zu einer eingehenden Besichtigung und zu einer Aussprache im Kongreßsaal. Das Auditorium maximum der neuen Universität am Sanderring war gefüllt, als Dr. Diem die Tagung eröffnete und nach der Begrüßung der Gäste die Frage: „Was bedeutet uns das Ärztehaus?“ erörterte. Weit über seinen materiellen Zweck hinaus soll das neue Haus den Ärzten ein Heim, dem echten Arzttum ein Tempel und der Öffentlichkeit ein stolzer Ausdruck unserer Standesideale sein! Dabel gedachte Dr. Diem mit warmen Worten des erst vor drei Wochen verstorbenen früheren ärztlichen Geschäftsführers Dr. Dietrich Hub, durch dessen kluge Voraussicht es gelungen war, im Jahre 1936 das alte Ärztehaus zu erwerben, dessen Verkaufserlös zusammen mit den Rücklagen eine schuldenfreie Finanzierung des Ganzen ermöglicht hatte.

Nach den ausführlichen Referaten der Herren Dr. Sewering, Dr. Völlinger, Dr. Röscher, Dr. Sondermann, Dr. Vierheilig, Justituar Pöllinger, Heinze und Dr. Diem schloß Dr. Diem die Vormittagssitzung und lud alle Anwesenden zur Besichtigung des Ärztehauses in den Nachmittagstunden ein.

Der auswärtige Gast hat es ganz besonders dankbar begrüßt, daß in der ganzen Anlage der Tagung genügend Raum gelassen war, außerhalb der offiziellen Veranstaltungen mit einzelnen Kollegen Fühlung zu nehmen. Vielleicht war damit ein Fehler so mancher Tagungen klug vermieden worden, der den Wert eines derartigen persönlichen Kontaktes sooft unterschätzt. Nicht zuletzt war es auch der Genius loci, der edle Frankenwein, der die Gedanken beflügelte und die Herzen öffnete. So kamen Glückwünsche wie Dank für die Veranstalter aus vollem Herzen!

Zur Einweihung des Würzburger Ärztehauses

Festansprache am 14. 4. 1956 des 1. Vorsitzenden der Bezirksstelle Unterfranken der KV Dr. Ludwig Diehm

Hochverehrte Gäste!

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

In der Eingangshalle unseres neuen Ärztehauses steht folgende Inschrift:

IM 12. JAHRHUNDERT

ERSTAND DAHIER

DIE CURIA OSTERNACH

DA DIENTE DER BISCHOF

ALS HERZOG VON FRANKEN

RICHTEND DEM RECHT

1955 WUCHS

AUS DEN TRÜMMERN DAS HAUS DER ÄRZTE

DIE WILLENS,

DEM LEBEN ZU DIENEN.

Der Dienst am Recht und der Dienst am Leben darf nicht als ein Gegensatz betrachtet werden. Im Gegenteil erscheinen uns beide Dienste zusammen als die Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft.

Recht auf Leben —

Leben im Recht

Ein Leben ohne Rechtsboden ist kaum lebenswert, und das Recht auf Leben ist wohl das primitivste Recht des Menschen.

Was will diese Berufung auf den Dienst am Recht und Leben gerade in einem Ärztehaus bedeuten?

Diese Inschrift soll im ersten Teil nicht nur eine historische Reminiscenz sein, sie beinhaltet im zweiten Teil ein Programm.

Die Eingliederung des Arztes in den modernen Sozialstaat hat ihn mehr als früher, trotz der betonten Freiheit seines Berufes, in rechtliche Normen eingliedert, bringt ihn mehr als früher mit Rechtsvorschriften in Berührung und zwingt ihn selbst, sogar für seine Person und seine Tätigkeit die Forderung nach einem gesicherten Rechtsboden als Grundlage seiner Wirksamkeit innerhalb des Staatsganzen zu erheben. Einzelheiten darüber würden zu weit führen.

Heute soll uns die vornehmste Aufgabe des Arztes, „dem Leben zu dienen“, der Anlaß zu besinnlichen Überlegungen sein.

Eigentlich sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, daß die Heilkunst dem Leben dient. Aber weil in der Vergangenheit einige, wenn auch nur ganz wenige, dieser Selbstverständlichkeit vergaßen, weil aber in der ganzen Welt die ehrfurchtsvolle Achtung vor dem Leben zum mindesten gesunken zu sein scheint, und weil gewisse moderne Forderungen sich bedenklich abzeichnen und auch auf schwache Ärzte verlockend wirken könnten, ist die Betonung alter ärztlicher Selbstverständlichkeit von Bedeutung, wenn wir vom Dienst am Leben sprechen wollen.

Was ist schließlich der Krieg selbst und die Mißhandlung Kriegsgefangener und selbst schon das Spiel mit der Atomwaffe anderes als mangelnde Ehrfurcht vor dem Leben?

So einfach die These vom Dienst am Leben lauten mag, so schwer ist er oft und mit seelischen Konflikten geladen, wenn dem Arzt bei Geburtskomplikationen zwei Leben in die Hand gegeben sind, wenn der unheilbare, schmerzgequälte Mensch nach der erlösenden Spritze schreit, wenn ein besonderes Heilmittel oder ein chirurgischer Eingriff vielleicht das letzte Mittel gleich dem Zünglein der Lebenswaage erscheint.

In diesen Momenten wird die Verantwortung vor dem Schöpfer als Urquell des Lebens die letzte Entscheidung ermöglichen, aber auch in weniger entscheidenden Situationen wird der Wille zum Dienst am Leben aus noch anderen Quellen schöpfen können, um ihn lebendig zu halten und wirksam werden zu lassen.

Wo solche Quellen sprudeln — nicht immer rauschend fließend —, bisweilen vielleicht kaum gehaut unter der Oberfläche und doch befruchtend —, uns Kräfte zum Dienst am Leben schenken können, kam mir zum Be-

wußtsein, als wir während der Ausschachtungsarbeiten zu diesem Bau aus den alten Mauern der Ruine und aus dem Erdboden einige Fundstücke ausgruben, die zunächst nur das Interesse des Altertumsforschers erwecken mochten, aber über die naturwissenschaftliche und historische Erklärung hinaus den denkenden Arzt wie eine Offenbarung ansprachen gleich Symbolen kraftbildender Quellen für den Dienst am Leben.

Es waren ein Ammonshorn aus der Urzeit des Lebens auf unserer Erde,

zwei Säulenreste und ein Kapitell aus frühgotischer Zeit, ein Weinkrug aus der Staufzeit und ein Mühlentrog aus romanischer Zeit.

Lassen Sie mich die Sprache dieser Fundstücke Ihnen vermitteln:

In der Grundmauer fanden wir, mit deutlicher Absicht eingemauert, das Bruchstück eines Ammonshornes, einen Zeugen aus der frühesten Zeit des Lebens auf unserer Erde. Es läge wohl nahe, daran eine Betrachtung zu knüpfen, daß der ärztliche Beruf aus den Geheimnissen und Gegebenheiten der Natur seine ersten Kräfte, dem Leben zu dienen, schöpfen müsse. Doch mag es müßig sein, diesem Gedanken nachzugehen, weil er schon so oft erörtert und zum Gemeingut des Arztes geworden ist.

Aber dieses Ammonshorn scheint uns über diese Betrachtung hinaus etwas ganz Besonderes zu sagen zu haben. Es ist ein Bruchstück nur und doch: Der Maurer vor 700 Jahren hat dieses Stück nicht wie anderes muschelhaltiges Gestein verwendet; er muß sich etwas gedacht haben, als er dieses an und für sich unbedeutende Etwas doch sichtlich behutsam und sorgfältig in die Grundmauern einfügte. Er hat dieses Stück nicht als einen nur gewöhnlichen Stein erkannt, sondern als etwas ihm vielleicht Unbekanntes, aber doch etwas Besonderes, und verriet damit mehr als den Hang zu einer gewissen Spielerei, sondern vielmehr eine ausgesprochene Beobachtungsgabe.

Beobachtungsgabe ist Ausfluß einer besonderen Begabung einzelner Menschen, die aber durch Selbstzucht und Aufmerksamkeit sich lernen läßt, so schwer es sein mag, Oberflächlichkeit durch Konzentration und Kombination zu ersetzen. Beobachtungsgabe, sei es angeboren, sei es erlernt, scheint mir eine ganz grundlegende Voraussetzung ärztlicher Wirkungsmöglichkeit zu sein.

Für den werdenden Arzt mag daher das Goethesche Wort, das unser Kollege Wachsmuth über den Hörsaal der Chirurgischen Klinik anbringen ließ, von richtunggebender Bedeutung sein:

Was ist das Schwerste von Allem?

Was Dir am leichtesten dünkt:

Mit den Augen zu sehen,

Was vor den Augen Dir liegt.

Ich habe diese Verse immer, so oft ich in diesem Hörsaal weilte, mit besonderer Dankbarkeit empfunden.

Es ist das Geheimnis alter Ärzte gewesen, die aus aufmerksamer Beobachtung und Kombination oft dasselbe, vielleicht bisweilen ein Mehr diagnostizierten, als es moderne Apparate und kunstvoll nach Graden, Tabellen und Kurven gefügte Statistiken anzeigen. Ohne den absoluten Wert modernen Fortschritts verkleinern zu wollen, verlassen wir uns heute vielleicht zuviel auf technisches Können, das die Alten zufolge einer konzentrierten innerlichen Schau wenigstens bis zu einem gewissen Grad entbehren konnten.

So spricht dieses Ammonshorn vom Wert der Beobachtungsgabe: Sie lenkt als erstes den Dienst am Leben.

Als zweites Fundstück kamen zutage, eingemauert als Überrest des ältesten, nach der Säkularisation überholten Baues, zwei Säulenreste mit einem Kapitell aus frühgotischer Zeit, teilweise barbarisch für die Masse der neu zu errichtenden Mauer zubereitet, aber mit glücklicherweise wenigstens teilweise noch erhaltenen Weinlaubverzierungen mit den jahrhundertalten Originalfarben.

Altes, neu gehobenes Kunstgut entzückte das Auge des Forschers, und der Arzt empfand dankbar dieses Geschenk

aus dem Reich der Kunst, der er sich seit alters verbunden fühlt.

Der Arzt soll ja Künstler sein in seinem Beruf, nicht nur wenn er einen mißgestalteten Körper in menschliche Formen umzubilden bestrebt ist; erst recht geistig befruchtet die Kunst das Schaffen des Arztes. Denn dem Geheimnis der schöpferischen Intuition, die jedem künstlerischen Schaffen eigen, verdankt er die Kunst der Diagnose, die Kunst des Heilplans, die Kunst des Maßes und selbst der Beschränkung, die Kunst tröstender Worte, die Kunst, Vertrauen zu gewinnen, die Kunst nicht nur für einen vorübergehenden Augenblickserfolg, sondern für Dauer — die Farbe des Kapitells blieb durch Jahrhunderte erhalten.

Man spricht soviel vom Niedergang ärztlichen Ansehens, die in einer Unterbewertung seiner Leistungen zum Ausdruck kommen soll. Es ist tatsächlich unverständlich, daß in einer Zeit, in der die Medizin ihre größten Triumphe feiert, ihr der klingende Lohn oft versagt wird, weil die Menschen vielleicht der Sparte ärztlicher Kunst, die in technischer Kunstfertigkeit sinnfällig wird, noch am ehesten ihren Tribut entrichten wollen, aber für die stillere Leistung der Kunst einer schwierigen Diagnose, für die Kunst der Mühe des Erkennens, für die stille Arbeit der nicht operativen Fächer weniger Verständnis aufbringen wollen. Der Mensch von heute schätzt den ärztlichen Behandlungsraum, der mit technischen Apparaten ausgestattet ist, denen nicht Kunst, sondern etwas Mystisches anhaftet, mehr wie den stillen Schreibtisch oder die Kunst der Diagnose oder die Kunst des Heilplanes.

Vergessen wir in dieser Umwelt nicht vielleicht doch manchmal die Kunst, wenn wir dem Zeitgeist nachgeben und bei den zweifellosen Unzulänglichkeiten unseres Könnens zugunsten des „Ut aliquid fiat“ unsere Zuflucht zu technischen Hilfsmitteln nehmen und die Kunst verraten?

Man sagt, die Medizin hätte erst seit kurzem wieder die Seele entdeckt — es ist richtig. Sie ist bis zu dieser Erkenntnis einen langen Irrgarten gegangen.

Die Kräfte der Seele in unserem Heilplan wirksam werden zu lassen, ist auch Kunst; die Kräfte der Natur zwar immer wieder in unseren Dienst zu zwingen, nicht aber als Götzen zur Herrschaft kommen zu lassen, ist ein Atmen im lebendigen Reich der Kunst, daß wir nicht lebedienerisch den Forderungen eines oberflächlich aufklärten Publikums erliegen wollen.

Denn der Künstler ist immer etwas eigenwillig. Er verträgt kaum die Einengung seiner Tätigkeit durch äußere Beeinflussungen, Gesetz und Ketten, weil er allein aus seinem Genius schafft. Nichts liegt ihm weniger als geschäftsmäßiges Schaffen, und wehe ihm, wenn er von seinen Höhen hinabsteigt in diese Bezirke. Der Künstler im Arzt wird diesen Lockungen, die auch vor dem Sprechzimmer des Arztes nicht haltmachen, nicht erliegen.

Und so waren wir diesem zweiten Geschenk unseres Baugrundes so besonders dankbar, als die Ruine ihren Schatz preisgab wie eine Mahnung. Aus zertrümmertem Gestein, Jahrhunderte begraben, entsteht ein Werk alter Kunst. Und war sie auch schier tot und verborgen: Sie kam wieder machtvoll ans Licht, wirkend Licht zu verbreiten.

Vergeßt daher, meine Kollegen, nicht, daß Ihr selbst Meister Eurer Kunst sein sollt. Ihr klagt über den Alitag, dem so wenig Künstlerisches anhaftet. Aber ihr habt es in der Hand, ihn zu be-seelen. Die Kunst ist vielseitig. Auch den Dienst im Kleinen und am Kleinsten kann man mit einer künstlerischen Note erfüllen, weil nicht jeder zu künstlerischer Großtat berufen ist. Ein zartes Miniatur ist seelisch manchmal reicher als ein Riesentableau.

Wir fanden als Drittes, eingemauert in einen Hohlraum der Grundmauern, einen alten fränkischen Weinkrug aus der Stauferzeit. Er barg einst das köstlichste Geschenk mainfränkischen Bodens, den Wein. Wein und Weinkrug: Symbol der Freude.

Es gibt keine bessere Grundlage für ärztliches Schaffen und ärztlichen Erfolg als Freude: Freude zu besitzen und Freude zu geben. Freude beflügelt unser Tun, Freude gibt Mut, und nur ein froher Mensch kann Freude schenken. Und was könnte der Mensch einem Kranken und Armseligen besser schenken als Freude? Welches Heilmittel wäre wirksamer als Freude? Die Dichter preisen die Freude, in den Evangelien wiederholt sich der Ruf: Freuet Euch. Ein Bischof schrieb das schönste Buch über die Freude. Und könnte einem schmerzgebeugten Menschen nicht der Becher der Freude, durch den Arzt gereicht, oft ein unendlich wirksames Heilmittel sein? Mag es in Natura das Gewächs unseres fränkischen Bodens sein, von dem es seit alters heißt: Frankenwein — Krankenwein. Oder mag es, geistig genommen, ein tröstender, freudiger Zuspruch aus einem selbst freudigen Herzen sein? Art und Weise zu bestimmen, ist auch hier wieder ärztliche Kunst, aber es bleibt die Freude als Grundlage ärztlichen Schaffens, und die Freude am Erfolg beflügelt zu weiteren Taten.

Weinkrug — köstlicher Inhalt — tröstliches Gefäß — Symbol der Freude: Die Freude dient dem Leben.

Und wir fanden als Viertes einen romanischen Trog, dessen Verwendungszweck zunächst dunkel war, aber schließlich als eine Art Mühle erklärt werden konnte.

Lehrt auch eine Mühle, dem Leben zu dienen?

Mühle — sie zerreibt zunächst wohl, aber dabei scheidet sie den lebendigen Saft von seiner Hülle, sie scheidet die Spreu vom Weizen — freilich — sie erfaßt dich vielleicht selbst.

Sie mahlt und mahlt, vielleicht mag sie dich durch die dir gestellte Aufgabe zermürben. Aber nicht umsonst. Sie reibt dich vielleicht auf. Aber sie preßt dein Bestes aus dir: Hingabe an fremdes Leid, Mitfühlen, Angstlosigkeit für dich selbst, verstehende Liebe. So wird sie zum Symbol der aufopfernden Liebe ärztlichen Helfens im Dienst am Leben, so du deiner nicht schonst, wo andere aus Furcht vor Ansteckung sich zurückziehen, so du Nächte deines Schlafes opferst, so du einmal vielleicht ohne Lohn zwischen körperlichem Schmutz und mütterlicher Angst einem neuen Wesen zum Leben dienst.

Mühle, mahlende Mühle, zerreibender Stein, das Köstlichste soll es uns Menschen sein.

Sich mühend zu geben, daß andere leben.



Das neue Ärztehaus in Würzburg

Foto Volksblatt Würzburg, H. Heer.

Man soll mir nicht den Vorwurf machen, ins Sentimentale abzugleiten. Wir können auch nicht Heilige fordern, aber wir fordern den Arzt, der weiß, daß die Pflicht nun einmal eine Mühle ist, die aufreißt, ob wir wollen oder nicht. Das soll auch der junge Mann wissen, der heute so leicht hin den Beruf des Arztes ergreift, daß hier gemahlen, aber kein Geschäft gemacht wird. Er darf sich keiner Täuschung hingeben: Die goldenen Zeiten des Galenus sind unwiederbringlich dahin.

Das ist auch eine Realität der Zeit. Man klagt, die Zeit sei zu real und nüchtern, und der Idealismus sei in Gefahr, auszusterben.

Aber auch die realste Zeit braucht den Dienst am Leben und ohne Idealismus ist er gar nicht durchzuführen. Denn die schönsten allgemeinen Fürsorgeeinrichtungen und jede Reform der Sozialversicherung scheitern, wenn das Herz und die Liebe sie nicht beseelen. Man kann von oben Gesetze in Paragraphen fassen. Wirksam werden sie nur, wenn unten die Schwestern und Fürsorgerinnen und die Ärzte arbeiten — und sich vor der aufreibenden Mühle nicht scheuen.

Und das ist der Sinn unserer aufgefundenen Mühle: dem Leben zu dienen.

So weihe ich denn dieses Haus dem alten ärztlichen Idealismus. Paracelsus sagt, daß der Arzt aus dem Herzen Gottes komme. Und ein anderer der Großen der Medizin, Bergmann, der wenige Schritte von diesem Haus entfernt im Jahre 1878 geboren wurde, schreibt in seinen Lebenserinnerungen, daß sich ein Umbruch in unserem metaphysischen Denken angebahnt habe und alles Sein zur großen Civitas Dei hindränge. In Übereinstimmung mit diesen Lehrmeistern bitten wir Gott, diesem Haus seinen Segen nicht zu versagen.

Ich weihe das Haus dem deutschen Arzt, dessen Wirken symbolhaft durch die Aufbauarbeit eines neuen Hauses aus Trümmern verkörpert wird.

Ich weihe das Haus unserem Volk, daß hier die lebendige Verbindung mit ihm und das soziale Verständnis des Arztes im modernen Sozialstaat gepflegt wird.

Ich weihe dieses Haus unserer Stadt. Als ich vor vier Wochen in unserer Eingangshalle allein im Dunkeln den Glocken lauschte, die zum Gedenken des 16. März 1945 jährlich erklingen, da klangen mir die Glocken nicht nur wie ein Gedenken an diesen Tag des Todes, sie hallten an der Wand wider, wo das Leben die Bereitschaft des Arztes zu neuem Dienst fordert und entgegennimmt.

So soll dieses Haus unserer Stadt ein Hort des Lebens sein und nicht nur ein aus den Ruinen erstandenes Schmuckstück des Domplatzes.

Das Leben siegt.

Wir müssen es nur beobachten und hüten, Kunst und Freude dienen ihm, und selbst die Mühle mahlt das Mahlgut als lebendige Kraft.

Sie zerreibt, aber sie zerstört nicht.

Beobachtungsgabe, Kunst, Freude und Hingabe umschließen das Geheimnis, aus dem der Arzt die schöpferische Kraft gewinnt, dem Leben zu dienen.

Tag für Tag spricht uns der Lebenswille in mannigfacher Form an.

Fanget an!

Wir wollen dem Leben dienen.

Aus dem Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München.

Direktor: Professor Dr. med. Hans v. Braunbehrens

Praktische Gesichtspunkte bei der medizinischen Anwendung radioaktiver Isotope

Von R. Wittenzellner

Der verantwortungsbewußte Arzt will Bescheid wissen über die Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren der immer mehr in den Vordergrund rückenden Diagnostik und Therapie mit radioaktiven Isotopen.

Auch wenn er selbst weder über das notwendige Spezialwissen noch über die nötigen Einrichtungen verfügt, so muß er sich doch im klaren sein, wann strahlende Substanzen in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden können. Er muß ferner wissen, daß die Isotopenbehandlung nicht nur allgemeine Anerkennung gefunden hat, sondern gegebenenfalls sogar eine den übrigen Behandlungsarten überlegene Methode darstellt. So ist ihre Anerkennung als kassenüblich nur noch eine Frage der Zeit.

Die Aufgabe jedes Arztes ist es nunmehr, die Möglichkeiten der Isotopenbehandlung auch in seinem Arbeitsbereich in Erwägung zu ziehen, den Patienten dann dem speziell ausgebildeten Facharzt, meist dem Radiologen, zuzuweisen.

Zunächst muß man unterscheiden zwischen „geschlossenen“ und „offenen“ radioaktiven Präparaten. Erstere haben ihren festen Platz innerhalb der Therapie und fallen fast ausnahmslos in das Arbeitsgebiet der Radiologen. Die einzelnen Behandlungsformen gleichen vielfach denen der Radiumtherapie, d. h. es handelt sich um eine örtliche bzw. räumlich eng begrenzte Anwendung.

Das „geschlossene“ radioaktive Präparat wird, wenn es als Pulver oder Kristall vorliegt, in einer festen Hülle

luft- und staubdicht verschlossen; metallische Strahler, die oft Nadel-, Kugel- oder Eiform haben, werden auf galvanischem Wege mit einem schützenden Überzug aus Gold oder Silber versehen. In beiden Fällen kann die eigentlich radioaktive Substanz beim Berühren oder Einlegen ins Gewebe nicht in die Umgebung verschleppt werden.

Die offenen radioaktiven Präparate sind in Handhabung, Anwendung und Wirkung wesentlich gefährlicher. Hier liegt die strahlende Substanz in fester, flüssiger oder gasförmiger Form vor, so daß die Gefahr der Inkorporation, der Verschleppung und Verseuchung besteht.

Sowohl für die Therapie am Patienten als auch für die Abschätzung der Gefahrenmomente muß man sich über die Halbwertszeit, d. h. der Zeit, in der die Strahlung auf die Hälfte ihres Ausgangswertes abgefallen ist, im klaren sein: So hat z. B. Radiojod eine Halbwertszeit von 8 Tagen, Radiophosphor von 88 Tagen.

Auch die Art der Strahlung (α -, β -, γ -), ihre Reichweite und Ionisationsdichte geben die Unterlagen für die Ermittlung der Dosis, lassen schließlich auf die zu erwartenden biologischen Wirkungen schließen und erlauben, die notwendigen Schutzmaßnahmen für Patienten und Personal durchzuführen.

Unter den geschlossenen Präparaten nimmt neben der reinen Radiumtherapie die Behandlung mit Radio-Kobalt (Co^{60} , Halbwertszeit 5,3 Jahre, vorwiegend Gammastrahler) einen wichtigen Platz ein. Es wird in

9. Bayerischer Ärztetag 1956 vom 29. Juni bis 1. Juli in Ansbach

Form von Perlen, Körnern, Nadeln, auch als Draht zur Oberflächenbehandlung (Haut und Schleimhaut) oder zur lokalen Therapie in natürlichen (Nasenrachenraum) und künstlichen Körperhöhlen (operative oder Tumorzerfallshöhlen) verwendet. Dazu kommt die Telecurietherapie mit Kobalt als Distanzbestrahlung, die aber an besonders umfangliche Apparaturen und Schutzmittel gebunden ist.

Radio-Iridium (Ir^{192} , HWZ 70 Tage, Beta- und Gammastrahler), das vorwiegend in der gynäkologischen Geschwulstbehandlung eingesetzt wird, ist ähnlich in der Anwendung wie Co^{60} .

Radio-Yttrium (Y^{90} , HWZ 62 Stunden, Betastrahler) und

Radio-Strontium (Sr^{90} , HWZ 25 Jahre, Betastrahler) dienen wegen der relativ geringen Eindringtiefe ihrer Strahlung zur Therapie von Hauttumoren, Hämangiomen, Hyperkeratosen, Keloiden und Geschwülsten des Auges. Wegen der großen lebensbedrohenden Gefahren dürfen diese Präparate nur unter sorgfältiger Kontrolle auf Dichtigkeit der Hüllen als geschlossene Präparate verwendet werden.

Unter den offenen radioaktiven Präparaten steht das Radio-Jod (J^{131} , HWZ 8 Tage, Beta- und Gammastrahler) im Vordergrund: Bei dem sogenannten „Schilddrüsentest“, zu dessen Durchführung man nur wenige Mikrocurie benötigt, werden mit Hilfe von Zählgeräten die prozentualen Werte und der zeitliche Verlauf der Jodspeicherung in der Schilddrüse, eventuell auch im Serum und im Urin gemessen; aus den Ergebnissen lassen sich dann Rückschlüsse auf den Funktionszustand der Schilddrüse ziehen.

Wesentlich höher liegen die Dosen und damit auch die Gefahrenmomente, wenn wir eine Thyreotoxikose bzw. einen M. Basedow mit Radio-Jod behandeln (10 bis 50 Milllicurie).

Die manchmal bei schwersten Herzerkrankungen günstige Ruhestellung der Schilddrüse macht meist Mengen von 50 bis 100 Milllicurie nötig. Vor- und Nachteile gegenüber einer Röntgenbestrahlung sind im Einzelfall sorgfältig abzuwägen.

Eine jodspeichernde Struma maligna erhält je nach Befund (Allgemeinzustand, prozentuale Speicherung, Metastasen usw.) etwa 250 Milllicurie (meist 3×80 bis 100 mC) im Verlaufe von zwei bis drei Monaten. Eine wirksame Zurückhaltung des Tumorwachstums läßt sich bei günstigen Voraussetzungen erreichen!

Die Therapie mit Radio-Phosphor (P^{32} , HWZ 14, 3 Tage, Betastrahler) gilt bei der Polycythaemia vera heute allgemein schon als Methode der Wahl (8 bis 15 mC). Man kann mit einer länger anhaltenden günstigen Wirkung rechnen und bei Rückfall die Behandlung gegebenenfalls wiederholen.

Radio-Gold (Au^{199} , HWZ 2, 69 Tage, Beta- und Gammastrahler) wird bei Pleuritis und Peritonitis carcinomatosa als Goldsol intrapleural bzw. intraperitoneal gespritzt und damit das Tumorwachstum gehemmt und die Exsudatbildung eingeschränkt. Radio-Gold kann auch direkt in Geschwulstknöten injiziert werden.

Radio-Wismut (Bi^{210} , HWZ 5 Tage, Alpha- und Betastrahler) wird zur Behandlung generalisierter Geschwulsterkrankungen (M. Hodgkin, chron. lymphatische Leukämie, Tumoren des reticuloendothelialen Systems) empfohlen.

Die Bezahlung therapeutischer Maßnahmen mit Radio-Isotopen durch die Kassen macht im allgemeinen keine wesentlichen Schwierigkeiten. In den meisten Fällen werden die Kosten bei entsprechender

Begründung anstandslos übernommen. Bei offenen Präparaten verlangen die Kassen allerdings eine vorher einzuholende Einzelgenehmigung. So muß z. B. jede Behandlung mit Radio-Jod oder Radio-Phosphor beim zuständigen Leistungsträger beantragt und genehmigt werden. Die Kassen stehen — und dies wohl mit Recht — auf dem Standpunkt, daß die Radio-Isotopen-Therapie nur von speziell ausgebildeten Ärzten und nur an entsprechend ausgerüsteten Instituten und Krankenhäusern durchgeführt werden kann.

Die Verrechnung geschlossener Präparate, wie Radio-Kobalt u. ä., erfolgt — solange keine spezielle Regelung vorhanden ist — in Analogie zum Radium: Werden z. B. 5 Kobaltperlen à 6 mC 10 Stunden lang in eine Tumorköhle eingelegt, dann entspricht dies 300 mCh; nachdem aber beim Kobalt 60 die Dosiskonstante gegenüber Radium (1 mgelh = 8,4 r) größer ist (13,5 r), so ist der genannte Betrag noch um 1,6 zu multiplizieren, so daß wie 480 mgelh Radium berechnet werden kann.

Bei den Betastrahlern (Yttrium, Strontium usw.) müssen die Angaben in rep (roentgen equivalent physical) gemacht werden und die Kostenberechnung der einer Nahbestrahlung angeglichen werden. Wird z. B. Radio-Yttrium oder Radio-Strontium auf ein oberflächliches Cancroid der Haut mehrmals aufgelegt, so kann in Analogie zur Nahbestrahlung eine Wirkungs-dosis verrechnet werden.

Die Kosten für eine Behandlung mit Radio-Isotopen umfassen die Abgeltung der ärztlichen Leistung, die spezielles Wissen und Können erfordert. Nicht zuletzt sind auch noch größere apparative Voraussetzungen hinsichtlich der Durchführung der Behandlung und des Strahlenschutzes notwendig. Dazu kommen die Beschaffungskosten für die Isotope; diese enthalten die reinen Materialpreise, die relativ hohen Transportkosten aus dem Ausland einschließlich Versicherung. Weiterhin ist immer noch der Aktivitätsverlust durch Zerfall während der Transportzeit zu berücksichtigen.

Die Beschaffung von 100 mC Radio-Jod beim Schilddrüsenkarzinom kommt auf ungefähr 310.— DM, wobei zusätzlich berücksichtigt werden muß, daß die strahlende Menge vom Verkäufer am Tage des Versandes gemessen wird und während des Transportes — je nach Halbwertszeit — ein mehr oder minder großer Teil der Aktivität verlorengeht. Im konkreten Fall heißt dies, daß von den bestellten 100 mC J^{131} nach zweitägigem Transport nur mehr 80 bis 85 mC vorhanden sind. — Die Preise bei kleineren Mengen sind im Verhältnis höher: 8 bis 10 mC kosten 45.— bis 55.— DM, 1 mC 22.— DM.

Die einmalige Therapie der Polythämia vera mit 10 mC Radio-Phosphor kommt auf etwa 70.— DM Beschaffungskosten.

250 mC Radio-Gold, wie man sie etwa für ein Pleura-Ca benötigt, kosten rund 280.— DM (reine Beschaffungskosten).

Speziallösungen kommen wesentlich teurer, so muß man z. B. für ein einziges Milllicurie Co^{60} -Chlorid 400.— DM bezahlen.

Für die Erstellung des ärztlichen Honorars sind von einer Kommission namhafter Radiologen der Bundesrepublik 1954 Richtlinien herausgegeben worden, deren Anerkennung zu erwarten ist.

Die diagnostischen Maßnahmen mit radioaktiven Isotopen, z. B. der Schilddrüsen-speicherungstest mit Radio-Jod oder Tumorspeicherungsteste (P^{32}) werden von den RVO-Kassen zur Zeit noch nicht als notwendig und damit auch nicht als kassenüblich angesehen, ein Standpunkt, der zweifelsohne revisionsbedürftig ist.

TABLETTEN
AMPULLEN
SUPPOSITORIIEN



L. MERCKLE & CO. G. m. b. H. CHEM.-PHARM.-FABRIK BLAUBEUREN

TOXIMER

Antineuralgicum
Analgeticum
Antirheumaticum

Wie lassen sich die Errungenschaften der modernen Chirurgie für kleinere Krankenhäuser nutzbar machen?

Vortrag auf dem Deutschen Chirurgenkongress in München am 5. April 1956

Von Prof. Dr. Georg Maurer, Chefarzt d. Chirurg. Abt. des Krankenhauses r. d. Isar, München

Der Siegeslauf der Chirurgie in den beiden letzten Dezennien ist auch für die kleineren Krankenhäuser in den Kreisstädten, in abgelegenen Industrieorten und auf dem Land nicht ohne Folgen geblieben. Da und dort hat man sich sehr bemüht, durch Einführung von neuartigen Narkosemethoden, von Blut- und Plasma-Zufuhr, von Antibiotika und Antikoagulantien dem operativen Eingriff mehr und mehr die Belastung durch Schmerz, Schock, Infektion und Embolie zu nehmen, andernorts aber stand man allen Neuerungen mit Zurückhaltung unter Hinweis auf die angespannte Finanzlage und den vielseitigen Nachholbedarf des Krankenhauses einerseits und auf die angebliche Fragwürdigkeit des Erfolgs solch „kostspielige“ Maßnahmen andererseits gegenüber.

Es ist daher durchaus an der Zeit, einmal sich umzusehen, wie sich die kleineren Krankenhäuser gegenüber dem chirurgischen Fortschritt verhalten haben, welche Schwierigkeiten dabei auftauchen, welches Ziel im Interesse bester Krankenversorgung zu erreichen ist und welche Maßnahmen hierfür geeignet erscheinen.

Um die gegenwärtigen Verhältnisse an den kleineren Krankenhäusern zu beurteilen und daraus entsprechende Schlußfolgerungen zu ziehen, habe ich mir erlaubt, an die chirurgischen Chefarzte in Bayern Fragebogen zu verschicken. Die meisten Kollegen hatten die Freundlichkeit, meine Anfrage zu beantworten, wofür ich auch an dieser Stelle herzlich danken möchte. Aus den Mitteilungen läßt sich ersehen, inwieweit die Errungenschaften neuzeitlicher Chirurgie bereits Eingang in die kleineren Krankenhäuser gefunden haben und inwieweit hier noch Wünsche zu erfüllen sind. Auf die Ergebnisse der Umfrage komme ich in den folgenden Ausführungen wiederholt zu sprechen.

Um die Errungenschaften moderner Chirurgie dem kleineren Krankenhaus nutzbar zu machen, müssen zahlreiche Voraussetzungen allgemeiner Art erfüllt werden.

Auf personellem Gebiet ist zunächst die Forderung nach dem bestausgebildeten Chefarzt zu erheben. Der Chirurg im Landkrankenhaus mit seiner langjährigen praktisch-wissenschaftlichen Ausbildung und Erfahrung versieht eine verantwortungsvolle Aufgabe, die er nur zu erfüllen vermag, wenn ihm der Krankenhausträger die Möglichkeit gibt, auch in allen organisatorischen Fragen entscheidend mitzuwirken und mitzubestimmen. Der Chefarzt ist in allen medizinischen Fragen allein sachverständig und kann daher bei wichtigen Entscheidungen nicht ausgeschlossen werden. Tendenzen, wie sie gerade in letzter Zeit wieder in Erscheinung getreten sind, den Krankenhauschef in ein Angestelltenverhältnis im wahren Sinne des Wortes herunterzudrücken und ihn an Weisungen nichtärztlicher Instanz zu binden, ist mit aller Schärfe und Entschiedenheit zu begegnen. Wenn die

Krankenhausträger fernerhin Wert darauf legen, die „erste Garnitur“ der Ärzteschaft im Krankenhaus zu beschäftigen und somit ihre Kranken in den Genuß des chirurgischen Fortschritts gelangen lassen wollen, dann muß die ärztliche Unabhängigkeit in jeder Beziehung unangestastet bleiben.

Der Krankenhauschirurg seinerseits ist verpflichtet, dafür zu sorgen — soweit es die jeweiligen Verhältnisse zulassen —, daß seinen Patienten die Errungenschaften moderner Chirurgie nicht versagt bleiben. Es gehört daher nicht nur zu seinen Aufgaben, sich über die Fortschritte seines Fachgebietes durch Literaturstudium, Besuch von Kongressen und Arbeitstagen, Gasttätigkeit in chirurgischen Zentren stets auf dem laufenden zu halten, sondern es obliegt ihm auch, den Krankenhausträger auf die Notwendigkeit der Einführung neuartiger diagnostischer und therapeutischer Methoden, auf die Anschaffung moderner Apparate, auf die Anstellung zusätzlichen Personals, auf zweckmäßige bauliche Veränderungen mit allem Nachdruck hinzuweisen und ihn von der zwingenden Verpflichtung der Durchführung dieser Maßnahmen zu überzeugen. Man sage mir nicht, daß wertvolle Reformvorschläge, die zu Nutz und Frommen des Kranken von einem tüchtigen Chefarzt gemacht wurden, deswegen nicht zur Durchführung gekommen seien, weil sich ihnen ein Landrat oder Bürgermeister verschlossen hätte! Nein, sie konnten nur deswegen auf Dauer eine Ablehnung erfahren, weil es der Chefarzt unterließ, immer und immer wieder darauf hinzuweisen — wenn es mündlich nicht genügte, im eingeschriebenen Brief! —, daß im Interesse des Patienten diese oder jene Maßnahme notwendig sei und daß der Staatsbürger das Recht auf bestmögliche Krankenversorgung habe! Gerade im Hinblick auf den Fortschritt der Chirurgie in den kleineren Krankenhäusern müssen wir als die führende wissenschaftliche Gesellschaft davor warnen, daß nicht Fachleute, sondern politische Gremien und Verwaltungsorgane über Fragen entscheiden, deren Lösung ausschließlich ärztliche Aufgabe ist. Der kranke Mensch darf nicht zum politischen Experimentierfeld werden!

Daß sich die Errungenschaften der modernen Chirurgie an kleineren Krankenhäusern nur einführen lassen, wenn ausreichend tarifmäßig bezahlte ärztliche, pflegerische und technische Hilfskräfte zur Verfügung stehen, darf nicht unerwähnt bleiben.

Ich bin allerdings der Meinung, daß die für Bayern demnächst wirksame Schlüsselzahl von 2 Assistenten — einer vergütet nach TO A II und einer vergütet nach TO A III — auf 35 chirurgische Kranke als befriedigende Lösung angesehen werden darf. Freilich bestehen bei den befragten Krankenhäusern mit 7800 chirurgisch Kranken nur 227 Planstellen für Assistenten, somit sind in nächster

FLUSSIGES SEDATIVUM

Brosedam

ERREGUNGSZUSTÄNDE · EINSCHLAFSTÖRUNGEN

Temmler

Zelt an diesen 100 Krankenhäusern insgesamt 220 neue Planstellen für tarifmäßig bezahlte Assistenten zu schaffen.

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft aufgestellten Forderungen für Pflegepersonal, wobei bei Tag auf 7 Kranke und bei Nacht auf 50 Patienten eine Pflegekraft — also eine Vollschwester oder ein staatlich geprüfter Pfleger — entfällt, erscheinen ausreichend. Urlaubsvertretungen und Sonderdienste im Operationssaal, in der Ambulanz usw. sind in dieser Schlüsselzahl nicht inbegriffen.

Daß sich die Errungenschaften der modernen Chirurgie für kleinere Krankenhäuser nur nutzbar machen lassen, wenn in Hinsicht auf Personal, Einrichtung und Ausstattung die Operationsräume, das Laboratorium, die Röntgenbetriebe, die Nachbehandlung nach dem heutigen Stand der Wissenschaft bedacht werden, ist selbstverständlich und braucht nur am Rande erwähnt zu werden.

Erfreulich ist der in den meisten Krankenhäusern erwachende Eifer zur Durchführung baulicher Maßnahmen. An manchen Orten entstanden zweckmäßige, hübsche Neubauten, andernorts wurden Erweiterungsbauten aufgeführt — fast überall aber merkt man das intensive Bestreben zur Ausnützung der umfangreichen Erfahrungen, die auf dem Gebiet des Krankenhausbaues im letzten Jahrzehnt — zum großen Teil im Ausland — gesammelt wurden. Groß und vielseitig sind die Errungenschaften des modernen Krankenhausbaues! Wesentlich können sie mithelfen, den Fortschritt der Chirurgie wirksam zu unterstützen!

Ob es allerdings sinnvoll und wirtschaftlich ist, wenn jedes Kreisstädtchen den Ehrgeiz hat, sein Krankenhaus mit hohem finanziellen Aufwand zu erweitern, erscheint zumindest fraglich und bedarf jeweils eingehender Prüfung. Auf jeden Fall ist eine Gesamtplanung für das Krankenhauswesen auf Landesebene zu fordern, um die Entstehung unrentabler Zwergkrankenhäuser zu vermeiden, die einerseits für den Krankenträger einen Dauerballast darstellen, für die Patienten aber andererseits doch nicht die optimale Behandlung gewährleisten können. Eine gute Lösung wäre wohl der Zusammenschluß mehrerer Städtchen, um gemeinsam einem zentral gelegenen Krankenhaus einen hohen Leistungsstand zu verleihen. Dasselbe meinte sicherlich Nissen, wenn er sagt: „In geographischen Dimensionen gesehen, wird es in Zukunft wichtiger sein, ein Land mit guten Transportverbindungen und -mitteln zu versehen, als mit der Hypermodernisierung vieler kleiner Hospitäler.“

Zusammenfassend ist festzustellen, daß auch die kleineren Krankenhäuser verpflichtet sind, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen und sie somit in den Genuß der Errungenschaften moderner Chirurgie gelangen zu lassen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind eine Reihe von Voraussetzungen zu erfüllen, die erhebliche Ausgaben verursachen. Staatliche, kommunale und karitative Krankenträger dürfen sich nicht auf die Dauer der Einsicht verschließen, daß Krankenhäuser Zuschußbetriebe darstellen, und es gehört zu unseren ärztlichen Aufgaben,

immer wieder darauf hinzuweisen, daß die beste Krankenversorgung des Staatsbürgers eine humane Pflicht bedeutet, hinter der fiskalische und kommerzielle Erwägungen zurückstehen müssen.

Bezüglich der völlig ungenügenden Pflegesätze der Krankenkassen ist zu hoffen, daß die Bundespflegesatzverordnung eine durchgreifende und spürbare Besserung bringt. Jedenfalls ließen sich die Errungenschaften neuzeitlicher Chirurgie nur sehr begrenzt für kleinere Krankenhäuser nutzbar machen, wenn man an der Höhe der jetzigen Pflegesätze festhalten wollte. Es darf nicht verschwiegen werden, daß sich für die 100 befragten Krankenanstalten ein durchschnittlicher Pflegesatz von DM 6.80 errechnet!

Leider spart und geizt man allzugen auf dem Gebiet der Volksgesundheit. Unsere Krankenhäuser, die sich weder in der Vergangenheit wirtschaftlich tragen konnten noch in der Zukunft wirtschaftlich tragen werden, stellen aber einen wichtigen Hort der Volksgesundheit dar. Krankenhäuser, die mit der Entwicklung der Medizin Schritt halten wollen, sind Zuschußbetriebe und bedürfen der Unterstützung von Stadt, Kreis und Staat!

Lassen Sie mich nun einige spezielle Gebiete herausgreifen, die den Fortschritt der Chirurgie im letzten Dezennium besonders dokumentieren! Inwieweit können diese Neuerungen Einzug in die kleineren Krankenhäuser halten?

Auf dem Gebiet der Anaesthesie sind einige Fragen zu diskutieren:

Zunächst das Ergebnis meiner Umfrage: In 28% werden Narkosen nur von Schwestern und Pflegern, in 6% überwiegend von Schwestern und Pflegern durchgeführt, d. h. immerhin, daß in einem Drittel der Krankenhäuser die Narkose dem ärztlichen Hilfspersonal obliegt. In nur 10% der Krankenhäuser werden ausschließlich Ärzte mit der Aufgabe der Narkose betraut, in den restlichen Krankenanstalten teilen sich Ärzte und ärztliches Hilfspersonal in die verantwortungsvolle Aufgabe. Bei 75% der Krankenhäuser steht ein Narkoseapparat — meist das Modell „Romulus“ der Draeger-Werke — zur Verfügung. 25% der befragten Krankenanstalten führen gelegentlich endotracheale Narkose mit Verabreichung von Muskelrelaxantien durch. An keinem dieser Krankenhäuser ist ein Fachanaesthesist tätig. Hier ist zweifellos eine große Gefahr für den Patienten gegeben, wenn nicht ein erfahrener, voll ausgebildeter Anaesthesist zur Verfügung steht.

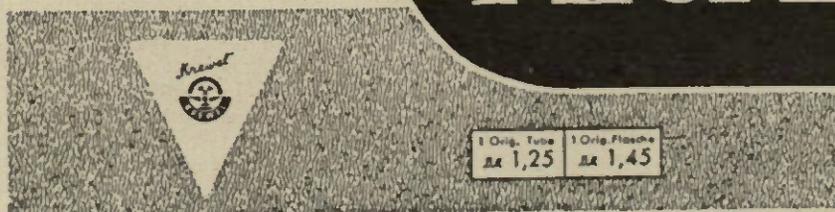
Es erhebt sich die Frage nach den Möglichkeiten bezüglich des Anaesthesisten für kleine und mittlere Krankenhäuser. Ich glaube, man muß sich hier zu einer von drei Lösungen entscheiden:

Die erste Lösung wäre die Anstellung eines Fachanaesthesisten. Dieser Idealzustand bedeutet natürlich die Schaffung einer eigenen Stelle und kommt gegenwärtig wohl nur für das mittlere Krankenhaus in Betracht, wo der Anaesthesist auch dem Gynäkologen und Otologen zur Verfügung stehen kann. Es mag freilich sein, daß da und dort der Chirurg eines kleinen Krankenhauses als hervorragender Operateur so gesucht ist, daß Zahl

Diathermie

auf chemischem Wege durch

Therment

-Salbe
„
-flüssig

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

Indikationen:

- Rheumatosen
- Neuralgien
- Arthropathien
- Pleuritis
- Durchblutungsstörungen
- Segmenttherapie

und Schwere seiner operativen Eingriffe die Anstellung eines Fachanaesthesisten rechtfertigen. Der Krankenträger ist eben dann von dieser Notwendigkeit zum Nutzen der Patienten zu überzeugen, die auf bestmögliche Behandlung berechtigten Anspruch haben. Es ist anzunehmen, daß die kommende Generation von Chefärzten, die den vielfachen Segen des Anaesthesisten während ihrer Lehrjahre an großen Ausbildungsstätten kennenlernten, diese Zusammenarbeit nicht mehr missen will, so daß sie die „unlösbare Schicksalsverbundenheit“ mit dem Anaesthesisten ihr ganzes Chirurgenleben begleiten wird. Eine solche Entwicklung wäre zu begrüßen, sie kann aber nicht erzwungen werden, sondern muß sich von selbst ergeben.

Einen Vorschlag möchte ich hier noch einflechten! Es erschiene mir — gerade an kleineren Krankenhäusern — zweckmäßig und wirtschaftlich, dem Anaesthesisten nicht nur die Bekämpfung von Schmerz und Schock zu überlassen, sondern ihn auch mit den organisatorischen und ärztlichen Aufgaben des Blutersatzes und der Thrombosebekämpfung, ja vielleicht sogar mit der Sorge um den Wasser-Mineralhaushalt, zu betrauen.

Eine zweite Möglichkeit — vor allem für kleine Krankenhäuser — wäre die, daß ein in freier Praxis niedergelassener Fachanaesthesist gewissermaßen mehrere Krankenhäuser betreut und jeweils in freier Vereinbarung an festgelegten Operationstagen bzw. bei schwierigen Fällen zugezogen wird. Obwohl sich diese Art der Handhabung in England, Amerika, Schweden und Frankreich in vielen Krankenhäusern eingebürgert hat, so sind aus mancherlei Gründen hinsichtlich der Zweckmäßigkeit doch verschiedene Zweifel zu hegen. Wohl eine Lösung, aber nicht die Ideallösung!

Eine dritte Möglichkeit glaubt man gelegentlich darin zu sehen, daß ein Assistent des Krankenhauses sich in einem mehrwöchigen Durchschleuseverfahren an einer großen Anaesthesieabteilung die neuzeitlichen Narkoseverfahren aneignen soll. Es ist Zörn in seiner Meinung beizupflichten, daß die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen nicht in „Schnellkursen“ zu erwerben sind. Ist dieser „Narkose-Zögling“ wieder in sein Heimatkrankenhaus zurückgekehrt, so wird er zum „Gelegenheitsnarkotiseur“, weil er neben seiner chirurgischen Tätigkeit manchmal auch die modernen Betäubungsmethoden ausführt, dabei fehlt ihm aber die Erfahrung, bedrohliche Zwischenfälle zu meistern, und der tödliche Ausgang stellt das bittere Ergebnis dar. Es kann daher solchen Kurzausbildungen nicht das Wort geredet werden.

Sollen Narkosen weiterhin von erfahrenen Schwestern ausgeführt werden?

In England ist diese Frage gesetzlich geregelt, es dürfen dort nur Ärzte einen Menschen betäuben. Solange Deutschland nicht über eine ausreichende Zahl von Fachanaesthesisten verfügt, wird es sich mancherorts nicht umgehen lassen, der „bewährten Narkoseschwester“ diese verantwortungsvolle Tätigkeit noch zu belassen. Es liegt mir fern, solchen Schwestern, die mit großem Einfühlungsvermögen und beachtlichem Geschick seit Jahrzehnten die Kranken narkotisieren, ihre bisherigen Ver-

dienste zu schmälern. Niemand vermag jedoch daran zu zweifeln, daß ein Anaesthesist mit großer praktischer Erfahrung und theoretischem Wissen in Physiologie und Pharmakologie bei einem Kreislaufkollaps, einer Hypoxämie, einer Aspiration das Höchstmaß an Sicherheit für den Patienten darstellen wird. Der Anaesthesist wird die Gefahren und ihre Verhütung bei einer Ileusoperation beim Diabetiker, einer Cholecystektomie beim Verschluslikterus, einer Appendektomie beim dekompensierten Herzkranken, einer Trepanation beim Schädelverletzten ganz anders beurteilen als die erfahrenste Narkoseschwester.

Der berühmte englische Anaesthesist Sir Macintosh sprach im vorigen Jahr einmal zu diesem Problem — obgleich es in England nicht existiert — und sagte:

„Falls die Narkoseschwester eine Berechtigung auf Grund der Tatsache haben soll, daß man sie technisch gleichwertig heranbilden kann und sie dabei billiger arbeitet als ein medizinisch qualifizierter Facharzt, dann lassen sich mit gutem Recht auch Argumente anführen für die Ausbildung von Schwestern zur Durchführung von Hernienplastiken und Magenresektionen, um nur zwei Operationen anzuführen, bei denen sorgfältiges und kunstgerechtes Nähen wichtig ist. Nach einem anerkannten Ausbildungskurs bei einem erstklassigen Chirurgen würde eine intelligente Schwester diese Eingriffe zweifellos sorgfältiger und billiger ausführen als viele junge Ärzte. Daß gelegentlich bei einem Patienten die Nähte falsch gelegt werden, könnten wir ebenso tolerant hinnehmen wie die unnötigen Todesfälle, die von Zeit zu Zeit bei der Narkoseschwester vorkommen.“

Zusammenfassend ist zur Frage der Anaesthesie festzustellen, daß der Idealzustand für den Kranken, der Anspruch auf bestmögliche Behandlung hat, dann geschaffen ist, wenn ihm auch im kleinen Krankenhaus der wahre Segen neuzeitlicher Betäubungsmethoden bei Bedarf zuteil werden kann. Es wäre aber völlig falsch, wenn nun Unerfahrene in Verkenntnis der Gefahren von Anaesthesiekombinationen und in Überschätzung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten riskante Narkoseverfahren anwenden würden, die nur in die Hand eines Fachmannes gehören. Auch im kleinen Krankenhaus soll der Patient die Vorteile der neuen Methoden genießen, aber erst, wenn Anaesthesisten bereitstehen, die über ein gründliches pathophysiologisches Spezialwissen, über ausreichend klinische Erfahrung, über genaue Kenntnis im Gebrauch der komplizierten technischen Apparate und der Kontrollvorrichtungen verfügen. Ist man seitens der Chirurgen und seitens der Krankenhausträger bereit, auch in kleineren Krankenhäusern sich der Mithilfe von Fachärzten für Anaesthesie — sei es nach ausländischem Vorbild als „part-timer“ oder als „full-timer“ — zu bedienen, so ist es selbstverständlich, daß der berechtigte Wunsch der Patienten dieser Krankenanstalten nach dem optimalen Betäubungsverfahren, sei es in bezug auf die Praemedikation, auf die Intubationsnarkose mit Lachgas und Curare, auf die künstliche Blutdrucksenkung oder die kontrollierte Hypothermie, guten Gewissens und ohne Risiko erfüllt werden kann. (Wird fortgesetzt)

Richtlinien für die Anwendung der Sozialversicherung

III. Teil. Stand II/56 (Schluß)

Von Dr. A. Keppel

Berechnung der Renten (Ruhegeld §§ 36—39 AVG)

Das Ruhegeld setzt sich zusammen aus:

1. dem Grundbetrag;
2. dem Steigerungsbetrag;
3. dem Kinderzuschuß;
4. dem Zuschlag aus dem Sozialversicherungsanpassungsgesetz SVAG vom 17. Juni 1949 (Anh. XI 1 zum AVG);
5. der Zulage aus dem „Rentenzulagengesetz“ RZG vom 10. August 1951;
6. der Grundbetragserrhöhung nach dem Grundbetragserrhöhungsgesetz GEG vom 17. April 1953;
7. dem Renten-Mehrbetrags-Gesetz RMG vom 23. November 1954. Anh. XI 38 AVG;
8. dem Sonderzulagengesetz SZG vom 2. Dezember 1955, Anh. XI 38 b AVG.

1. Der Grundbetrag ist für alle Klassen (Gehalts- und Beitragsklassen §§ 169, 170 AVG) 444 Deutsche Mark im Jahre. (Der Grundbetrag ist mit Gesetz vom 24. 7. 1941 von 360 DM auf 444 DM erhöht worden.)
2. Der Steigerungsbetrag. Für jeden Monatsbeitrag steigert sich die Jahresrente um den entsprechenden Satz der Beitragsklasse. Für die Bemessung des Steigerungsbetrages stehen die Klassen vor und nach dem 1. Januar 1954 einander gleich. Auf Beiträge, die in der Zeit vom 1. August 1921 bis 31. Dezember 1923 entrichtet sind, entfällt kein Steigerungsbetrag.

Ab 1. Juni 1949 gelten für die Pflichtversicherung der Selbständigen und unständig Beschäftigten, die Selbstversicherung, die freiwillige Weiterversicherung und die freiwillige Höherversicherung (nach § 1 des Ges. über die Höherversicherung usw. vom 14. März 1951, Anhang XI 9, seit 1. Januar 1951 nicht mehr für die freiwillige Höherversicherung) für jeden nach Beitragsklassen entrichteten Monatsbeitrag die Steigerungsbeträge der Spalte (B) der nachfolgenden Tabelle. Die Spalte (A) umfaßt die Steigerungsbeträge vor dem 31. Mai 1949.

Steigerungsbeträge

bis 31. Mai 1949 (A)		ab 1. Juni 1949 (B)	
in der Klasse	Deutsche Mark	in der Klasse	Deutsche Mark
A	—,25	I	—,20
B	—,50	II	—,30
C	1.—	III	—,45
D	1.50	IV	—,65
E	2.—	V	—,95
F	2.50	VI	1.25
G	3.—	VII	1.75
H	4.—	VIII	2.45
J	6.—	IX	3.15
K	8.—	X	3.85
—	—	XI	6.—*)
—	—	XII	8.—

*) Nach § 9 Abs. 9 der DVO zum SVAG ist der Steigerungsbetrag ab 1. 9. 1952 in der elften Beitragsklasse DM 4.90.

Bezüglich der Steigerungsbeträge für Ersatzzeiten darf auf Teil II Abs. II d 7 (Heft 3/56) verwiesen werden.

3. Der Kinderzuschuß wird seit 1. Juni 1949 für die Kinder des Ruhegeldempfängers wieder einheitlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt. Mehreren Beteiligten wird Kinderzuschuß für dasselbe Kind nur einmal gewährt, und zwar demjenigen der das Kind überwiegend unterhält. Der Kinderzuschuß beträgt monatlich:

- a) soweit er vor dem 1. 5. 1942 bereits festgestellt war, für jedes der ersten zwei Kinder 7.50 DM, für jedes weitere Kind 10.— DM;
- b) soweit der Zuschuß seit dem 1. 5. 1942 festgestellt ist, für jedes Kind 10.— DM (auch für die ersten zwei!).

Hierzu kommen folgende Zuschläge:

Nach dem SVAG ab 1. 6. 1949 DM 5.—
 nach dem RZG ab 1. 6. 1951 DM 5.—

Der Kinderzuschuß beträgt im Falle a) 17.50 DM für die ersten zwei, und im Falle b) 20.— DM (auch für das 3. und weitere Kind im Fall a).

4. Das Sozialversicherungsanpassungsgesetz hat im § 1 folgende Zuschläge gebracht:

- 1. Auf das Ruhegeld 15 DM, die Mindestsumme muß insgesamt 50 DM betragen;
- 2. auf die Witwen- bzw. Witwerrente 12 DM, die Mindestrente ist auf 40 DM festgesetzt;
- 3. auf die Waisenrente 6 DM, jedoch auf eine Mindestrente von 30 DM;
- 4. Zuschuß zum Kinderzuschuß s. oben;
- 5. auf die Zuschläge findet der § 1273 RVO keine Anwendung. (Hinterbliebenenrenten zusammen dürfen die Rente des Verstorbenen nicht übersteigen.)

§ 2 Die Änderung des § 1254 RVO (Herabsetzung der EM von 66²/₃ auf 50⁰/₁₀₀).

§ 7 Die Neuordnung der Beitragsklassen und Neufestsetzung der Steigerungsbeträge (s. oben).

Zu diesem Gesetz haben wir eine umfassende Durchführungsverordnung sowie ein erstes, zweites und drittes Änderungsgesetz zum Sozialversicherungsanpassungsgesetz gebracht. Das dritte Änderungsgesetz datiert vom 3. Oktober 1955, hierzu hat der Bundestag noch vor den Weihnachtsferien 1955 ein Gesetz zur Änderung des dritten Gesetzes zur Änderung des SVAG beschlossen.

5. Das Rentenzulagengesetz bringt im § 2 weitere Zulagen.

Die Zulagen betragen monatlich:

5.— DM bei Renten bis zu 25 DM	
7.50 DM bei Renten von mehr als 25 DM bis zu 35 DM	
10.— " " " " " " " 35 " " " 45 "	
12.50 " " " " " " " 45 " " " 55 "	
15.— " " " " " " " 55 " " " 65 "	
17.50 " " " " " " " 65 " " " 75 "	
20.— " " " " " " " 75 " " " 85 "	
22.50 " " " " " " " 85 " " " 95 "	

Die Zulagen steigen um 2.50 DM monatlich für jede weitere der in Stufen von 10 DM monatlich fortschreitenden Rentengruppen. Bei der Bemessung der Zulagen ist von den Renten ohne Kinderzuschüsse auszugehen.

Zu den Kinderzuschüssen wird eine Zulage gewährt (s. oben).

6. Das Grundbetragsserhöhungsgesetz bestimmt, daß ab 1. 12. 1952 alle laufenden und nach diesem Tage festgestellten Renten aus der Rentenversicherung der Arbeiter (Inv.-Vers.) und der Angestelltenversicherung um monatlich

- 5.— DM bei den Invalidenrenten und dem Ruhegeld,
- 4.— DM bei den Witwen- und Witwerrenten,
- 2.— DM bei den Waisenrenten, erhöht werden.

7. Das Rentenmehrbetragsgesetz wirkt bis zur Neuregelung der gesetzlichen Rentenversicherung u. a. für die Empfänger von Ruhegeldern und Witwen(er)renten, sofern sie im Jahre 1923 oder früher geboren sind (bei Witwenrente muß der verstorbene Ehegatte 1923 oder früher geboren sein), zur Rente einen Mehrbetrag aus. Der Mehrbetrag wird auf Grund zusätzlicher Bewertung der Steigerungsbeträge aus den Beiträgen bemessen, die für Zeiten vor dem 1. Januar 1939 nach dem AVG u. a. m. und den zu ihrer Änderung und Ergänzung erlassenen Vorschriften angerechnet oder entrichtet worden sind. Der Vornhundertatz beträgt in der AV 120 v. H. Werden für die Ersatzzeiten Steigerungsbeträge gewährt, gelten die obigen Bestimmungen entsprechend.

8. Das Sonderzulagengesetz gewährt Empfängern von Renten die im Monat Dezember 1955 einen Anspruch auf einen Mehrbetrag aus dem Rentenmehrbetragsgesetz haben, eine Sonderzulage in Höhe des Sechsfachen dieses Mehrbetrages. Das gleiche gilt bei der Berechtigung zum Rentenempfang (sinngemäß) für den Monat Juni 1956.

Aus der Vielzahl der §§ des AVG und der Zusatzgesetze habe ich die mir am wichtigsten erscheinenden Bestimmungen für den freiwilligen „Weiterversicherer“ herausgegriffen und zu diesem Leitfadens zusammengestellt. Einen Anspruch auf Vollständigkeit kann ich daher nicht erheben, zumal auch hier die Gesetzgebung laufend Neuerungen bringt. Die Durchrechnung von Rentenbeispielen habe ich bewußt nicht gebracht, um hier keine Verwirrung zu stiften. Diese Durchrechnung ist selbst für Eingeweihte sehr schwierig und nicht wie bei der Bayer. Ärzteversorgung durch den Versicherten selbst möglich.

Es leisten zwar Arbeiter und Angestellte vom Arbeitsentgelt den gleichen Prozentsatz von Beiträgen, erhalten aber hierfür nicht gleich hohe Renten. Nur bei verhältnismäßig kurzen Beitragszeiten und niedrigen Beiträgen sind die AV gegenüber den IV ein klein wenig besser gestellt.

Im großen Durchschnitt aber erhalten die in der AV Versicherten eine geringere, zum großen Teil sogar eine erheblich geringere Rente als die Invalidenversicherten, und das bei gleichen Beiträgen und einem besseren Invaliditätsrisiko! Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß man in der Vergangenheit den bequemeren Weg der festen Zulagen (Zuschläge, Mehrbetrag, Sonderzulage usw.) beschritten hat und einer Neuberechnung der Steigerungsbeträge aus dem Weg gegangen ist.

Die dringendste Forderung zur kommenden Sozialreform muß sein, weg mit diesem Lianengestrüpp einer sozialen Gesetzgebung, das niemand mehr übersehen kann.

In den letzten Wochen ist durch die Presse das Schlagwort der „Produktivitätsrente“ gegangen, und von den Parteien wurden bezüglich der Höhe dieser

Rente sich gegenseitig überbietende Forderungen erhoben. Die einen sprachen von 60% des letzten Arbeitsverdienstes, die anderen sogar von 70%. Bei einem Rentensatz von 70% dürfte der Arbeitsverdienst des einzelnen mit mindestens 40% belastet werden. Die höheren Beitragsklassen würden natürlich noch höher belastet werden. (Die Vergangenheit läßt keinen anderen Schluß zu.) Da-

mit aber auch niemand entweichen kann, sollen alle Arbeitnehmer ohne Ausnahme zur Produktion dieser schönen Produktivitätsrente herangezogen werden. Wer aber bezahlt diese Renten weiter, wenn einmal eine wirtschaftliche Depression kommen sollte?

Anschr. des Verfassers: Marktzeuln/Ofr. ü. Lichtenfels.

Vertreterversammlung der KVB am 3. 3. 1956 in München

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Hense, eröffnete die Versammlung um 9.45 Uhr. Von den 78 Vertretern waren 5 entschuldigt.

Die Tagesordnung umfaßte folgende Punkte:

1. Bericht des Vorsitzenden des Landesvorstandes.
2. Satzung der KVB.
3. Wahlordnung der KVB.
4. Diskussion über Satzungsentwurf der KBUV.
5. Antrag der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken vom 13. 2. 1956.
6. Beschlüßfassung über den Termin der Vertreterversammlung zur Genehmigung der Haushaltspläne 1955/56 der KVB.

Punkt 1:

Der Vorsitzende des Landesvorstandes, Dr. Völlinger, gab einen Bericht über die Entwicklung des Gesetzes zur „Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen“ — (Beziehungsgesetz) — vom 17. 8. 1955, wobei er betonte, daß — wenn auch manche Wünsche der Kassenärzte nicht erfüllt sind — sich im ganzen gesehen doch ein Positivum ergeben habe. Nach dem Gesetz muß die neue Satzung einer Landes-KV bis zum 1. 6. 1956 beschlossen sein; innerhalb 3 Monaten nach der Genehmigung dieser Satzung durch die zuständige Aufsichtsbehörde muß dann die Wahl innerhalb der Länder-KVen durchgeführt werden. Da Bayern als erstes Land des Bundesgebiets ein KV-Gesetz hatte, das als Muster für das Beziehungsgesetz gedient hat, muß die heutige Beratung der Satzungen der KVB hauptsächlich die Punkte umfassen, die durch das Beziehungsgesetz eine Änderung erfahren müssen. Mit Nachdruck wies Dr. Völlinger darauf hin, daß — wie es bereits im Bayer. KV-Gesetz bestimmt war — der Vorstand bzw. der erste Vorsitzende für alle Maßnahmen sowohl des Vorstandes wie der einzelnen Bezirksstelle verantwortlich sei; das beziehe sich vor allem auch auf die Haushaltsführung der Bezirksstellen, die in den Haushaltplänen der KVB zusammengefaßt sind. Die Tatsache, daß die Betriebs- und Rechnungsführung der KVB laufend durch einen bestellten Prüfer überwacht und überprüft wird, gebe die Gewähr, daß die Aufsichtsbehörde wohl kaum Anlaß zum Einschreiten haben würde.

Punkt 2:

Dr. Völlinger berichtete, daß der der Vertreterversammlung vorliegende Entwurf, der im großen und ganzen der alten Satzung gleicht, von der Satzungskommission des Landesvorstandes gefertigt und vom Landesvorstand wiederholt beraten worden sei; dabei sind die von den einzelnen Bezirksstellen vorgeschlagenen Abänderungen genau geprüft und gegebenenfalls eingebaut worden. Da die Satzung vom Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge genehmigt werden muß, um Rechtskraft zu erhalten, hat Dr. Völlinger den Entwurf eingehend mit dem Ministerium durchgesprochen und dabei die Formulierungen vertreten, auf welche die KVB Wert legt. Wenn die Vertreterversammlung keine grundlegenden Änderun-

gen des vorliegenden Entwurfs beschließen, würde einer Genehmigung der Satzung durch das Arbeitsministerium nichts im Wege stehen; sollte jedoch durch wesentliche Änderung der Satzung durch die Vertreterversammlung das Arbeitsministerium die Genehmigung in bestimmten Punkten versagen, dann würden durch erneuten Zusammenritt der Vertreterversammlung, erneute Vorlage beim Arbeitsministerium usw. die ganzen Termine verschoben werden; es könnte dann der Fall eintreten, daß evtl. erst im Herbst die neue Vertreterversammlung und der neue Vorstand ihr Amt antreten könnten; der bisherige Vorstand lege aber großen Wert darauf, keine Verzögerung in der Amtsübergabe eintreten zu lassen.

In der anschließenden Beratung des Satzungsentwurfs kam es dann über einzelne Paragraphen zu lebhaften Debatten; so bei § 2, der die Aufgaben der KV beinhaltet; dabei wurde, entsprechend einem Antrag, der Hinweis auf § 182 RVO gestrichen; ein weiterer Antrag, den 2. Satz des § 2 Abs. 1 — betreffend die Möglichkeit der Übernahme weiterer Aufgaben durch die KVB — zu streichen, wurde abgelehnt. Anlaß zu eingehender Aussprache ergaben die §§ 6, 11 und 12 des Satzungsentwurfs, welche die Stellung der Bezirksstellen innerhalb der KV beinhalten. Da das Beziehungsgesetz als Organe einer KV nur die Vertreterversammlung und den Vorstand kennt, sind die Bezirksstellen Verwaltungsstellen der KV ohne eigene Rechtspersönlichkeit mit den satzungsgemäß festgelegten Aufgaben (§ 13). Nachdem der Vertrauensmännerversammlung einer Bezirksstelle lediglich die Beratung des Vorsitzenden der Bezirksstelle bei grundsätzlichen Entscheidungen zusteht — nicht mehr eine Beschlüßfassung — wurde der Antrag angenommen, diese „Beratung“ der Vertrauensmännerversammlung für den Vorsitzenden der Bezirksstelle „verbindlich“ zu machen; des weiteren ein Antrag, daß es Aufgabe des Vorsitzenden der Bezirksstelle sei, die Vertrauensmänner „vor jeder grundsätzlichen Verwaltungsmaßnahme zu hören“. Unter allgemeiner Zustimmung wies Dr. Völlinger darauf hin, daß kollegiales Zusammenarbeiten evtl. Schwierigkeiten beseitigen könne. Die vorausgegangene Debatte über die Stellung der Bezirksstellen war Anlaß zu folgendem Antrag, der angenommen wurde:

„Die Vertreterversammlung möge dem Gesetzgeber, dem Bayer. Arbeitsministerium und dem Bundesarbeitsministerium die Notwendigkeit der Tätigkeit der Bezirksvertrauensmännerversammlung als gesetzliches Organ der KVB zur Kenntnis bringen und um entsprechende Gesetzesänderung bitten.“

Eine eigene Disziplinarordnung — wie sie früher bestand — wurde nicht geschaffen. Dafür wurde in § 5 der Satzung „Maßnahmen wegen Pflichtverletzung“ das ganze Verfahren in die Satzung eingebaut.

Mit kleinen Änderungen wurde der vom Landesvorstand vorgelegte Satzungsentwurf angenommen und die Satzung beschlossen; gleichzeitig erging ein Beschluß der Vertreterversammlung, daß die beschlossene Satzung auch

Cefadysbasin

Tropf. - Tabl. - Amp.

Periphere und coronare
Durchblutungsstörungen

CEFAK-KEMPTEN



dann als endgültig beschlossen gelte, wenn das Arbeitsministerium in § 13 Abs. 2 Buchstabe b (Aufgaben der Vertrauensmännerversammlung) die Worte „für diesen“ — das ist: den Bezirksstellenvorsitzenden — „verbindlich“ nicht genehmigen sollte.

Punkt 3:

Der vorgelegte Entwurf der Wahlordnung wurde nach kurzer Debatte mit einigen stilistischen und redaktionellen Änderungen angenommen.

Punkt 4:

Dr. Völlinger gab eine kurze Einführung; die Aussprache über den Satzungsentwurf der KBuV sollte dazu dienen, den Delegierten der KVB für die Hauptversammlung der KBuV die Ansicht der Vertreterversammlung bekanntzugeben, um dort entsprechend beraten und abstimmen zu können. Eingehend diskutiert wurde über den Aufbau der KBuV (geschäftsführender Vorstand — Gesamtvorstand), deren Verhältnis zueinander und zur Vertreterversammlung und deren Rechte. Die Diskussion befaßte sich hauptsächlich mit der Zusammensetzung des Gesamtvorstandes bzw. der zahlenmäßigen Bewertung der einzelnen Landes-KV-Vertreter nach der Anzahl der Mitglieder. Angenommen wurde ein Antrag: „Es ist die Meinung der Vertreterversammlung der KV Bayerns, daß in dem Gesamtvorstand der KBuV das Stimmengewicht des Vorsitzenden der Landes-KV nach der Zahl der Mitglieder dieser Landes-KV sich bestimmen muß.“ Angenommen wurde ein weiterer Antrag, daß bei Beschlußfassung innerhalb des Gesamtvorstandes der KBuV die Länder-KVen vorher zu hören sind; ferner ein Antrag, daß einzelne dem Gesamtvorstand obliegende Aufgaben nicht dem geschäftsführenden Vorstand zur selbständigen Erledigung übertragen werden können.

Punkt 5:

Die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB hatte den Antrag gestellt „Herrn Dr. Dr. von Gugel auf Grund der fahrlässigen Verbreitung schwerster unwahrer Anschuldigungen gegen die KVB-Bezirksstelle Mittelfranken und deren Geschäftsführer in den Mitteilungen des Landesverbandes Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), die weitgehend in die Öffentlichkeit gedrungen sind, in seiner Eigenschaft als 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, ihre Mißbilligung auszusprechen.“

Unmittelbarer Anlaß dazu war eine im genannten „Mitteilungsblatt“ erschienene Notiz über eine Veruntreuung des Geschäftsführers in der Geschäftsstelle der KVB-Bezirksstelle Mittelfranken. Diese Notiz entbehrte bezüglich der Bezirksstelle Mittelfranken jeglicher Grundlage;

eine Veruntreuung war im Zahnärztlichen Bezirksverein vorgekommen. Die Angelegenheit ist im „Bayer. Ärzteblatt“ Nr. 2/1956 S. 33 und Nr. 3/1956 S. 53 behandelt. Bei der Begründung des Antrages erklärte der Vorsitzende der Bezirksstelle, Dr. Görl, daß der Antrag gegen Dr. Dr. von Gugel sich nicht so sehr auf dessen Maßnahmen oder Unterlassungen in der Angelegenheit als Schriftleiter der „Mitteilungen“, als vielmehr auf seine Haltung als 2. Vorsitzender der KVB beziehe; dieser sei verpflichtet, Schaden für die Ärzte zu vermeiden oder baldigst zu beheben, eine Pflicht, die Dr. Dr. von Gugel gröblich vernachlässigt habe.

In seiner Erwiderung berichtete Dr. Dr. von Gugel über die Entstehungsgeschichte der Notiz, über das Verschulden der Druckerei durch falschen Abdruck seines Textes — „kassenärztliche“ statt „kassenzahnärztliche“ Vereinigung — und über seine, teilweise über die presserechtliche Verpflichtung hinausgehenden sofortigen Maßnahmen zur Orientierung der Ärzte Mittelfrankens und zur Richtigstellung der Fehlmeldung im Bayer. Ärzteblatt; seine Stellung innerhalb der KVB — als deren 2. Vorsitzender — werde bestimmt durch die Tatsache, daß die Grundsätze des Hartmannbundes und dessen Ansicht über die Grundlage des Kassenarzteswesens ihn zwingen, eine besonders betonte Linie einzubaiten, durch die er häufig in Konflikte mit den rein exekutiven Belangen der KV komme. Gegenüber dem Vorwurf Dr. Görls, er sei kein 2. Vorsitzender, sondern eine Belastung für die KV gewesen, wies Dr. Dr. von Gugel auf seine 4jährige Arbeit und seine Verdienste für die kassenärztliche Besserstellung — besonders durch Unterhandlungen in letzter Zeit mit dem Bundesfinanzministerium — hin.

In der Aussprache übte eine Anzahl von Rednern scharfe Kritik vor allem an der Tatsache, daß durch Dr. Dr. v. Gugel ohne vorherige Rückfrage bei der leicht erreichbaren zuständigen Stelle eine derartig schwer belastende Nachricht in seinem „Mitteilungsblatt“ gebracht worden sei, die — gleichgültig ob es sich dabei um Ärzte oder Zahnärzte handelte — geeignet sei, zur Diskriminierung des Arztstandes beizutragen, und die eine bewußt körperschaftsfeindliche Haltung erkennen lasse.

Der Antrag der Bezirksstelle Mittelfranken wurde gegen zwei Stimmen bei mehreren Enthaltungen angenommen.

Punkt 6:

Als Termin für die Vertreterversammlung mit der Tagesordnung „Genehmigung der Haushaltspläne 1955/56 der KVB“ wurde der 5. 5. 1956 festgelegt.

Der Vorsitzende schloß die Sitzung um 18.35 Uhr.

1. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVB
Dr. Hense

MITTEILUNGEN

Kolleginnen und Kollegen!

Darf ich Sie auf den diesem Heft beigelegten Aufruf mit anliegender Zahlkarte aufmerksam machen, der zur Spende für die Heimkehrerhilfe der deutschen Ärzteschaft gedacht ist. Noch ist nicht alles getan, um allen denen „auf den Weg zurück“ wirksam helfen zu können, die sich heute erst wieder eine neue Existenz — oft unter verminderter Kraft — aufbauen müssen. Die Spenden können entweder mittels Spendenschein über die Kassenärztliche Abrechnungsstelle oder mit beiliegender Zahlkarte auf das angegebene Sonderkonto einbezahlt werden.

Dr. S o n d e r m a n n

Eine schwere Beleidigung gegen Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg

des bekannten Direktors der Universitätsklinik, führte zu einer Verhandlung vor dem Erweiterten Schöffengericht in Stuttgart gegen den Chefredakteur Carl Hertweck der Zeitschrift „Das Motorrad“. Das Urteil lautete auf drei

Monate und zwei Wochen Gefängnis ohne Bewährungsfrist. Ein mitangeklagter Journalist wurde wegen Nachdrucks zu 60 DM Geldstrafe verurteilt.

Prof. Dr. K. H. Bauer hatte als wissenschaftlicher Leiter einer unfallchirurgischen Tagung am 7. und 8. Januar 1955 in Heidelberg ein Referat über „Verkehrsunfälle im Rahmen des Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens“ gehalten, in dem er sich auch mit den steigenden Unfallzahlen und mit der besonderen Gefährdung des Motorradfahrers befaßte. Er wies auch darauf hin, daß im Vergleich zu 1948 die Verkehrsunfälle bei Straßen-, Eisenbahn- und sonstigen Fahrzeugen „praktisch gleichgeblieben“, die Unfälle der Fußgänger um 32,1% gestiegen, die der Autofahrer um 147,4%, die der Radfahrer um 268,6% und die der Motorradfahrer sogar um 338,6% zugenommen hätten. Aus Sorge und Verantwortungsbewußtsein erhob Prof. Dr. Bauer, in dessen Klinik in der Regel ein Drittel aller Krankenbetten mit Unfallkranken belegt ist, drei Forderungen zur Senkung der Unfallzahl: Eine

radikale Verbesserung der Sichtverhältnisse an Straßenkreuzungen und Straßeneinmündungen (Abreißen von Sträuchern, Zäunen, Mauern usw.), die Wiedereinführung einer Geschwindigkeitsbegrenzung und die Einführung des Schutzhelms für Motorradfahrer als gesetzliche Pflicht. Die Notwendigkeit des Schutzhelms ergebe sich zwingend allein aus der Tatsache, daß 36,8% der Sterblichkeit von jungen Männern zwischen 20 und 25 Jahren auf den Kraftverkehrstod kämen, und daß die Motorradfahrer — gegenüber 28 Verkehrstoten beim Auto und drei bei der Eisenbahn — 316 Verkehrstote je Milliarde Personenkilometer aufzuweisen hätten und 79,2% ihrer Gesamtsterblichkeit auf Schädelverletzungen entfielen.

Obwohl die Motorradfahrer keineswegs angegriffen wurden, sondern das Referat nur der Sorge um ihr Leben und ihre Gesundheit entstammte, griff Hertweck in der Zeitschrift „Das Motorrad“, ohne das Referat von Prof. Bauer selbst gehört oder dessen Manuskript gelesen zu haben, diesen in der schwersten Weise an. Schon die Überschrift „Von Schustern und Medizinmännern“ ließ die Art der Kritik ahnen. U. a. hieß es: „Ein Mann wie Bauer ist deshalb speziell gefährlich, und man kann ihm nicht einmal mit dem kleinen Lokalredakteur das Alibi des Armen im Gelste zubilligen.“ „Ein Narr macht zehn andere.“ „Man drückt da immer so auf die soziale Drüse und auf die Tränendrüse, und alle die müßigen Schwätzer, die da um die 12 000 Unfalltoten herumheulen...“ Nach der Erwirkung einer einstweiligen Verfügung durch Prof. Bauer wurde ein neuer unqualifizierbarer Angriff gegen Prof. Bauer im „Motorrad“ veröffentlicht. Hertweck nannte Prof. Bauer einen „Leithammel“, der „Unsinn“ fordere. Er schrieb: „Seit es keine Höhlenlöwen mehr gibt, bleibt natürlich eine Schicht von Menschen erhalten, deren geistige Fähigkeiten nicht ausreichen, sich gegen Umweltgefahren zu behaupten. Die Nachfahren dieser Leute sind heute als Verkehrsoffer dankbare Objekte für statistikmachende ehrgeizige Chirurgen. „Wer sich dem dichterem Verkehr nicht anpassen könne, der werde eben genau so ausgesiebt, wie seit ein paar Millionen Jahren unzulängliche Exemplare eben schon immer untergewalzt wurden.“ In einem Artikel hat Hertweck bezeichnenderweise von „Sicherheitshysterikern“ im Bundesverkehrsministerium und in den Innenministerien der Länder gesprochen.

Das Urteil kann auf Kosten Hertwecks, der auch die Verfahrenskosten zu tragen hat, in mehreren Zeitungen, darunter auch in der Zeitschrift „Das Motorrad“, veröffentlicht werden. ID

„Rieder-Institut“

Das Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München, allgemein unter der Bezeichnung „Rieder-Institut“ bekannt, hat durch ministerielle Entschleßung vom 20. 12. 1955 eine Namensänderung erfahren, die der Arbeitsrichtung und dem Aufgabengebiet des Instituts besser entspricht. Die Bezeichnung lautet nunmehr

„Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München“
(Direktor: Prof. H. v. Braunbehrens)

Im Vordergrund steht die poliklinische Behandlung ambulanter Patienten, während die relativ kleine Bettenabteilung nur für solche Kranke bestimmt ist, die wegen der Art und Schwere ihrer Krankheit nicht ambulant behandelt werden können oder bei denen die Art der Behandlung, z. B. mit natürlichen und künstlichen radioaktiven Stoffen, eine klinische Aufnahme notwendig macht, oder schließlich Kranke, deren Wohnsitz außerhalb einer ambulanten Behandlung nicht zuläßt. Das Krankengut für die Physikalische Therapie enthält vor allem Kranke aus dem großen Formenkreis der rheumatischen Krankheiten, dann Krankheiten der Bewegungsorgane und des Kreislaufs, während in der Strahlentherapie die bösartigen Geschwülste die Mehrzahl der behandelten Kranken ausmachen.

„Die Vergessenen des Wirtschaftswunders“ (In der Bundesrepublik)

lautet der Titel eines Leitartikels in der schweizerischen „Weltwoche“ (6. 4. 1956). Darin wird gesagt, daß am aller-

vergessensten alle jene sind, die man kollektiv die „geistige Elite“ nennt, die Angehörigen freier Berufe und die Lehrer. Sie sind als Wähler zuwenig zahlreich, als daß sich die politischen Parteien stark um ihre Gunst bemühen würden. Hinsichtlich der Ärzte wird gesagt, daß es teilweise und in einzelnen Ländern etwas besser geworden wäre. Es gebe Ärzte, Anwälte, Ingenieure, die es in der zweiten Hälfte ihres Lebens zu hohen und höchsten Einkommen bringen, aber im ganzen gesehen ist die „geistige Elite“ die Schicht der Bevölkerung, die — neben den Rentnern — den geringsten Anteil am Wirtschaftswunder hat, ja die in gewissem Sinne sogar wirtschaftlich abgesunken ist, indem sie sich früher vorwiegend aus der sozialen Oberschicht rekrutierte, die Vermögen besaß und dadurch das direkte Berufseinkommen oft bedeutend ergänzen konnte, während heute diese kapitalistische Basis immer häufiger fehlt. ID

Die Problematik der Arbeitszeitverkürzung

Über die Problematik der Arbeitszeitverkürzung veröffentlichte die Internationale Arbeitsorganisation in Genf einen ausführlichen Bericht. Darin wird der gegenwärtige Stand der Diskussion über dieses Thema und die Auswirkungen einer weiteren Verkürzung der Arbeitszeit behandelt. Der Bericht zeigt, daß man es selbst in der Internationalen Arbeitsorganisation nicht für ratsam hält, bedenkenlos für eine generelle Arbeitszeitverkürzung durch gesetzliche Vorschriften einzutreten. Mit den gesundheitlichen Auswirkungen der 40-Stunden-Woche sollte sich ein für den 15. März 1956 vorgesehener Vortrag von Prof. Dr. Gustav Schimmert im „Arbeitskreis Sozialdemokratischer Ärzte“ in München befassen. Dieser mußte jedoch aus technischen Gründen auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden. ID

Irreführende Vergleiche

Ärztliche Honorare im Blickwinkel der Ortskrankenkassen

Köln (ÄPI) — Im Pressedienst der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände erschien eine Meldung: „Die wirtschaftliche Lage der Kassenärzte ist saniert.“ Diese Meldung gibt die Steigerung des Kassenärztlichen Honorars in der Zeit von 1950 bis 1955 mit 71,36% an und vergleicht diese Steigerung mit der Erhöhung des Lohnindex im gleichen Zeitraum, die 43,46% betragen hat.

Dieser Vergleich ist irreführend, weil der Zeitraum vor 1950 unerwähnt geblieben ist. In der Zeit von 1947 bis 1950 stiegen an:

der Lohnindex um 64,6%

das kassenärztliche Honorar um 29,6%.

Vergleicht man Honorarsteigerung und Steigerung des Lohnindex für die Zeit von 1947 bis 1955, so ist die Honorarsteigerung wesentlich hinter der Lohnsteigerung zurückgeblieben, obschon die Krankenkasseneinnahmen genau der Lohnsteigerung entsprechend gestiegen sind.

Das von den Krankenkassen errechnete ärztliche Monats Einkommen ist überdies eine falsche Berechnungsgrundlage. Der Arzt ist kein Monatslöhner der Krankenkassen, sondern seinem Patienten verpflichtet, für den er ärztliche Leistungen, wie sie in der amtlichen Gebührenordnung aufgeführt sind, zu erbringen hat. Durch die Berechnungsart soll offenbar darüber hinweggetäuscht werden, daß die Krankenkassen nur etwa 65% der Armentaxe der amtlichen Gebührenordnung zahlen. Die Einkommenssteigerung der Ärzte mußte bei dieser Unterbezahlung mit vermehrter Arbeitszeit erkauft werden, während die Lohnsteigerung auf die Arbeitsstunde berechnet ist, somit eine echte Steigerung darstellt.

Diese Unterbezahlung — gemessen an der amtlichen Gebührenordnung — ist auch nicht mit der Überfüllung des ärztlichen Berufes in Zusammenhang zu bringen, wie von Krankenkassenseite angedeutet, gelegentlich auch gesagt wird. Die Zahl der Kassenärzte steht seit 1931/32 in einem festen Verhältnis zur Zahl der Versicherten. Auf 600 Mitglieder entfällt bisher ein Kassenarzt. Die Krankenkassen sind also bis jetzt von der tatsächlich bestehenden Überfüllung des ärztlichen Berufes ganz unberührt. Eine Herabsetzung der Verhältniszahl 1:600 auf

in Zukunft 1:500 ist vom Gesetzgeber erst im August 1955 beschlossen. Sie ist nicht zur Versorgung der Ärzte, sondern im Interesse der Versicherten und ihrer Angehörigen beschlossen und wird erst Ende dieses und im Laufe des nächsten Jahres wirksam werden.

Überwachung der ärztlichen Tätigkeit in der Behandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Das Bundesarbeitsministerium hat am 8. 3. 1956 — V b 5 — 2036/56 an die Arbeitsminister und Senatoren für Arbeit der Länder folgendes Rundschreiben erlassen:

Es ist mir mitgeteilt worden, daß bei Prüfung der ärztlichen Abrechnung aus der Heilbehandlung und Krankenbehandlung nach dem BVG von vielen Stellen nicht nach den Bestimmungen des ärztlichen Bundestarifs für das Versorgungswesen (BVT) verfahren wird. Wenn das Versorgungsamt festgestellt hat, daß eine ärztliche Leistung oder Verordnung unberechtigt erfolgt ist, werden häufig die Kosten abgesetzt, ohne daß der behandelnde Arzt oder die Kassenärztliche Vereinigung gehört worden ist. Ich bitte, die Versorgungsdienststellen anzuweisen, daß bei Beanstandungen der ärztlichen Abrechnungen die Bestimmungen des BVT, Teil I, Ziff. 13, Abs. 3—8 beachtet werden, daß also vor Absetzung von Abstrichen die Kassenärztliche Vereinigung oder der betreffende Arzt gehört und gegebenenfalls der Einigungsausschuß in Anspruch genommen wird.

Eine Fühlungnahme des ärztlichen Dienstes mit den kassenärztlichen Vertretungen möchte ich auch bei anderen Gelegenheiten empfehlen. Durch eine entsprechende Zusammenarbeit werden manche Fragen, die sich aus den örtlichen Verhältnissen ergeben, ohne besondere Schwierigkeiten geklärt werden können. ID

Zusatz der Schriftleitung:

Vielleicht könnte bei dieser Gelegenheit auch einmal die Frage geklärt werden, ob es nicht gegen die guten Sitten verstößt, wenn der Arzt den vollen Preis für Medikamente selbst zahlen muß, die er — bes. in dringenden Notfällen — durch seine Berufsordnung zu verordnen gezwungen ist, wenn er nicht vorher die Genehmigung des Versorgungsamtes zur Behandlung und Verordnung eingeholt hat.

Die Schriftleitung ist gerne bereit, entsprechende Unterlagen zu erbringen, wo Ärzte für dringliche Nachtleistungen nicht nur kein Honorar erhielten, sondern ihnen auch der Preis für die verordneten Medikamente von ihrem Kassenhonorar abgezogen wurde.

Intensivierung der Krebsbekämpfung in Bayern

Im Rahmen der „Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung“, deren Federführung bei der Bayer. Landesärztekammer liegt, konstituierte sich am 18. April 1956 unter dem Vorsitz von Präsident Dr. Sewering ein Wissenschaftlicher Beirat. Anwesend waren Vertreter der drei bayerischen Medizinischen Fakultäten und des „Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten“, der Vorsitzende des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, sowie in der Krebsbekämpfung erfahrene Persönlichkeiten und an dem Krebsproblem interessierte freipraktizierende Ärzte. Die Beratungen befaßten sich mit der Organisation der künftigen Tätigkeit, wobei eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und den freipraktizierenden Ärzten als dringend erforderlich bezeichnet wurde. Zum Vorsitzenden wurde einstimmig Prof. Dr. Bickenbach, Direktor der I. Universitäts-Frauenklinik München, gewählt. ID

Die Bekämpfung der verschiedenen Berufskrankheiten

müsse, wie Arbeitsminister Stain bei der Aussprache über den Haushalt 1956 mitteilte, in der Weise erfolgen, daß die Landesversicherungsanstalten eine Arbeitstellung vornehmen. Bei der kommenden Sozialreform werde es sich um ein gekoppeltes System von Versicherung und Versorgung handeln. Um die Frühinvalidität zu bekämpfen, seien die Krankheitsverhütungsmaßnahmen zu forcieren. Das Arbeitsmedizinische Institut habe eingestellt werden müssen, weil die Bundesanstalt die Mittel nur von Jahr zu Jahr bereitgestellt habe und es untragbar sei, die Ärzte und Angestellten in einem solch unsicheren Arbeitsverhältnis zu beschäftigen. Der Universität München sei deshalb angeboten worden, einen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin zu errichten; dazu würden ihr dann die bereits vorhandenen Einrichtungen des Instituts zur Verfügung gestellt werden. Es bestehe aller Grund, die Forschungsarbeiten auf diesem Gebiete weiterzuführen. (Nach Bayer. Landtagsdienst 1956, Nr. 150.) ID

Brillenverordnungen durch praktische Ärzte

Nach § 182 der RVO sind „Brillen Teile der Krankenpflege“. Der Lieferung muß nach § 122 RVO die Bestimmung der Sehschärfe, die Teil der ärztlichen Behandlung ist, vorangehen. Die Sehschärfebestimmung ist eine im Rahmen der ärztlichen Behandlung den Kassenärzten obliegende Leistung und ist durch die Gesamtvergütung mit abgegolten.

Verordnet ein Arzt eine Sehhilfe (Brille, Kneifer usw.), so hat er auf dem Rezept die Stärke der Gläser und die Art derselben anzugeben, die er selbst auf Grund seiner vorgenommenen Untersuchung als Ergebnis für die richtige Korrektur festgestellt hat. Für die ordnungsgemäße Bestimmung und die Richtigkeit seiner Verordnung trägt er die Verantwortung. Es genügt also nicht der Vermerk auf dem Rezept „eine Lesebrille“ oder „eine Brille für die Nähe“, eventuell mit dem Zusatz „durch den Optiker“. Ein derartiges Vorgehen bedeutet einen Verstoß gegen die Bestimmungen der RVO und ist gleichzeitig ein Vergehen gegen die Berufs- und Standesordnung, wodurch sich der betreffende Arzt einem berufsgerichtlichen Verfahren aussetzt. Hat ein Patient eine Sehhilfe nötig, und der Arzt ist nicht in der Lage, entsprechend den o.a. Bestimmungen und Forderungen eine ordnungsgemäße Bestimmung der Gläserstärke durchzuführen, so hat er den Patienten einem Augenarzt zu überweisen.

Als verwerflich und betrügerisch muß es bezeichnet werden, wenn ein Arzt sich durch einen Optiker oder Brillenmacher die Gläserstärken feststellen oder angeben läßt und diese auf seiner Rezeptur verwendet. ID

Rentnerkrankenversicherung

GPK. Die Bundestagsausschüsse für Sozialpolitik und für Gesundheitswesen haben ihre Beratungen über die Neuordnung der Krankenversicherung der Rentner abgeschlossen. Das Gesetz bestimmt, daß die Versicherten in Zukunft auch als Rentner weiter bei der Krankenkasse versichert bleiben können, der sie während ihres Arbeitslebens angehört haben. Eine Selbstkostenbeteiligung ist ebensowenig in der Ausschlußfassung vorgesehen wie auch eine besondere Beitragszahlung durch den Rentner selbst. Auch die bisher bei den Ortskrankenkassen versicherten Rentner sollen die Möglichkeit haben, bis zum Jahres-schluß wieder zu ihren alten Krankenkassen, denen sie vor Eintritt in das Rentnerdasein angehört, zurück-zukehren.

Wirkungsgleich Morphinum - Atropin mittlerer Dosis

Bei
starken Schmerzen, Krampfständen
ohne Nebenerscheinungen und Suchtgefahr

SPASMO-INALGON

Dr. Kuliak



VERLAPHARM - TUTZING/ORB.

Wenn das Gesetz in der vorgesehenen Fassung angenommen wird, dann ist einem jahrelangen Wunsch der Rentner Rechnung getragen und gleichzeitig eine finanzielle Entlastung der Ortskrankenkassen erreicht worden. Auch die Fortführung der bisherigen Zusatzsterbegeldversicherungen bei den Betriebs-, Innungs-, Land- und Ersatzkrankenkassen wird möglich sein. Grundsätzlich sollen die Rentner Leistungen wie jeder andere Versicherte auch erhalten. Es liegt im Interesse der Rentner, sich rechtzeitig mit ihren früheren Krankenkassen in Verbindung zu setzen.

Ein Schlag gegen den unlauteren Heilmittelhandel

Ein Angeklagter, der ein angeblich mit reiner Vaseline, mit aktiver Kohle und ungesättigten Kohlenwasserstoffen angereichertes Heilmittel herstellte (das aber weder Kohle noch Kohlenwasserstoffe enthielt), vertrat die Ansicht, die Polizeiverordnung von 1941 über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (HWVO) sei nicht mehr gültig, stamme sie doch aus dem Jahre 1941 und sei aus vielen Gründen immer rechtswidrig gewesen oder nach 1945 ungültig geworden.

Der Streit über diese Frage wogt seit Jahren hin und her, viele Heilmittelhersteller fühlten sich durch die HWVO in ihren demokratischen Grundfreiheiten beeinträchtigt, die Behörden kämpften für die Gültigkeit der HWVO, um Unlauterkeiten eindämmen zu können. Vier bekannte Professoren erstatteten ihre Gutachten zuungunsten der Gültigkeit der HWVO, die Strafsenate verschiedener Oberlandesgerichte und ein Senat des Bundesgerichtshofes fällten einander widersprechende Entscheidungen.

Nun hat der Streit vorerst ein Ende! Das Bundesgericht — 5. Strafsenate — hat in seiner Entscheidung vom 24. November 1955 (Aktz. 5 StR 311/55) festgestellt, daß die hier in Frage kommenden wesentlichen Bestimmungen der §§ 1, 3 und 10 gültig sind, durch welche die irreführende Werbung für Arzneimittel und ihnen gleichgestellte Mittel und Gegenstände durch falsche Angaben über die Zusammensetzung eines Mittels oder über die Beschaffenheit eines Gegenstandes untersagt wird.

So erfreulich diese Entscheidung ist, um den immer mehr sich ausbreitenden Heilmittelunlauterkeiten nun entgegenzutreten zu können, es fehlt uns immer noch an einer ausreichenden gesetzlichen Definition des Begriffes „Heilmittel“. Darunter versteht das Volk auch vorbeugende und lindernde Mittel, wie auch die Heilapparate und Abschirmeinrichtungen usw.

Die Volksgesundheit bedarf verstärkten Schutzes, und zwar nicht nach den oftmals für den Laien und Mediziner unverständlichen Definitionen der Juristen, sondern nach dem Sprachgebrauch des Lebens. Danach sind Heilmittel auch alle für das körperliche Wohlbefinden in Frage kommenden Vorbeugungs-, Linderungs- und Schutzmittel.

DMI

Schäden durch Vitamin-D-Überdosierung

In den letzten Jahren haben verschiedene Fälle gezeigt, daß durch Überdosierung von Vitamin D bei der Vorbeugung vor rachitischen Erkrankungen Schäden auftreten können, die neben schweren Allgemeinerscheinungen zur Verkalkung von Geweben, vorwiegend der Gefäßwände und der Nieren, führen. Verursacht wurden diese Schäden durch die übermäßige Zufuhr von D-vitaminisierten Nahrungsmitteln bei einer gleichzeitigen Verabreichung von Vitamin-D-Stößen.

Wie Dr. med. E. Müller in „Archiv für Kinderheilkunde“ festgestellt, werden heute bekanntlich Milch, kohlenhydrathaltige Kindernährmittel und Säuglingsschleime mit Vitamin D zusätzlich angereichert, um eine sog. stumme

Rachitisprophylaxe anzustreben. Bei einer dauernden gleichzeitigen Verwendung dieser vitaminisierten Milch und Kindernährmittel besteht bei den in Deutschland üblichen Dosen im allgemeinen keine Gefahr toxischer Überdosierung. Kommt jedoch als dritte Vitamin-D-Quelle noch eine Vitamin-D-Stoßprophylaxe hinzu, so muß befürchtet werden, daß die toxische Grenze erreicht und überschritten wird.

Es sollen daher Eltern ihren Kindern zur Rachitisverhütung nicht bedenkenlos übermäßig große Mengen von Vitamin D geben, sondern nach ärztlichem Rat eine überlegte Rachitisprophylaxe betreiben, die auch der individuell verschiedenen Empfänglichkeit des Körpers für Vitamin D Rechnung trägt.

DMI

Mebraufwendung für Diabetikerkost abzugsfähig

Der Zuckerkrankte bedarf fortlaufend einer besonderen hochwertigen Ernährung, die namentlich aus Frischgemüse, Salaten, Obst, aber auch aus Fleisch und Eiern usw. besteht. Das ist bekannt, hinderte aber die Finanzämter nicht, von den Diabetikern jeweils einen zahlenmäßigen Nachweis zu verlangen, der eine erhebliche Belastung der hauswirtschaftlichen Buchführung erforderte.

Nun haben zwei Finanzgerichte (Düsseldorf — Aktz. F. G. II 23/54 L, Urteil vom 4. 11. 1954, und München — Aktz. F. G. I 203/55, Urteil vom 6. 7. 1955) eine abzugsfähige Mehrausgabe von monatlich DM 60.— (jährlich DM 720.—) anerkannt, und zwei Urteile des Finanzgerichts Karlsruhe haben darüber hinaus bestimmt, daß ein zahlenmäßiger Nachweis nicht erforderlich sei.

Den Diabetikern kann daher nur geraten werden, sich auf diese Urteile zu berufen und sich Urteilsabschriften von dem Deutschen Diabetiker-Bund e. V., Stuttgart-Süd, Mühlrain 32, für den Notfall zu beschaffen; bei den meisten Finanzämtern ist die Vorlage dieser Urteile ausreichend.

Daneben werden an Sondermehraufwendungen durchweg folgende Beträge anerkannt: Insulinkosten DM 210.60, Arztkosten DM 48.—, Laborkosten DM 72.—, Alkohol, Kanülen, Watte DM 50.—, so daß einschließlich der Mehraufwendung für Ernährung insgesamt DM 1100.60 als Freibetrag absetzbar sind.

DMI

Ende des Kündigungsschutzes für Praxisräume Vorübergehend noch Vollstreckungsschutz

(C.) Während Miet- und Pachtverhältnisse über Geschäfts- bzw. Praxisräume, die seit dem 1. 12. 1951 begründet wurden, bereits durch das Geschäftsraummietengesetz (GRMG) vom 25. 6. 1952 von dem Mieterschutz und der Preisbindung ausgenommen worden sind, genossen die vor dem 1. 12. 1951 begründeten Miet- und Pachtverhältnisse bis zum 31. 3. 1956 noch immer einen gewissen Kündigungsschutz.

Nummehr ist der Kündigungsschutz auch für diese „Altmietler“ durch das „Zweite Gesetz zur Änderung des Geschäftsraummietengesetz“ vom 28. 3. 1956 mit Wirkung ab 1. 4. 1956 aufgehoben worden, da man die Nachwuchskräfte, insbesondere auch die Heimatvertriebenen, die erst nach dem 1. 12. 1951 eine Existenz gründen konnten, nicht länger einem durch höhere Mietleistungen bedingten erschwerten Wettbewerb aussetzen konnte. Immerhin ist der Wegfall des Kündigungsschutzes für die Altmietler von Geschäftsräumen noch durch die Einführung eines zeitlich begrenzten verstärkten Vollstreckungsschutzes gemildert worden.

Wann sind gemischt genutzte Räume Geschäftsräumen gleichgestellt?

Unklar ist vielfach immer noch Mietern gemischt genutzter Räume (Mischräume), d. h. den Mietern einer



Spasmo-Kranit

Tabl.
-Supp.

Visceral-Antispasmodicum
Spasmen und Krämpfe an den
glattmuskuligen Bauchorganen
KREWEL WERKE, Elberf. b. Köln

ANTIHYDRAL



Das Mittel des Arztes gegen
Hyperhidrosis besonders
Fußschweiß
und dessen Folgeerscheinungen wie Intertrigo und mykotische Ekzeme.
Orig.-Tube 100 g DM 1.25

ROBUGEN G.m.b.H. ESSLINGEN a.N.

Alle Formen
Pertussis

Bronchitis

Mona- pax

(Name geschützt)

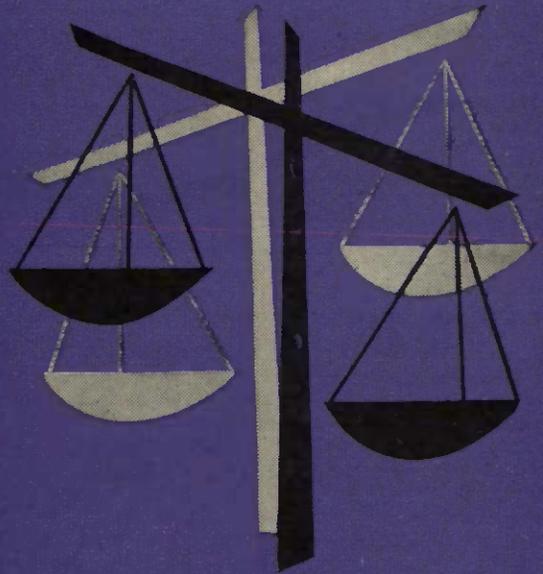
Ohne Codein und Antibiotica
Prompt wirksam, gut verträglich



Muster und Literatur bereitwillig durch

APOTHEKER MÜLLER GMBH
ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Bei allen
neurovegetativen Störungen



bella sanol

normalisiert das gestörte
Zusammenspiel vegetativer
Funktionsabläufe

Für die wirtschaftliche Verordnung
O.P. DM 1.75

DR. SCHWARZ **sanol** PRÄPARATE

Wohnung, die außer zu Wohnzwecken auch für gewerbliche oder freiberufliche Zwecke verwendet wird, wann ihr Mietverhältnis den gesetzlichen Bestimmungen über Geschäftsraummieten unterliegt. Die Klärung dieser Frage ist angesichts des jetzt verkündeten vorübergehenden Vollstreckungsschutzes für vor dem 1. 12. 1951 begründete Mietverhältnisse über Geschäftsräume von Bedeutung. Ausschlaggebend sind die auf die einzelnen Wohn- und Geschäftsräume entfallenden Mietwerte, nicht die Grundfläche. Ist bei vor dem 1. 10. 1951 begründeten Mischmietverhältnissen der Mietwert der Wohnräume geringer als der Mietwert der Geschäftsräume, so ist dieses Mietverhältnis einem solchen über Geschäftsräume gleichgestellt mit allen sich daraus ergebenden gesetzlichen Folgerungen.

Häufig wird der Mietvertrag keinen zwischen Wohn- und Geschäftsräumen getrennten Mietzins enthalten. Hier muß im Streitfall die Festsetzung der einzelnen Mietwerte durch die Preisbehörde erfolgen. Sind dagegen im Mietvertrag für Wohn- und Geschäftsräume getrennte Mietwerte angesetzt, so sind diese zugrunde zu legen. Jedoch ist eine Nachprüfung und anderweitige Festsetzung der Werte durch die Preisbehörde auf Antrag möglich.

Einzelheiten des Vollstreckungsschutzes

Alle Miet- und Pachtverhältnisse über Geschäftsräume und über die ihnen gleichgestellten Mischmietverhältnisse können entsprechend den auf sie anwendbaren vertraglichen oder gesetzlichen Kündigungsfristen zu einem nach dem 31. 3. 1956 liegenden Zeitpunkt gekündigt werden. Wenn ein vor dem 1. 10. 1951 begründetes Mietverhältnis über Geschäftsräume durch Kündigung des Vermieters oder wegen Zeitablaufs beendet ist und der Mieter aus diesem Grunde zur Räumung oder zur Zurückgabe des Mietgegenstandes verurteilt worden ist, so hat ihm das Vollstreckungsgericht auf Antrag einen Vollstreckungsschutz bis zu neun Monaten zu gewähren, gerechnet vom Tage der Rechtskraft des Urteils oder, wenn eine Räumungsfrist gewährt worden ist, vom Tage des Ablaufs dieser Frist.

Voraussetzung für die Gewährung des Vollstreckungsschutzes ist, daß die Vollstreckung für den Mieter eine erhebliche Gefährdung seiner derzeitigen wirtschaftlichen Lebensgrundlage mit sich bringen würde und daß er sich ernsthaft um andere ihm zumutbare Räume bemüht hat. Die Einstellung der Vollstreckung kann auf Antrag auch ein zweites Mal, jedoch nicht über die Dauer von insgesamt neun Monaten hinaus angeordnet werden. Sie ist zu versagen, wenn und soweit die Einstellung auch unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Mieters für den Vermieter eine unzumutbare Härte bedeuten würde. Desgleichen, wenn zur Zeit der letzten mündlichen Verhandlung Umstände vorgelegen haben, aus denen der Vermieter zur Kündigung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist berechtigt war oder wenn später solche Umstände eingetreten sind.

Wenn die für den Vollstreckungsschutz maßgebenden Verhältnisse sich nachträglich geändert haben, kann die

Entscheidung, durch welche die Vollstreckung eingestellt worden ist, auf Antrag des Vermieters aufgehoben oder geändert werden.

Der Vollstreckungsschutz für die erwähnten Mietverhältnisse über Geschäftsräume wurde bis zum 31. 12. 1957 begrenzt. Er kann außerdem nur gewährt werden, wenn der Mieter vor dem 31. 12. 1957 rechtskräftig zur Räumung oder zur Zurückgabe des Mietgegenstandes verurteilt ist. Unter Berücksichtigung der neunmonatigen Schutzfrist kann demnach ein Aufschub der Vollstreckung unter Umständen noch bis etwa Ende des Jahres 1958 erreicht werden, wenn nämlich das in Frage stehende Mietverhältnis erst Ende des Jahres 1957, sei es durch Kündigung, sei es durch Vertrag, sein Ende findet.

Dr. jur. Cordes, (23) Vechta, Falkenrotter Straße 30.

Elne beachtliche Zunahme nervöser Erscheinungen bei Kindern

wurde bei den ärztlichen Untersuchungen von etwa 2500 Schulanfängern im Kreise Wetzlar in Hessen festgestellt. Als Ursache wurden u. a. die auf den jungen Organismus einwirkenden Reize durch Rundfunk, Fernsehen und Kino bezeichnet, die geeignet sind, die natürliche Entwicklung zu beeinträchtigen. ID

Der strafbare Blutalkoholgehalt

Motorradfahrer müssen in Zukunft mit dem Alkohol noch weit vorsichtiger umgehen als Autofahrer. Während ein Mann auf vier Rädern als fahruntüchtig gilt, wenn er einen Blutalkoholgehalt von 1,5 pro mille hat, trifft dies bei einem Motorradfahrer schon zu, wenn bei ihm am Tage ein Blutalkoholgehalt von 1,3 und nachts von 1 pro mille festgestellt wird. Diese grundsätzliche Entscheidung traf der Dritte Senat des niedersächsischen Landessozialgerichts in Celle. ID

Der trunkene Fußgänger ist auch verkehrsuntüchtig

Bisher haben die Gerichte stets nur den betrunkenen oder angetrunkenen Kraftfahrer bestraft. Jetzt hat das Hessische Landessozialgericht entschieden, daß auch ein angetrunkenen Fußgänger als verkehrsuntüchtig anzusehen ist. Es hat zwar den Arbeiter, der auf dem Heimweg von seiner Arbeitsstelle im angetrunkenen Zustand durch einen Verkehrsunfall verletzt wurde, nicht unmittelbar bestraft, aber es hat ihm das Recht auf eine Unfallrente abgesprochen. Der Unfall auf dem Wege von und zur Arbeitsstätte ist zwar durch die Unfallversicherung versichert, aber, so sagt das Gericht, der Zusammenhang mit dem Betrieb ist von dem Arbeiter durch seine Trunkenheit gelöst worden. 2,37 pro mille Alkoholgehalt hatte der Verletzte. Bei 2 pro mille, meint das Hessische Landessozialgericht, ist aber auch bei Fußgängern die Grenze der Verkehrstüchtigkeit verlassen. GPK 1/1956

Preisausschreiben

Anlässlich der Feier des 50jährigen Bestehens der Quarzlampen Gesellschaft m.b.H., Hanau, wurde eine Summe

Für Jung und Alt, Mann und Frau, Prophylaxe und Therapie



Lederle - Vitamine

Prenatal

Schwangerschaft
und Stillzeit

Vi-Magna*

Multivitaminpräparat
Kapseln und Sirup

Lederplex*

Leberschutztherapie
Kapseln und Sirup

Stresscaps*

„Stress“-Situationen

von 15 000 DM für eine Preisstiftung ausgesetzt. Es ist vorgesehen, im Jahre 1956 einen Preis in Höhe von 3000 DM und in den Jahren 1957 und 1958 einen Preis in Höhe von je 4000 DM und von je 2000 DM zu verteilen. Preisgekrönt werden wissenschaftliche Arbeiten, die die Anwendung der Ultraviolett- und Infrarot-Strahlung auf allen Gebieten der Wissenschaft und Technik fördern. Insbesondere kommen in Betracht Arbeiten, die sich mit der Therapie und Diagnostik in der Medizin und Veterinärmedizin befassen. Die Einsendung bisher nichtveröffentlichter Arbeiten soll jeweils bis zum 15. August des betreffenden Jahres an Notar Dr. Eberhard, Hanau, Römerstraße 2, erfolgen. Für 1956 ist der Einsendetermin auf 15. Oktober festgelegt. Die Preisverteilung erfolgt jeweils bis zum 15. Dezember des betreffenden Jahres. Nähere Bedingungen enthält ein Druckblatt, das bei Herrn Dr. E. O. Seitz, im Hause Quarzlampe Gesellschaft m.b.H., Hanau, Höhensonnenstraße, abgerufen werden kann.

Versorgungszärztliches Preisausschreiben

Rdschr. BMA vom 19. 1. 1956 — Vb 4 — 1185/56 an die Arbeitsminister und Senatoren für Arbeit der Länder

A. Bestimmungen für die Anfertigung und Vorlage der Preisarbeiten

1. Es werden je drei Preise für jede der fünf nachstehend angegebenen Themengruppen ausgesetzt: 1. Preis 1000 DM, 2. Preis 600 DM, 3. Preis 300 DM.

2. Teilnahmeberechtigt sind alle Personen, die in der Kriegsopferversorgung tätig oder für sie interessiert sind. Ausgeschlossen von der Teilnahme sind die nach Nr. 3 zu wählenden Mitglieder des Preisrichterkollegiums.

3. Die Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht oder zur Veröffentlichung eingereicht sein. Sie sind in deutscher Sprache in Maschinenschrift einseitig geschrieben und nur mit einem Kennwort versehen an das Bundesministerium für Arbeit, Bonn 12, Unterabteilung Vb, betr. Versorgungszärztliches Preisausschreiben, bis zum 15. November 1956 abzusenden. Name und Anschrift dürfen in der Arbeit nicht vermerkt sein; sie sind in einem geschlossenen Umschlag anzugeben, der nur mit dem Kennwort zu versehen ist. Handschriftliche Verbesserungen oder Zusätze im Text sind unzulässig. Am Schluß der Arbeit ist in knapper Form eine Zusammenfassung zu geben. Die benutzten Hilfsmittel sind in einem Schriftnachweis anzuführen. Die Öffnung des Umschlages erfolgt nach der Entscheidung durch das Preisrichterkollegium, das sich aus fünf vom Bundesminister für Arbeit berufenen Mitgliedern des Ärztlichen Sachverständigenbeirats für Fragen der Kriegsopferversorgung zusammensetzt und mit Mehrheit beschließt. Die Mitglieder des Preisrichterkollegiums werden auf der nächsten Beiratssitzung im März 1956 gewählt und im Bundesversorgungsblatt bekanntgegeben.

4. Die Preisverkündung erfolgt am 15. März 1957 durch Benachrichtigung der Einsender und Bekanntgabe im Bundesversorgungsblatt.

5. Mit diesem Zeitpunkt — 15. März 1957 — erwirbt der Bundesminister für Arbeit an den preisgekrönten Arbeiten das alleinige Recht zur Veröffentlichung — einschließlich Presse und Rundfunk — sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen, ohne daß sonstige Ansprüche gegen den Bundesminister für Arbeit oder den von diesem beauftragten Verlag geltend gemacht werden können. Von der veröffentlichten Preisarbeit erhält der Verfasser 30 Sonderdrucke zur freien Verfügung.

6. Die übrigen Ausarbeitungen werden den Einsendern wieder zur Verfügung gestellt.

7. Die Teilnehmer an dem Preisausschreiben erkennen durch die Teilnahme den Spruch des Preisrichterkollegiums als verbindlich an. Streitfälle werden für die Beteiligten unter Ausschluß des Rechtsweges verbindlich durch ein Schiedsgericht entschieden, das aus einem Vorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt hat, und zwei Beisitzern besteht. Der Vorsitzende wird vom Preisrichterkollegium, der eine Beisitzer vom Teilnehmer am Preisausschreiben, der andere Beisitzer vom Bundesminister für Arbeit benannt.

B. Themen für das Preisausschreiben

I. Auf orthopädischem Gebiet:

- Wirbelsäulen- und Gelenkveränderungen, ihre Begutachtung und Beurteilung im Versorgungswesen.
- Oberschenkelamputation und Wirbelsäulenveränderungen.
- Die prophetische Versorgung kontrakter Oberschenkelkurzstümpfe mit Oberschenkelprothesen.
- Morphologische Veränderung der Stumpfverhältnisse auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchung.
- Typische Fehler beim Oberschenkelkünstbeinbau.
- Das Trendelenburgsche Zeichen und seine Bekämpfung im Oberschenkelkünstbeinbau.

II. Auf neurologischem Gebiet:

- Zur Rehabilitation von Paraplegikern.
- Zur Beurteilung der Kraftfahreignung Beschädigter, insbesondere Schwerbeschädigter.
- Hilfen zur Verbesserung der Lebenstätigkeit Schwerbeschädigter im Heim und am Arbeitsplatz.

III. Auf internistischem Gebiet:

- Das Übergewicht Schwerbeschädigter.
- Der Kreislauf bei Schwerstbeschädigten.
- Ärztliche Voraussetzungen, Zweck und Erfolg von Bädungen.
- Zur Frage der Dauerschäden nach Dystrophie.
- Die versorgungszärztliche Beurteilung der Endangitis obliterans.
- Die versorgungsrechtliche Beurteilung der Bechterewschen Erkrankung.

IV. Auf hals-, nasen-, ohren- und zahnärztlichem Gebiet:

- Die Hörgeräte und ihre Anpassung.
- Der Kopferd und seine Bedeutung für die Kurfähigkeit.
- HNO-Krankheiten in der Sicht des versorgungszärztlichen Gutachters.

V. Allgemeine Fragen versorgungszärztlicher Begutachtung an Hand versorgungszärztlicher Statistik:

- Der Schwerkriegsbeschädigte.
- Untersuchung von soziologischen Gruppen Versorgungsberechtigter.
- Zur Ätiologie der Leiden als versorgungsmedizinisches Problem, insbesondere: Allgemeine Richtlinien für die versorgungszärztliche Beurteilung der Zusammenhängefrage bei inneren Erkrankungen.
- In welcher prozentualen Höhe sind bei anerkannten Hirnverletzten Abartigkeiten der Persönlichkeit und Intelligenzdefekte schon vor der Schädigung aus Aktenunterlagen einwandfrei ersichtlich?

Anton Storch

AUS DER FAKULTÄT

Der Privatdozent für „Orthopädie“, Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. nat. Rupprecht Bernbeck in München, wurde mit M.E.V. 26 750 vom 10. 4. 1956 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Der ordentliche Professor und Direktor des Max-Planck-Instituts für Biochemie in Tübingen, Dr. phil. Dr. med. h. c. Dr. med. vet. h. c. Adolf Butenandt wurde mit M.E. Nr. V 24 112 vom 26. 3. 1956 mit Wirkung vom 1. 4. 1956 ab zum ordentl. Professor für Physiolog. Chemie in der Med. Fakultät der Universität München ernannt. Gleichzeitig wurde ihm die Leitung des Physiolog.-chem. Instituts sowie die Leitung des im Bau befindlichen neuen Max-Planck-Instituts für Biochemie in München übertragen.

Prof. Butenandt ist Nobelpreisträger für Chemie (1939) und stand primo et unico loco auf der Vorschlagsliste für die Wiederbesetzung des Münchner Lehrstuhls.



Dieses Verzeichnis nennt die Anschriften aller in Bayern tätigen Ärzte, gegebenenfalls ihre fachärztliche Tätigkeits- und Amtsbezeichnung, desgleichen Geburts- und Approbationsjahr und die Art der Kassentätigkeit. Innerhalb der einzelnen Abschnitte ist die Gliederung nach Regierungsbezirken, Landkreisen und Orten getroffen, so daß sich jede einschlägige Frage sehr schnell beantworten läßt. Ein alphabetisches Namensregister erleichtert das Auffinden bestimmter Ärzte; das Ortsregister ermöglicht eine saftartige Orientierung über die jeweilige Berufsdichte in den einzelnen Orten.

Der untenstehende Abschnitt ist zu Ihrer Bequemlichkeit da; Sie erleichtern sich damit Ihre Bestellung. Geben Sie ihn bitte ausgefüllt Ihrem Buchhändler oder senden Sie ihn uns in einem als Drucksache (7 Pf) freigemachten Umschlag zu!*

Ich (Wir) bestelle(n) aus dem

RICHARD PFLAUM VERLAG, MÜNCHEN 2

durch die Buchhandlung:

... Ex. „**Ärzteverzeichnis Bayern 1956**“

Je DM 14.50

Betrag folgt nach Empfang/Betrag ist nachzunehmen
(Nicht Gewünschtes bitte streichen!)

Name (Stempel) _____

Ort _____

Straße _____

Datum _____

ÄRZTE VERZEICHNIS BAYERN 1956

*Anschriften aller in Bayern niedergelassenen
und bei Behörden und Krankenanstalten
tätigen Ärzte, sowie der ärztlichen
Organisationen*

Herausgegeben von der bayerischen Landesärztekammer
304 Seiten, Halbleinen DM 14.50

INHALTSVERZEICHNIS

Teil A: Gesetzliche ärztliche Organisationen

- I. Ärztliche Berufsvertretungen
- II. Ärztliche Berufsgerichte
- III. Kassenärztliche Vereinigung Bayern

Teil B: Freipraktizierende Ärzte

Teil C: Staatsministerien

- I. Bayerisches Staatsministerium des Innern
Staatliche und städtische Gesundheitsämter
Landgerichtsärzte bei den Landgerichten
Landesimpfanstalten
Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalten
- II. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Medizinische Fakultäten München, Erlangen, Würzburg,
mit den wissenschaftlichen Universitäts-Instituten
- III. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziale
Fürsorge, Versorgungsämter und versorgungsärztliche
Untersuchungsstellen, Versorgungskrankenhäuser
Vertrauensärztliche Dienststellen und Heilstätten der
Landesversicherungsanstalten
- IV. Bayerisches Staatsministerium der Justiz
Krankenabteilungen der Strafanstalten

Teil D: Krankenanstalten

Teil E: Namensregister

Teil F: Ortsregister



**RICHARD PFLAUM VERLAG
MÜNCHEN 2**

PERSONALIA

Dem ordentl. Professor für Dermatologie und Direktor der Dermatolog. Klinik München, Prof. Dr. Alfred Marchionni (Prorektor der Universität) wurden durch den italienischen Staatspräsidenten Grad und Insignien eines Kommandeurs des Verdienstordens der italienischen Republik verliehen.

70. Geburtstag von Dr. Oelemann

Einer unserer verdienstvollsten Standespolitiker, der Ehrenpräsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. Carl Oelemann, beging am 10. Mai seinen 70. Geburtstag. Anlage und Neigung brachten in früh in Berührung mit dem Standesleben: bereits 1914 als Vorstandsmitglied des örtlichen Kreisvereins und im Geschäftsausschuß des Kassenarztverbandes, 1925 als Delegierter in der Ärztekammer Hessen und als Schriftleiter des „Hessischen Arzteblattes“. Nach seiner Übersiedlung nach Bad Nauheim im Jahre 1928 wird er 1933 Vorstandsmitglied der dortigen Ärztevereinigung, widmet sich ebenso der Standespolitik wie den Geschäften des öffentlichen Lebens. Die große Zeit für Oelemann brach an, als es nach Kriegsende galt, neue Organisationsformen für den Aufbau des Ärztestandes zu schaffen. Als Präsident der Landesärztekammer und der KV Hessen gelang ihm über die Zonen Grenzen hinaus der Zusammenschluß aller westdeutschen Ärztekammern zu einer Arbeitsgemeinschaft, deren erster Präsident er bis 1949 war. Auf zahllosen Gebieten des gesundheitspolitischen wie des Standeslebens hat Oelemann neue Wege gezeigt und fruchtbare Arbeit geleistet. Bei seinem Rücktritt in den wohlverdienten Ruhestand begleiten ihn der herzliche Dank und die aufrichtigen Wünsche der ganzen deutschen Ärzteschaft für sein otium cum dignitate!

Dr. Ferdinand von Velasco 70 Jahre

Der Kreisverbandsvorsitzende der Oberpfalz und 1. Vorstand des ÄBV Regensburg, Dr. Ferdinand von Velasco, feierte am 24. 4. 1956 seinen 70. Geburtstag. Bezirksverein und Kassenärztl. Vereinigung hatten schon am Vorabend ihre Glückwünsche zum Ausdruck gebracht, und am 26. 4. nahm der engere Ausschuß der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer, der in Regensburg tagte, Gelegenheit, zusammen mit den 1. und 2. Vorsitzenden der Bezirksvereine des Kreisverbandes und der gesamten Vorstandschaft des Bezirksvereins Regensburg dem Jubilar in einer kleinen Feier die herzlichen Glückwünsche des Kreises und der gesamten bayerischen Ärzteschaft zu überbringen.

Sein geradliniger Lebenslauf, in dem sich das Schicksal einer Ärztegeneration widerspiegelt, hat ihm, dem musischen Menschen, alle Kulturgüter seiner Zeit erschlossen und ihm keine ihrer Härten erspart.

Geboren am 24. 4. 1886 auf dem Schloßgut seines Vaters, Geiselbullach, ging er nach dem Studium der Medizin an den Universitäten München, Erlangen und Heidelberg in den 1. Weltkrieg, den er als Oberarzt d. R. bis zu seiner schweren Verwundung im August 1917 mitmachte. Nach einer gründlichen Fachausbildung an der Pfaunderschen Kinderklinik in München ließ er sich in Regensburg 1922 als Kinderfacharzt nieder und übernahm 1934 die Säuglingsklinik der Blauen Schwestern und nach Fertigstellung des Hedwigkrankenhauses, 1953, das zu den modernsten in Bayern gehört, dessen Säuglingsabteilung.

Der 2. Weltkrieg findet ihn wieder in Uniform, zuerst als Standortarzt in Regensburg und ab 1943 als Oberfeldarzt und Chefarzt mehrerer Reservelazarette. Noch gegen Ende des unglücklichen Krieges traf ihn der Verlust seiner beiden Söhne, die als Fliegeroffiziere im Jahr 1945 fielen.

Wenn Dr. von Velasco 1952 von dem Vertrauen seiner Kollegen auf die standespolitische Bühne berufen wurde, dann wollte man sicherlich nicht den verwaltungstechnischen Routinier, sondern die aufrechte und umsichtige Persönlichkeit, deren stets ritterliche Haltung im Beruflichen wie im Menschlichen sich das höchste Vertrauen verdient hat. Seitdem hat von Velasco als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereins Regensburg und des Kreisverbandes der ÄBV Oberpfalz, wie als Vorstandsmitglied der Bayer. Landesärztekammer dieses Vertrauen in vollem Maße gerechtfertigt. Die Wertschätzung, die er als Arzt genießt, kam in zahlreichen Veröffentlichungen der Tagespresse von dankbaren Patienten zum Ausdruck, und Ärzteschaft und Bevölkerung sind sich einig in dem Wunsch, daß er noch lange seinem Beruf wie seinen Ämtern erhalten bleiben möge!

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin
im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

18. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ am 14./15. Juli 1956

Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Thema: „Für die Praxis wichtige Ergebnisse moderner Stoffwechselforschung.“

I. Der Mineralhaushalt:

Pathologische Physiologie des Mineral- und Wasserhaushalts
Prof. Berning, Hamburg

Technische Durchführung und Kontrolle des Wasser- und Elektrolythaushalts

Dr. Rausch-Stroomann, Hamburg

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung.



Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



O. P. Flasche 15 ccm DM 1,50

Zusammensetzung:

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B u. C

ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · ESTING 6/MÜNCHEN

Na-K-Haushalt in der Pathogenese und Therapie der Herzinsuffizienz

Prof. Schäffer, Alexandria

Die praktische Bedeutung neuerer Mineralkenntnisse im Bereich der Leber- und Nierenpathologie

Prof. Hans Baur, München

Pathogenetische, diagnostische und therapeutische Probleme des Calciumstoffwechsels

Doz. Dr. Jesserer, Wien

Bedeutung des Mg in der Therapie

Dr. Hanns Kaiser, Darmstadt

Epilepsie-Therapie und Mineralstoffwechsel

Prof. Kihn, Erlangen

II. Der Eisenstoffwechsel:**Übersichtsreferat**

Prof. Heilmeyer, Freiburg

III. Ergebnisse der Eiweißforschung:**Übersichtsreferat**

Prof. Emmrich, Magdeburg

IV. Der Zuckerstoffwechsel:**Übersicht über die Diabetesbehandlung**

Prof. Katsch, Greifswald

Moderne orale Diabetestherapie

Prof. Stötter, Augsburg

Propylaxe und Therapie der diabetischen Nachkrankheiten

Prof. Schuiz, Leipzig

Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands

In der Zeit vom 8. bis 10. Juni 1956 veranstaltet die Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands ihre Jahrestagung in Würzburg.

Themen: Leberfunktionsprüfungen, Resistenzbestimmungen und Antibiotikanachweis, Flammenphotometrie.

Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands, Tagungsbüro Würzburg, Dr. Dr. Ruppert, Würzburg, Domstr. 21/23.

Deutsche Naturforscher und Ärzte

Die 99. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte findet vom 23. bis 26. September 1956 in Hamburg statt. Im Programm sind diesmal zwei Gesichtspunkte herausgestellt, und zwar Isotopie und Mikroskopie. Beide Themen erlauben es, Ergebnisse der Physik in ihren Auswirkungen über große Gebiete der Naturwissenschaften und der Medizin zu verfolgen. Auskunft durch Prof. Dr. F. Mietzsch, Wuppertal-Elberfeld, Friedr.-Ebert-Str. 217.

Deutsche Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung und -therapie e. V., Sitz Camberg/Taunus

Die 4. Arbeitstagung der Gesellschaft findet vom 4. bis 7. Oktober 1956 in Bad Berneck statt. Die Anmeldung von Vorträgen wird bis spätestens Ende Mai erbeten an: Prof. Dr. W. Poethke, Institut für Pharmazie und Lebensmittelchemie, Jena, Neugasse 24.

Berichtigung

Im Kongresskalender unserer April-Nummer ist bei der Ankündigung der 33. Tagung der Bayer. Chirurgen-Vereinigung in München ein bedauerlicher Irrtum unterlaufen. Die berichtigte Angabe bitten wir, dem Kongresskalender des Monats Juli in der heutigen Nummer zu entnehmen.

KONGRESSKALENDER**INLAND****Mai 1956**

27.—31. in Freudenstadt/Schw.: V. Internationaler Kongress für prophylaktische Medizin. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

Mai/Juni 1956

28.—8. in Schloßgut Neustrauchburg b. Isny (Allg.): 2. Fortbildungskurs für Ärzte aller Fachrichtungen in manueller Wirbelsäulenthherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, Schloßgut Neustrauchburg b. Isny.

31.—3. in Lindau (Bodensee): IV. Internationaler Kongress für Moorforschung. Auskunft: Österreichisches Moorforschungs-Institut, Linz a. D.

Juni 1956

6.—7. in Freudenstadt/Schwarzwald: Tagung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Auskunft: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln, Riehler Str. 53.

5.—8. in Lübeck: Kongress des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten (Medizinal-Beamten-Verein). Auskunft: OMR, Dr. Kläß, Fürth i. B., Blumenstr. 22/0.

6.—8. in Frankfurt a. M.: Symposion über die Grundlagen des Strahlenschutzes im Max-Planck-Institut für Biophysik. Auskunft: Dr. H. Pauly, Max-Planck-Institut, Frankfurt a. M., Forsthausstraße 70.

8.—10. in Würzburg und Bad Mergentheim: Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. Dr. Ruppert, Würzburg, Domstraße 21/23.

9.—10. in Marburg/Lahn: 3. Tagung der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Fluorforschung und Kariesprophylaxe. Auskunft: Kongresssekretariat der ORCA, Universitätszahnklinik Marburg/Lahn.

10.—25. in Freudenstadt/Schw.: Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

12.—15. in Stuttgart: Hauptversammlung 1956 der Max-Planck-Gesellschaft.

15.—17. in Gießen: Fortbildungskurse für praktische Ärzte. Thema: „Dermatologie für den praktischen Arzt.“ Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathol. Institut, Gießen, Klinikstr. 32 g.

15.—17. in Würzburg: Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg. Leiter: Professor Dr. E. Wollbeim. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg.

22.—24. in Freudenstadt/Schw.: Deutscher Sportärztekongress 1956. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

27.—30. in Gießen: Hochschulkurs für Röntgenologen der Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule. Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Pathologisches Institut, Gießen, Klinikstr. 32g.

Juni/Juli 1956:

29.—1. in Ansbach: 9. Bayerischer Arzttag. Auskunft: Dr. Wendelstein, Facharzt für HNO, Ansbach, Promenade 6.

29.—1. Juli in Freiburg i. Br.: 4. Symposion an der Med. Universitätsklinik unter der Leitung von Prof. Dr. L. Heilmeyer. Thema: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der Leberkrankheiten. Auskunft: Doz. Dr. Kübn, Medizin. Universitätsklinik, Freiburg i. Br.

Juli 1956

6.—8. in Wangen/Allg. (Kinderheilstätte): 7. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs. Auskunft: Professor Dr. Brügger, Wangen/Allg., Kinderheilstätte.

14.—15. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fort-

Bei mangelhaftem Gefäßtonus -
orthostastischer Kreislaufschwäche

O. P. 10 ccm DM 1.60 o.U. 20 ccm DM 2.65 o.U.

E. MERCK A.G. DARMSTADT

Ephector®

bildungstage für praktische Medizin", Augsburg, Schaezlerstraße 19.

- 20.—21. in München: 33. Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung. Auskunft: Dr. Fritz Niedermayer, ehemal. Chefarzt des Krankenhauses Passau, Freilassing/Obb., Reichenhaller Straße 47.
- 26.—28. in Hamburg: 6. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt, Hamburg 13, Johnsallee 3.
- 27.—29. in Freiburg i. Br.: Arbeitstagung für Dermatologische Bildkunst im Auftrag der Deutschen Dermatol. Gesellschaft. Auskunft: Univ.-Hautklinik, Freiburg i. Br., Hauptstr. 7.

August 1956

- 5.—10. in München: 8. Internationale Konferenz des Sozialen Dienstes. Auskunft: Deutscher Landesausschuß der Internationalen Konferenz für Sozialarbeit, Frankfurt a. M., Beethovenstraße 61.
- 19.—25. in Köln: Kongreß des College of Chest Physicians unter Leitung von Prof. Dr. J. Hein. Auskunft: Kongreßbüro GmbH., Köln-Deutz, Messeplatz.
- 19.—25. in Köln: IV. Internationaler Kongreß über Erkrankungen des Thorax (unter dem Präsidium von Prof. Domagk). Auskunft: Prof. Dr. med. H. W. Knipping, Medizinische Universitätsklinik, Köln-Lindenthal.
- 22.—26. in München: 13. Deutscher Zahnärztetag: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Hammer, Direktor des Zahnärztl. Instituts und der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Kiel.

September 1956

- 2.—8. in Karlsruhe: Deutsche Therapiewoche 1956. Auskunft: Wissenschaftl. Kongreßbüro der Deutschen Therapiewoche, z. H. von Dozent Dr. med. habil. Dr. phil. F. Kienle, II. Medizin. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 17.—25. in Münster/Westf.: 59. Deutscher Arztetag.
- 18.—22. in Heidelberg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. H. Wimböfer, 2. Schriftführer, Heidelberg, Univers.-Frauenklinik, Voffstraße 9.
- 19.—22. in Nürnberg: Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Dr. F. Becker, Chefarzt der Orthopädischen Klinik, Altdorf bei Nürnberg.
- 22.—23. in Mainz: 40. Versammlung der südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Dr. Naumann, Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, HNO-Klinik.
- 23.—26. in Hamburg: 99. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. F. Mietzsch, Wuppertal-Elberfeld, Friedr.-Ebert-Str. 217 (Naturforscher).
- 27.—29. in Baden-Baden: Tuberkulosekongreß des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Auskunft: Geschäftsstelle des Komitees in Hannover, Sallstr. 84.
- 28.—30. in Bad Nauheim: 22. Bad Nauheimer Arztfortbildungslehrgang im William G. Kerckhoff-Herzforschungs-Institut der Max-Planck-Gesellschaft. Thema: „Die Herzfehler.“ Auskunft: Kurverwaltung Bad Nauheim, Verkehrsamt.
- 29.—30. in Bad Wiessee: 4. Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Dr. Karl Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

AUSLAND

Juni 1956

- 5.—6. in Paris: 21. Internationale Neurologentagung. Anskunft: Dr. J. Sigwald, 68 Boulevard de Courcelles, Paris XVIIe. Anmeldung und Auskunft: Bundesärztl. Kongreßbüro.
- 10.—24. in Langoog: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Thema: Ausgewählte Kapitel der Therapie innerer und Kinderkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Meeresheilkunde. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Projektstraße a. d. Gottfried-Keller-Straße.
- 11.—25. in Gradn: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Anmeldung und Anskunft: Bundesärztl. Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13.
- 22.—24. in Bad Ischl: Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Kurdirektion Bad Ischl/Österreich.

Juli 1956

- 18.—21. in London: Internationaler Kongreß für Gastro-Enterologie. Auskunft: Mr. Hermon Taylor, London, Hospital, E. 1.
- 22.—27. in Kopenhagen: 8. Internationaler Pädiaterkongreß. Auskunft: Geschäftsstelle des Kongresses, Domus medica, 12 A Kristiniagade, Kopenhagen.
- 30.—4. August: in Brüssel: 20. Internationaler Kongreß für Physiologie. Auskunft: Prof. Dr. J. J. Reuse, Med. Fakultät, 115 Boulevard de Waterloo, Brüssel.
- 31.—5. August in Stockholm: XI. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Auskunft: Generalsekretär C. H. Flodén, Hudkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm 60.

Datum noch nicht feststehend:

in Zürich: 5. Kongreß der Europäischen Vereinigung für Herz- und Gefäßchirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Hahn, Medizinische Akademie, Düsseldorf, Moorenstraße 5

August

- 1.—6. in Kopenhagen: I. Internationaler Kongreß für Human-genetik. Auskunft: The first International Congress of Human Genetics, 14. Tagensvej, Kopenhagen N.
- 12.—15. in Oslo: 2. Acta Endocrinologica-Kongreß unter Beteiligung der endokrinologischen Gesellschaften von Dänemark, Deutschland, Holland, Norwegen, Schweden, Schweiz. Auskunft: Prof. A. Jores, Direktor der II. Medizin. Universitäts-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf.
- 20.—24. in Kopenhagen: II. Internationaler Kongreß für Physikalische Medizin. Auskunft: Dr. B. Strandberg, Kobenhavns Amts Sygehus 4, Gentofte, Hellerup, Dänemark.
- 23.—25. in Zürich (Hörsaaltrakt des Kantonspitals): Gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie, der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Anaesthesiologie. Auskunft: Dr. K. Zimmermann, Niederhofenrain 18, Zürich 8.
- 27.—8. Sept. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln a. Rh., Brabanter Straße 13.

September 1956

- 3.—7. in Barcelona: X. Internationaler Kongreß für Stimm- und Sprachheilkunde. Auskunft: Dr. J. Perellé, Provenza 319, Barcelona 9.

Was kostet eine Geburt?

Ca 1000 mg Fe - ein Drittel des normalen Bluteisenbestandes der Mutter.

Schnelle Ergänzung ist lebenswichtig!

Kobalt-Ferrlecit

TROPFEN · DRAGÉES · AMPULLEN



NATTERMANN KÖLN

September 1956

- 3.—10. in Florenz und Mailand: 8. Internationaler Kongress über die Geschichte der Wissenschaften. Auskunft: Sekretariat Dr. M. L. Bonelli, Istituto Nazionale di Ottica, Arcetri, Florenz.
- 9.—15. in Den Haag (Niederlande): VII. Internationaler Kongress katholischer Ärzte. Hauptthema: Arzt und Recht. Auskunft: R. K. Artsenvereniging, Herenstraat 35, Utrecht (Niederlande).
- 10.—14. in Rom: II. Internationaler Kongress für Diätetik, veranstaltet von der Diätetischen Vereinigung Italiens. Auskunft: Prof. E. Seriani, Segretario Generale, Associazione Dietetica Italiana, Via dei Penitenzieri 15, Rom.
- 10.—14. in Stockholm: 2. Kongress der Europäischen Cardiologen-Gesellschaft. Auskunft: Generalsekretär Dr. K. E. Grewin, Södersjukhuset, Stockholm S.
- 10.—15. in Istanbul: Internationaler Kongress über Probleme des Alkoholismus. Auskunft: Bureau international contre l'alcoolisme, Case Gare 49, Lausanne/Schweiz.
- 15.—25. in Velden/Wörther See: Internationaler Herbstkurs für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Klagenfurt, Mießtalerstr. 6.
- 19.—25. in Madrid: 4. Internationaler Kongress für Innere Medizin. Auskunft: Drs. J. C. de Oya und J. Cimeza, Hortaleza Nr. 90, Madrid.
- 21.—25. in Bürgenstock/Schweiz: Außerordentliche Generalversammlung des Internationalen Ärztinnenbundes. Auskunft: Sekretariat Dr. Janet Aitken, 30a, Aeacia Road, London NW 8.

AMTLICHES

Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes

Lt. Bescheid der Regierung von Niederbayern vom 23. 2. 1956 — Nr. II/1 — 642 g 102, 104, 105 (N) wurde Dr. med. Erwin Hanns Kohl, geb. am 29. 10. 1913, wohnhaft in Deggendorf, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

Verlust von Urkunden

(Entschl. d. BStMdl vom 3. 2. 1956, Nr. III 2 b — 5035 b 2 Auszug)

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

- Ernö K ö n t z e y, geb. 2. 2. 1893, in Küküllövar/Ungarn
Geltungsdatum der Bestallung: 25. 4. 1951.
Zweitschrift ausgestellt am 16. 8. 1955.
- Dr. med. Otto S c h m i d t, geb. 17. 5. 1921 in Forst/Lausitz.
Geltungsdatum der Bestallung: 6. 10. 1948.
Zweitschrift ausgestellt am 16. 8. 1955. Zugl. Ergänzungsbescheinigung mit Geltung vom 7. 1. 1950 erteilt.
- Johann R o l l, geb. 12. 2. 1918 in Fürth.
Geltungsdatum der Bestallung: 23. 5. 1944.
Begl. Abschrift ausgestellt am 20. 10. 1955.
Zugl. Ergänzungsbescheinigung mit Geltung vom 8. 10. 1945 erteilt.
- Dr. med. Walter Egon G r e v e n, geb. 9. 2. 1914, in Oberhausen.
Geltungsdatum der Bestallung: 27. 6. 1940.
Ersatzurkunde ausgestellt am 21. 10. 1955.
Zugl. Ergänzungsbescheinigung mit Geltung vom 1. 1. 1942 erteilt.
- Johanna R i e m a n n, geb. 24. 2. 1926, in Hausham/Obb.
Geltungsdatum der Bestallung: 18. 2. 1954
Zweitschrift ausgestellt am 24. 10. 1955.
Zugl. Ergänzungsbescheinigung mit Geltung vom 1. 7. 1955 erteilt.
- Dr. med. Rudolf G l o n n e r, geb. 25. 1. 1925, in Holzkirchen.
Geltungsdatum der Bestallung: 12. 3. 1951.
Zweitschrift ausgestellt am 12. 11. 1955.

Evemarie A m m o n, geb. 2. 2. 1930, in Nürnberg.

Geltungsdatum der Bestallung: 30. 7. 1954.

Zweitschrift ausgestellt am 24. 11. 1955.

Rudolf S t a n i k, geb. 15. 4. 1912 in Mosern.

Geltungsdatum der Bestallung: 16. 3. 1944.

Ersatzurkunde ausgestellt: am 6. 12. 1955.

Zugl. Ergänzungsbescheinigung mit Geltung vom 17. 6. 1945 erteilt.

BUCHBESPRECHUNGEN

Lehrbuch der Verdauungskrankheiten. Von Henning/ Baumann. 2. verbesserte Auflage, 1956, Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 562 S., 335 teils mehrfarbige Abb., Ganzleinen 77.— DM.

Dieses Gemeinschaftswerk aus der Erlanger Klinik dürfte das grundlegende deutschsprachige Lehrbuch der Verdauungskrankheiten sein. In allen seinen Abschnitten verrät es die langjährige Erfahrung seines Mentors. Es ist in seiner klaren Durchsichtigkeit nur durch die sorgfältige klinische Analyse möglich geworden. Immer wieder tritt die wohlbegründete eigene Auffassung ohne kritiklose Übernahme alter klassischer Vorstellungen hervor. Es ist nicht möglich, in diesem Sinne alle die lebenswerten Kapitel zu besprechen. Das klinische Bild der Gastritis — dieser in der Praxis so geläufigen Krankheit — wird abgelehnt. Die zytologische Untersuchung des Magens bahnt neue Ausblicke an. Auch in der Therapie der Gastritis werden eigene Wege besprochen, wenn anstatt der häufigen Überbewertung der Aciditätskurve die Mindestbelastung als wesentliches Moment herausgestellt wird. Die Ulcuskrankheit wird erschöpfend dargestellt, sie bedeutet keine Krankheitseinheit. In der Pathogenese werden die Deduktionen von Glatzel nicht angeführt. Es gibt keine typischen Ulcusbeschwerden. Eine Vollwertigkeit der Ulcusdiät wird betont, wie Ref. diese Ansicht auf Grund der Kriegserfahrungen immer vertreten hat. Die strenge Abgrenzung von Gärungs- und Fäulnisdyspepsie wird entgegen der 1. Auflage des Buches nicht mehr vertreten, der Wert der Sulfonamide bei der Therapie anerkannt. Die Behandlung der Colitis dürfte vom Blickfeld des Praktikers aus etwas kurz gehalten sein. Das Leberkapitel ist umfassend. Der abwartende Standpunkt zum operativen Vorgehen entspricht dem internistischen Denken, wenn die Sanierung des Leberorgans vorausgehen sollte. Der Hinweis auf die Häufigkeit unterschwelliger Pankreaserkrankungen ist zu begrüßen. Leider kann auch das Werk nichts Neues zur funktionellen Pankreasdiagnostik beitragen. Dem praktischen Arzt, aber auch dem Fachinternisten, denen alle diese Probleme täglich begegnen, auch jedem, der sich forschend den einzelnen Fragekomplexen zuwenden will, kann dieses vorzüglich sowohl mit Röntgendarstellungen als auch endoskopischen Wiedergaben ausgestattete Standardwerk wärmstens empfohlen werden. Die Kürzungen dieser 2. Auflage haben eher zu einer straffereren Zusammenfassung geführt.

Störmer, München

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge GmbH., München 25

Uzara-Werk, Melsungen

UPHA GmbH., Hamburg 20

Dr. Gustav Klein, Zell-Harmersbach

Medice GmbH., Iserlohn

Dr. Hans Voigt, Berlin-Waidmannslust

„Bayerisches Arzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königstr. 85/III, Tel. 36 11 21—25. Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich in Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 6 31 21—23, 6 25 34, 6 09 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto München 159 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Telefon-Sammelnummer 2 86 86. Fernschreiber 052/5662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharshäger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.



Bei
RHEUMA

Thermulsion

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